

BIBLIOGRAPHIC DATA SHEET1. CONTROL NUMBER
PN-AAJ-7772. SUBJECT CLASSIFICATION (695)
ND00-0000-G 355

3. TITLE AND SUBTITLE (240)

Contexto sociocultural de prestaciones de salud en areas rurales de El Salvador;
implicaciones para programacion

4. PERSONAL AUTHORS (100)

Harrison, P. F.

5. CORPORATE AUTHORS (101)

6. DOCUMENT DATE (110)

1976

7. NUMBER OF PAGES (120)

214p.

8. ARC NUMBER (170)

ES614.097284.H321 a

9. REFERENCE ORGANIZATION (130)

Harrison

10. SUPPLEMENTARY NOTES (500)

(In Spanish and English; English, 181p.: PN-AAH-515)

11. ABSTRACT (950)

12. DESCRIPTORS (920)

El Salvador	Rural health
Health services	Public health
Family planning	Surveys
Attitudes	Health delivery
Social anthropology	Cultural factor

13. PROJECT NUMBER (150)

519014900

14. CONTRACT NO.(140)

ATD-519-127

15. CONTRACT
TYPE (140)

16. TYPE OF DOCUMENT (160)

ES

614.097284

H 321 a

PN-1775 7-17

CONTEXTO SOCIOCULTURAL DE PRESTACIONES
DE SALUD EN AREAS RURALES DE EL SALVADOR:
IMPLICACIONES PARA PROGRAMACION

Polly Fortier Harrison

El Salvador, Marzo-Mayo 1976

Contrato AID-519-127

I N D I C E

<u>CAPITULO I</u>	<u>INTRODUCCION</u>	Pag.
	Introducción.....	1
	Las Preguntas de la Investigación.....	2
	Metodología.....	3
	Los Datos.....	4
	El lugar.....	5
	Los Componentes Metodológicos.....	6
	El Programa de Entrevista.....	10
	La Muestra.....	11
	Formato del Informe.....	13
<u>CAPITULO II</u>	<u>DESCRIPCION DE LA POBLACION MUESTRAL</u>	
	Antecedentes Generales.....	14
	Edad.....	15
	Estado Marital.....	16
	Tamaño de la Familia y Número de Hijos.....	16
	Ingreso económico.....	17
	Ocupación.....	18
	Educación Formal.....	19
	Educación No Formal.....	20
	Propiedad de Vivienda.....	21
	Construcción de Vivienda.....	22
	Artículos del Hogar.....	22
	Salubridad del Hogar.....	23
	Cooperación y Comprensión de Parte de la Muestra...	25
<u>CAPITULO III</u>	<u>ACTITUDES GENERALES HACIA LA SALUD</u>	
	Definiciones de Buena Salud.....	26
	Ideas Sobre el Estado de Salud de la Familia.....	27
	Tratamiento de las Enfermedades Más Comunes:	
	Parásitos, Medicación y Fuente.....	27
	Dieta.....	28
	Ocasión en la que Asistencia Médica Moderna es	
	Buscada.....	28
	Tratamiento de las Enfermedades más Comunes:	
	Diarreas, Medicación y Fuente.....	31
	Dieta.....	31
	Ocasión en que la Asistencia Médica Buscada.....	32
	Tratamiento de las Enfermedades más Comunes:	
	Catarrros, Medicación y Fuente.....	34
	Dieta.....	34
	Ocasión en que la Asistencia Médica Moderna es	
	Buscada.....	36
	Tratamiento de las Enfermedades más Comunes:	
	Dolores de Cuerpo y la Cabeza, Medicamentos y	
	Fuente.....	38

	Pag.
Ocasión en que la Asistencia Médica Moderada es	
Buscada.....	39
Conceptos de Medicina Preventiva.....	41
Utilización de Recursos Médicos, Tradicionales y	
Modernos.....	44
Utilización del Puesto de Salud.....	45
Utilización de Otros Servicios del Ministerio...	46
Utilización de Médicos Privados.....	47
Utilización de Inyectadores.....	47
Utilización de Curanderos o Médicos Parcheros...	47
Utilización de la Farmacia.....	48
Resúmen.....	48
Resúmen de las Conclusiones y Recomendaciones para	
Programación	
Conclusiones.....	54
Recomendaciones.....	61
<u>CAPITULO IV</u>	
EL SISTEMA ASISTENCIAL ACTUAL: LOS PUESTOS DE	
SALUD Y SUS PROGRAMAS	
Conclusiones Generales	
Utilización.....	65
Origen Geográfico.....	67
Patrón de Asistencia.....	68
Funcionamiento General de la Clínica.....	74
Programas de las Clínicas.....	74
Sugerencias de los Pacientes para las Modifi-	
caciones de las Clínicas.....	74
Programas de Salud Materno-Infantil.....	77
Educación Nutricional y Alimentación Complemen-	
taria.....	81
Programas que se han Extendido: Vacunación.....	88
Programas que se han Extendido: Fluorización	
Escolar.....	89
Aspectos Educativos.....	90
La Consulta del Paciente al Médico.....	90
Consultas de Control Efectuadas por la Enfermera	
Graduada.....	95
Charlas sobre la Salud.....	95
Uso de Medios Audiovisuales.....	98
Programas de Entrenamiento para Parteras.....	99
Programas de Saneamiento.....	108
Resumen de las Conclusiones y Recomendaciones del	
Programa.....	112
Conclusiones.....	112
Recomendaciones.....	122

<u>CAPITULO V.</u>	<u>PLANIFICACION FAMILIAR</u>	
	Conocimiento de la Planificación Familiar y Uso de Métodos para Lograrla.....	137
	Manera de Tomar Decisiones.....	145
	Intención de Continuar el Uso de Anticonceptivos... Creencia Acerca de los Métodos de Planificación Familiar.....	147 148
	Deseo de Información Sobre Planificación Familiar..	153
	El Puesto de Salud y Planificación Familiar.....	154
	Resumen de Conclusiones y Recomendaciones del Programa	
	Conclusiones.....	156
	Recomendaciones.....	160
<u>CAPITULO VI</u>	<u>PROGRAMA PILOTO DE AYUDANTES DE SALUD</u>	
	Evaluación: Meta y Propósito.....	166
	Metodología.....	166
	Conclusiones.....	167
	Percepciones del Ayudante de Salud.....	167
	Percepciones de la Investigadora.....	170
	Percepciones de la Comunidad.....	171
	Resumen.....	175
	Recomendaciones.....	176
<u>CAPITULO VII</u>	<u>RESUMEN</u>	
	Re-exposición de los Objetivos.....	183
	Principales Conclusiones.....	184
	Principales Recomendaciones.....	188
	Educación.....	188
	Modificaciones Institucionales.....	190
	Investigación y Evaluación.....	191
<u>ANEXO I</u>	<u>ITINERARIO DE ENTREVISTA</u>	193
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	205

LISTA DE TABLAS

	Pag.
TABLA I.	Edad por Sexo de la Población Muestral..... 15
TABLA II.	Estado Marital por Sexo..... 16
TABLA III.	Educación Formal por Edad y Sexo..... 19
TABLA IV.	Construcción de la Vivienda..... 22
TABLA V.	Definiciones de Buena Salud..... 27 a
TABLA VI.	Ideas sobre el Estado de Salud de la Familia..... 27 a
TABLA VII.	Tratamiento de Parásitos y Lombrices: Fuentes y Naturaleza de las Medicaciones Empleadas..... 28 a
TABLA VIII.	Momento en el que Asistencia Médica Moderna es Buscada, Incluyendo Síndromes Determinantes..... 29
TABLA IX.	Tratamiento de Diarreas: Fuentes y Naturaleza de las Medicaciones Empleadas..... 31 a
TABLA X.	Momento en el que Asistencia Médica Moderna es Buscada, con Síndromes Determinantes: Hombres... 32
TABLA XI.	Momento en el que Asistencia Médica Moderna es Buscada, con Síndromes Determinantes: Mujeres... 33
TABLA XII.	Tratamiento de Catarros: Fuentes y Naturaleza de las Medicaciones Empleadas..... 34 a
TABLA XIII.	Tratamiento de Achaques y Dolores: Fuente y Naturaleza de la Medicación Empleada..... 38 a
TABLA XIV.	Creencias sobre la Posibilidad de Evitar Enfermedades..... 42
TABLA XV.	Métodos para Evitar las Enfermedades Más Comunes..... 42
TABLA XVI.	Uso del Puesto de Salud Local..... 45
TABLA XVII.	Uso de Servicios del Ministerio de Salud y Grado de Satisfacción..... 46

	Pag.
TABLA XVIII.	Uso de Médicos Particulares y Grado de Satisfacción..... 47
TABLA XIX.	Uso de la Farmacia-Grado de Satisfacción y motivación para su Uso..... 48
TABLA XX.	Comparación por Sexo del Uso de Servicios Médicos y Para-Médicos en Areas Rurales..... 49
TABLA XXI.	Grado de Satisfacción con los Servicios Médicos y Paramédicos, por Sexo..... 51
TABLA XXII.	Asistencia al Puesto de Salud, De Febrero A Diciembre De 1975, por Sexo y Edad..... 65
TABLA XXIII.	Preferencias en Cuanto a la Consulta Clínica, Modelo Total de la Entrevista..... 71
TABLA XXIV.	Razones para Tales Preferencias..... 72
TABLA XXV.	Sugerencias de los Pacientes para Modificar las Instalaciones o Servicios de las Clínicas..... 75
TABLA XXVI.	Componentes de una Buena Dieta..... 82
TABLA XXVII.	Porcentaje de Familias que Consumen Componentes Dietéticos Dados: Modelo de Entrevistas de San Miguel y Morazán..... 83
TABLA XXVIII.	Disposición para un nuevo Entrenamiento y Materia Preferidos..... 97
TABLA XXIX.	Conocimiento del Programa de Planificación Familiar y Fuentes del conocimiento Muestra Total.....137
TABLA XXX.	Actitud General hacia la Planificación Familiar...139
TABLA XXXI.	Preferencias para el Tamaño de la Familia.....141
TABLA XXXII.	Formas en que se logró el número ideal de Hijos o menos del número Ideal.....142
TABLA XXXIII.	Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos: Diferencia entre el Hombre y la Mujer Representativos en la Muestra.....143
TABLA XXXIV.	Grado de Acuerdo y Maneras de Tomar Decisiones....146
TABLA XXXV.	Creencias Acerca de los Métodos de Planificación Familiar.....149

	Pag.
TABLA XXXVI.	
Disposición para el Uso de los Servicios de Paramédicos con Adiestramiento Adicional del Ministerio.....	172
TABLA XXXVII	
Disposición para el Uso de los Servicios de Líderes de Salud de la Comunidad con Adiestra- miento Médico Básico.....	173

CAPITULO I

INTRODUCCION

Introducción

Los objetivos del presente estudio fueron dos. El primero era entender con mayor exactitud, por medio del uso de técnicas antropológicas, las maneras en que factores socioculturales disminuyen el impacto deseado de los programas de salud salvadoreños, particularmente en áreas rurales. El segundo era transformar ese entendimiento en programas que estuviesen más en armonía con estos mismos factores socioculturales y por consiguiente que fuesen más potentes y de más alcance en sus beneficios.

La motivación para el estudio fue la percepción de parte del Ministerio de Salud de El Salvador de que existe una fundamental discrepancia entre el nivel de generalidades estadísticas sobre la prestación de servicios de salud y el nivel al que esos servicios de salud están disponibles a más del 85% de la población. Los índices de ocupación hospitalaria varían entre el 75 y el 90%. Hay una distribución relativamente uniforme de servicios de salud en el país, un país que además tiene un extenso sistema de transportes. Sin embargo, más de la mitad de la población muere sin haber sido examinado por un médico, más del 70% de todos los nacimientos ocurren fuera de un servicio de salud, y la población total tiene un promedio de sólo 0.5 contactos por año con el sistema de salud pública. Esta última cifra se reduce a

0.2 contactos por año en las áreas rurales. Elevados índices de enfermedades y desnutrición, más altos aún fuera de los centros urbanos del país, confirman todavía más la sospecha de que la mayoría de la población de El Salvador aún no tiene acceso, o no busca, atención médica moderna.

LAS PREGUNTAS DE LA INVESTIGACION

La pregunta central es pues, ¿por qué ocurre esto? Si se acepta la suposición de que el problema se debe a la falta de contacto entre los supuestamente disponibles servicios de salud y el paciente, ¿qué impide este contacto?

Hay cuatro principales impedimentos posibles: 1) distancia geográfica, 2) barrera económica, 3) barrera social y 4) barrera intelectual. Este estudio pregunta cuál de éstos es el principal impedimento para la adecuada prestación y completa utilización de servicios de salud en las áreas rurales de El Salvador y se hace la hipótesis que en términos de barrera social e intelectual al menos algunas de las respuestas pueden encontrarse. El estudio también preguntaba qué, en términos de programas, puede hacerse para reducir esa barrera.

Las barreras social e intelectual son consideradas juntas, al menos por hoy, más fácilmente como un complejo de elementos.

al menos en hipótesis que los problemas fundamentales en ambos, la prestación y la aceptación de los servicios de salud en las áreas rurales de El Salvador, están relacionadas a estos componentes, entonces llegamos al énfasis de esta investigación:

- 1) la cantidad y calidad del personal estable asignado a los servicios y lo apropiado de sus funciones y comportamiento respecto a las necesidades de la población usuaria.
- 2) la experiencia de esa población con ese personal y las instalaciones de salud en términos de satisfacción con los servicios proporcionados, con la calidad humana del contacto, y con el nivel de mutuo entendimiento.
- 3) el comportamiento no-clínico de los campesinos con relación a salud, y las creencias y conocimiento que sostienen ese comportamiento frente a frente con cuatro principales componentes de la salud: manejo de las enfermedades, atención materno-infantil, nutrición y control del tamaño de la familia.

No obstante recalcar esto, la distancia geográfica y la barrera económica no fueron desestimadas; en efecto, fueron tomadas mucho en cuenta. Ningún problema humano tiene una causa única; usualmente el caso es determinar qué factor parece más importante en cierto momento de la historia.

METODOLOGIA

Los Datos

Dos clases de datos tuvieron que ser reunidos para responder

adecuadamente a los objetivos de la investigación: datos cuantitativos que reducirían las posibilidades de que el estudio fuese considerado simplemente como el análisis de un solo caso y que aumentarían sus posibilidades de repetición; datos cualitativos que proporcionarían la clase de consistencia estadística que hasta ahora tanto ha faltado.

El Lugar

El lugar de la investigación fue escogido en base a criterios acordados por representantes del Ministerio de Salud y la investigadora. Este lugar debería ser: rural, en respuesta a las prioridades actuales del Ministerio; no tan rural que constituyese una muestra marginal; una localidad con acceso suficiente a, por lo menos, mínimos servicios de salud pública; una área con suficiente densidad de población a fin de que la observación y contacto pudiesen ocurrir con relativa facilidad y rapidez, dado el restringido tiempo disponible; y localizado en la Región Oriental de Salud del Ministerio, hasta hace poco la región del país más marginada de los beneficios de las actividades del desarrollo nacional. Un criterio final fue la presencia de un residente en la comunidad con la disposición y preparación para ayudar en la administración de un programa de entrevistas, a fin de trabajar con una muestra de tamaño adecuado; era también importante que esta persona fuese alguien que disfrutara de la confianza y respeto de la comunidad.

El lugar finalmente seleccionado, después de un estudio en la Región Oriental, fue la municipalidad de Uluazapa, con una

población "urbana" de 1,500 habitantes y aproximadamente a 12 kilómetros de San Miguel (la cabecera regional) en una carretera difícil con tiempo de viaje de aproximadamente 30 minutos en carro; con servicio de buses limitado; y con un Puesto de Salud, la unidad institucional básica de servicios de salud pública,^{1/} inaugurada en febrero de 1975.

Los Componentes Metodológicos

Las técnicas usadas, una vez establecida la residencia en el lugar y hecho el enlace apropiado con las autoridades regionales y locales, fueron las siguientes en la secuencia aproximada en que ocurrieron:

1) Observación del participante.

Este fue simplemente el clásico acercamiento de antropólogos que implica convertirse en un miembro de la comunidad (hasta donde es posible para alguien que no ha nacido en ella) estando presente en las actividades diarias de sus habitantes. Observando, oyendo y compartiendo la vida y pensar de cada día de una comunidad en una manera estructurada, proporciona la profundidad, contexto y confirmación de los datos cuantitativos reunidos a través de entrevistas más estructuradas y específicas. El comedor, la calle, la orilla del río, la tienda, la farmacia, la iglesia - todos los lugares donde la gente se reúne - son fuente de datos y, más importante, de entendimiento.

^{1/} Excepto por los trabajadores voluntarios del Programa de Erradicación de la Malaria.

2) Análisis de Interacción.

Esta fue la observación e interpretación del modo en que los residentes de la comunidad se relacionaban, y más específicamente en este caso, del modo en que ellos se relacionaban con el personal del Puesto de Salud y otro personal de salud no-clínico en la comunidad, así como también las interacciones dentro del universo total del personal de salud. Esto significó una regular cantidad de tiempo durante las primeras etapas de la investigación, simplemente estando en el Puesto de Salud, observando la naturaleza y secuencia de los eventos, incluyendo consultas entre doctor y paciente y entre enfermera y paciente, charlas y cursos para parteras empíricas.

3) Estructuración de Entrevistas.

Este proceso comprendió un número de pasos:

- a) el bosquejo preliminar de una serie de preguntas enlazadas simultáneamente a los intereses de los programas del Ministerio de Salud y a las realidades de la comunidad descubiertas durante el período de observación preliminar.
- b) la prueba del primer formato de este programa de entrevistas en una muestra limitada, incluyendo consultas con personas clave sobre sus puntos fuertes y débiles.
- c) selección de la muestra completa.
- d) revisión del programa.

- e) consulta con la Oficina de Salud Regional y modificaciones adicionales.
- f) duplicación.
- g) administración del programa a la muestra completa:
- h) revisión de las entrevistas realizadas en el lugar, para disminuir el riesgo de datos extraviados.
- i) codificación, tabulación y análisis.

El proceso también incluyó la instrucción y supervisión de los Voluntarios del Cuerpo de Paz que fueron empleados para hacer las entrevistas a los hombres de la muestra.

4) Observación adicional.

El Puesto de Salud tiene entre sus actividades dos programas de seguimiento, la identificación y contacto de faltistas en sus listas de vacunación y el programa de fluorización escolar. Estos, también, fueron observados y evaluados.

5) Entrevistas Adicionales semi-estructuradas y no estructuradas.

Estas incluyeron discusiones con las siguientes personas:

- a) Personal de la clínica en todos los niveles.
- b) Personal para-médico en el área, tales como:
 - Farmacéutico(s)
 - Ayudantes de Malaria
 - Partera
 - Mecánico dentista

c) Otros informantes, tales como:

- Profesor(es) de escuela
- Sacerdote
- Agentes de extensión agrícola
- Voluntarios del Cuerpo de Paz
- Propietarios de tiendas.

d) Clubes de Amas de Casa y miembros seleccionados del mismo, a los niveles municipal y cantonal.

6) Análisis de los datos existentes.

Se buscaron tres principales fuentes de información adicionales. Una de ellas fue la ya existente, aunque no extensa, material etnográfico sobre la vida rural salvadoreña. Este consistió fundamentalmente en un par de libros y cierto número de tesis, de las cuales las últimas se publicaron en 1960, posterior al Año Social como trabajo de graduación de los estudiantes de medicina, para obtener el doctoramiento.

Otra fueron los mismos records clínicos, que fueron examinados para material de referencia y para ver si análisis desde diferentes puntos de vista darían nuevas perspectivas a la naturaleza de la función de la clínica y de los pacientes. Otro objetivo fue identificar elementos que pudiesen ser modificados o añadidos a los modos existentes de mantenimiento de registros para ampliar futura dirección y evaluación. Una muestra de 1 en 10 del año completo de 1975 y del primer trimestre de 1976 de expedientes de pacientes proporcionaron el núcleo de este componente.

Finalmente, fueron estudiados para propósitos de orienta-

ación y evaluación una variedad de documentos de programas del Ministerio de Salud, la USAID, INCAP y otros programas de salud centroamericanos.

Después de un mes de estadía en el campo, tres actividades subsecuentes proporcionaron una perspectiva adicional y un marco de referencia para la investigación total. La primera fue involucrarse una semana con las rutinas de dos circuitos de salud en otra Región, con el mismo patrón que la anterior observación se participó en la clínica en Uluazapa, aunque en la profundidad que el tiempo adicional permite.

La segunda fue una evaluación de tres días de los Líderes/Ayudantes de Salud en tres lugares -- Sesori, San Luis de la Reina y Nuevo Edén de San Juan -- en el norte del departamento de San Miguel. El procedimiento en este caso fue diseñar un corto programa de entrevistas, administrado bajo la estrecha vigilancia de la investigadora, que fue analizada inmediatamente para usarse como base general de la discusión que siguió.

La tercera fue un día de visita a la provincia de San Ramón, Costa Rica para observar las actividades adicionales de salud en las zonas rurales. Esto comprendió además visitas a cuatro unidades de salud y entrevistas no estructuradas con programadores y supervisores, así como también con auxiliares.

La primera y tercera de las actividades fueron emprendidas por iniciativa de la investigadora. El propósito fue tratar de encontrar alguna clase de criterio empírico para una evaluación más objetiva de un puesto de salud rural. La segunda actividad

fue iniciativa del sub-Director de la Región Oriental de salud.

El Programa de Entrevista

El programa completo de entrevistas se adjunta como Anexo I. Aquí sólo es necesario enumerar brevemente los tópicos a los que el programa de entrevistas estaba dirigido. Estos fueron:

- 1) Antecedentes sobre el/la entrevistado(a) y su familia -- edad, sexo, número de hijos, grado de educación formal y no formal, ocupación, construcción de la vivienda; artículos del hogar; nivel de salubridad.
- 2) Experiencias con y actitudes hacia el Puesto de Salud (calidad del tratamiento, preferencia por tipo de relaciones, nivel de conocimiento sobre los servicios disponibles).
- 3) Ideas sobre la salud de su propia familia y definiciones de buena salud.
- 4) Ideas y métodos sobre el tiempo y secuencia en la curación de las cuatro enfermedades más comunes (parásitos intestinales, diarreas, catarros y dolores en general).
- 5) Actitudes en base a la experiencia con otros representantes de los sistemas de salud moderno y tradicional.
- 6) Ideas sobre la medicina preventiva.
- 7) Actitudes y comportamiento nutricional.
- 8) Actitudes hacia la planificación familiar en general y los métodos de planificación familiar en particular; uso de los métodos.

- 9) Ideas sobre el tamaño ideal de la familia y las decisiones hechas sobre el tamaño de la familia.
- 10) Opiniones acerca del embarazo y el nacimiento; preferencia por la partera o por el hospital para la atención del nacimiento.
- 11) Deseo por una educación no formal en salud, nutrición, y planificación familiar.
- 12) Ideas sobre mejoramiento de servicios de salud existentes y disposición para utilizar los servicios del personal para-médico.

El cuestionario fue rígidamente pre-codificado puesto que fue considerado, aún en su forma final, como un pre-test que debería ser posteriormente refinado. Hubo una deliberada tentativa hacia una estructura doble; investigación cognoscitiva en otros lugares de Latino América sugieren que el sí/no formato, es más útil cuando se trata con entrevistados de zonas rurales, que un diseño en escala de preguntas individuales.

Las preguntas fueron cerradas y abiertas; preguntas abiertas, con todas las dificultades de codificación que implican, fueron enfatizadas con el objeto de ampliar las entrevistas de mecánicas a personales, a fin de permitir datos más completos y estipular categorías para un subsecuente rediseño del programa de entrevistas para su posible reaplicación en una muestra mayor.

La Muestra

Debido a limitaciones de tiempo y personal, se decidió limitar la investigación al sector urbano de Uluazapa que está

claramente definido geográficamente y es numéricamente menor que el circundante sector rural. El contacto con los más distantes y dispersos cantones que formaban el sector rural, sería a través de entrevistas no estructuradas y visitas informales. "Urbano" debe ser entendido aquí como un término estructural más que como un término socio-cultural. El urbanismo de Uluazapa reside en concentración residencial y en la disponibilidad de ciertos servicios; los modos dominantes de pensar y subsistencia son rurales y los residentes se consideran asimismo como tales.

El censo estimado de 1975 calcula la población urbana de Uluazapa en 1,246, y la población rural en 4,696, para un total de 5,942. El censo de 1970 coloca la población urbana en 1,500^{2/} y los registros de la Alcaldía muestran que esta cifra de 1,500 estaba compuesta de 192 familias, un promedio de tamaño familiar de 7.81. Dividiendo la actual población estimada, de acuerdo a esa cifra de tamaño familiar ^{3/} resulta una cifra estimada de 159 de familias en Uluazapa para 1975.

^{2/} Si estas cifras son correctas, entonces ha habido una substancial migración hacia afuera, un aumento en la tasa de mortalidad, y/o una disminución en la tasa de natalidad en Uluazapa, resultando en una pérdida neta de población de 354 o sea 23% en un período de cinco años.

^{3/} De acuerdo a la Oficina del Censo y Estadísticas del Gobierno de El Salvador, el tamaño promedio de la familia en la nación es de 5.5. Sin embargo, varios estudios recientes del área rural han revelado que más exactamente fluctúa de 6.7 a 8, dependiendo en la zona. El uso de 7.81 como cifra, es bastante factible en esta perspectiva. El tamaño de familia de 7 que se obtuvo en la encuesta de las 40 familias está pues un poco debajo del cálculo de 1970 pero aún está dentro del revisado intervalo rural. (Ref. USAID/San Salvador. INTERIM REPORT ON THE PROPOSED SMALL FARMER TENURE AND PRODUCTION PROGRAM. San Salvador, febrero 1975. nota al pie de la pag. 2.)

Nuevamente y debido a la limitación en tiempo y personal, se decidió aceptar un número de 40 familias, que representaban el 25% de todas las familias en el sector urbano. Las 40 familias para la muestra fueron seleccionadas por medio de los procedimientos normales de muestreo sistemático al azar, usando como base un croquis modificado de la concentración urbana. En vista de que se creyó importante una representación masculina substancial, la muestra fue estratificada por sexo en una base de 50/50, en relación con los porcentajes nacionales por sexo, de acuerdo con el censo.

Formato del Informe

Debido a que la intención de esta investigación era en última instancia operacional, el informe correspondiente ha sido organizado, como indica la tabla de materias, de acuerdo a programas y componentes de programas; en vez de la forma acostumbrada de acuerdo con la etnografía tradicional. Primero se presenta un bosquejo de la muestra seguido de los descubrimientos que se aplican a través del espectro de los servicios de salud. A continuación, son examinados los programas de salud existentes, seguidos por programas experimentales y potenciales. Cada sección estará compuesta de dos partes principales: primero los descubrimientos producidos por la encuesta y otras técnicas usadas en el estudio y segundo que sugieren estos descubrimientos en forma de recomendaciones. Estas recomendaciones han sido recapituladas al final de este informe. Las tablas son usadas donde se creyó necesario; de lo contrario los datos son resumidos en forma narrativa.

CAPITULO II

DESCRIPCION DE LA POBLACION MUESTRAL

Antecedentes Generales

Uluazapa es uno de los 20 municipios del departamento de San Miguel que tienen servicios de salud, siendo los más pequeños los Puestos de Salud, y el más grande el hospital regional "San Juan de Dios", en la misma ciudad de San Miguel. La población estimada del departamento dada en el Anuario Estadístico de 1972 (Vol. II) fue de 343,382; las tasas brutas de nacimiento, muerte y mortalidad infantil fueron 41.2, 7.6 y 51.51 por mil, respectivamente.

Las instituciones nacionales y locales en Uluazapa incluyen los funcionarios municipales, elegidos y nombrados; una escuela pública con nueve grados y que está bajo el sistema de Plan básico del Ministerio de Educación; una Iglesia Católica Romana con un nuevo sacerdote; una Iglesia Evangélica; una oficina del CENTA (Centro Nacional de Tecnología Agropecuaria) con tres extensionistas: dos hombres y una mujer; una cooperativa agrícola un Club de Amas de Casa y un Club de Jóvenes, todos ligados al CENTA; un grupo de padres de familia y maestros, compuesto en su mayoría por mujeres; un Patronato en el Puesto de Salud; y una escuela de música para principiantes, dirigida por el profesor local de música. A pesar de que existieron en cierto tiempo, no hay en^{el} presente ninguna actividad de FOCCO o de Cáritas. La ciudad tiene 10 tiendas que varían en tamaño y prosperidad; una farmacia de considerable prosperidad; una cancha de basket-

ball en la plaza central; y un campo de football anexo a los terrenos de la escuela.

Edad

TABLA I. EDAD POR SEXO DE LA POBLACION MUESTRAL 4/

SEXO	EDAD									
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
MASCULINO	-	5%	5%	20%	40%	5%	10%	5%	5%	5%
FEMENINO	5%	-	10%	15%	20%	10%	10%	15%	5%	10%
TOTAL POBLACION MUESTRAL	2.5%	2.5%	7.5%	17.5%	30%	7.5%	10%	10%	5%	7.5%

La edad promedio de los hombres en la muestra fue de 39.25 años, con un intervalo de 24 a 64; la edad promedio de las mujeres fue de 41.3 años, con un intervalo de 17 a 64. Treinta por ciento del grupo masculino se concentraba entre 30 y 39; en el grupo femenino había una concentración bimodal de 47.5% entre 30 y 39, como en el grupo masculino, pero con otra concentración más pequeña de 20% entre 45 y 49. La naturaleza de la población de edad avanzada es bastante diferente de la joven en la población total, de la cual casi el 50% son menores de 15 años. La razón de esta aparente desviación es sencillamente que los entrevistados eran ya sea el miembro masculino o el femenino, de la pareja, el cual constituía la cabeza de la familia, que por definición corresponden al segmento de mayor edad en la población.

4/ En todas las tablas siguientes el N es - a 40, dividido igualmente entre hombres y mujeres, a menos que se indique de otro modo, y todos los porcentajes suman 100%

Estado Marital

TABLA II. ESTADO MARITAL POR SEXO

SEXO	ESTADO MARITAL					
	Soltero	Casado	Acompañado	Viudo	Separado	Divorciado
MASCULINO	15%	55%	25%	-	5%	-
FEMENINO	5%	55%	10%	15%	15%	-
TOTAL POBLACION MUESTRAL	10%	55%	17.5%	7.5%	10%	-

Estas cifras señalan una sorprendente alta proporción de parejas casadas en un país donde aproximadamente la mitad de las parejas viven acompañadas. Aún en la muestra de San Miguel-Morazán investigada en un estudio reciente ^{5/}, donde las parejas casadas también sobrepasaron aquéllas viviendo acompañadas (31.83% casados y 18.45% acompañados), la diferencia no es tan grande.

Tamaño de la Familia y Número de Hijos

El tamaño promedio de la unidad doméstica ^{6/} en la muestra de Uluazapa fue de 7, con un intervalo de 2 a 15 personas por unidad ^{7/}. El número promedio de hijos vivos por pareja fue de 5.

Con respecto a la edad del último hijo, los porcentajes fueron los siguientes:

^{5/} Grupo Multidisciplinario, Región Oriental de Salud. DIAGNOSTICO BASADO EN LA ENCUESTA EN EL AREA SAN MIGUEL-MORAZAN. San Miguel, El Salvador, Abril 1976.

^{6/} "Unidad doméstica" es definida aquí como el número de personas viviendo en la misma vivienda ya sea el núcleo de la familia o la familia que incluye parientes lejanos.

^{7/} Este promedio es algo menor que el calculado para la muestra de 7.81.

Parejas cuyo último hijo era menor de 2 años = 35% de la muestra.
Parejas cuyo último hijo estaba entre 2 y 19 años = 55% de la muestra.
Parejas sin hijos = 10% de la muestra.

Esta distribución está en relación con la edad y distribución marital presentada anteriormente.

En comentarios hechos durante anteriores entrevistas no estructuradas y pruebas preliminares de las entrevistas, se preguntó a los hombres sobre el número de mujeres de quienes ellos habían tenido hijos. De la muestra 15 declararon que habían tenido hijos de una sola mujer, dos dijeron que habían tenido hijos de dos mujeres y sólo uno admitió haber tenido hijos de tres mujeres. Debido a la falta de datos adicionales, lo más que puede decirse a este respecto es que parece existir discrepancia entre las pretensiones hechas en la calle y en la cantina, y las respuestas dadas a los encuestadores.

Ingreso Económico

Debido a la relativa homogeneidad de la muestra con respecto al status socio-económico, no se tomaron datos sobre ingresos en las entrevistas. Sin embargo, si esta investigación, o una similar, fuese llevada a cabo en una muestra mayor, tales datos deben ser recolectados. Ellos constituirían una importante adición con el objeto de formar correlaciones útiles. Sin embargo, no hay razón para creer que la muestra de Uluazapa variaría significativamente de la muestra de San Miguel y Morazán, la cual tenía una proporción considerable de cobertura de las municipalidades rurales. Uluazapa es bastante similar a Morazán desde

el punto de vista topográfico y de medios de subsistencia; y a la porción sureña del departamento de San Miguel.

La investigación hecha en San Miguel y Morazán ^{8/} produjo los siguientes datos sobre los ingresos, que pueden sobre entenderse, razonablemente, como representativos del nivel de ingresos en Uluazapa.

<u>Ingreso Mensual</u>	<u>Porcentaje de la Muestra</u>
Ø 1 - 75	55.54
76 - 100	14.61
101 - 125	7.88
126 - 150	6.78
151 - 175	2.14
176 - 200	2.50
201 - 225	2.67
226 - 250	2.49
251 - 275	1.16
276 - 300	1.22
301 y más	2.61

El promedio de ingreso mensual por unidad familiar en esta muestra fue Ø87.50, el ingreso mensual per capita Ø13.21, una cantidad en verdad limitante en la capacidad adquisitiva real de la mayoría de la población del área.

Ocupación

Diez de los hombres de la muestra en Uluazapa se ganaban la vida, en la mayoría de los casos, al nivel de mera subsistencia, en una combinación de agricultura y cuidado del ganado ^{9/}. Cinco trabajaban como jornaleros en una variedad de trabajos agrícolas, en tierras que no eran de su propiedad, en carpintería o albanilería, o en los puertos cercanos de la Unión y El Triunfo. Los otros cinco tenían trabajos variados como comerciante, motorista y cartero.

^{8/} Grupo Multidisciplinario, op.cit pag. 17

^{9/} La mayor parte de la agricultura de la Región Oriental está

(Continuación de la nota 9 al pie de la pag. 18)

dedicada a la producción de maíz, maicillo, frijoles y arroz, en orden de importancia. Unas cuantas personas siembran frijoles en Uluazapa, pero la mayoría limitan sus cosechas a variedades criollas de maíz, maicillo y arroz seco. El cultivo y siembra son hechos en su mayoría por bueyes y estaca, con algún uso insuficiente e ineficiente de fertilizantes químicos. La mayoría de las familias poseen unas pocas gallinas, cerdos, y patos; algunos poseen pocas cabezas de ganado que constituyen una de las fuentes principales de su ingreso. Con respecto a la tenencia de la tierra el patrón es el minifundio, el cual prevalece en la zona, donde aproximadamente 80% de la población posee menos de cinco manzanas y más del 90% de todos los propietarios de tierra no tienen acceso al agua para irrigación.

Todas las mujeres, excepto tres declararon el trabajo doméstico como su principal ocupación. Las otras tres eran profesoras de la escuela primaria local. Sin embargo, nueve mujeres trabajaban además, cosiendo, trenzando palma, lavando y planchando, y vendiendo en la localidad, ya sea en su propia tienda o vendiendo de puerta en puerta comida ya hecha o preparada por ellas. Una mujer ayudaba a su esposo en su trabajo de ordeñar.

Educación Formal

TABLA III. EDUCACION FORMAL POR EDAD Y SEXO

SEXO	E d u c a c i ó n								
	No Ed.	Con 2 grados	Con 3 grados	Con 4 grados	Con 5 grados	Con 6 grados	Con 6-9 gds.	Con más de 9	Promedio
MASC.	20%	30%	10%	5%	10%	20%	5%	-	3.15 gds.
FEM.	10%	5%	25%	15%	5%	5%	-	25%	5 "
TOTAL PO- BLACION MUESTRAL	15%	17.5%	17.5%	10%	7.5%	12.5%	2.5%	12.5%	4.07 "

Con respecto a la educación, la muestra de Uluazapa varía con los datos de la investigación en San Miguel y Morazán la cual indica un porcentaje de analfabetismo de 44.61%, teniendo el 49.61% entre 1 y 6 grados de escolaridad y sólo 5.78% con 7 grados o más. Tres de las mujeres entrevistadas en Uluazapa eran profesoras de escuela primaria con un mínimo de dos años adicionales al noveno grado; una tenía dos años de entrenamiento de oficina después de terminar el noveno grado, y otra tenía su bachillerato. Aún la impresión más superficial de la vida rural en El Salvador indicaría que un porcentaje tan alto de educación después del sexto

grado para las mujeres campesinas no es representativo y se reduciría substancialmente en una muestra que incorporara los cantones circundantes. Si, por ejemplo, eliminamos estas cinco mujeres y calculamos el promedio para el resto de la muestra femenina, el número promedio de años de educación para tal muestra se convierte en 2.8, en contraste con 3.15 para los hombres, que es una distribución más normal para el área rural.

Considerando la educación bajo el punto de vista del alfabetismo, el 90% de los hombres se consideraron con habilidad básica para leer, así como el 85% de las mujeres. El ochenta por ciento de los hombres y el 85% de las mujeres creyeron tener habilidad para escribir. Ya que el porcentaje nacional de analfabetismo es estimado actualmente en cerca del 47%, la muestra de Uruazapa es considerablemente más alfabeta que la norma nacional y, con certeza, que la rural. Esto puede deberse, al menos en parte, a las diversas definiciones de lo que verdaderamente constituye el alfabetismo funcional.

Tales variaciones locales en niveles educacionales indican que la comúnmente aceptada suposición de que el campesino es un absoluto tabula rasa no está completamente bien fundada. Por otra parte, promedios de 3.15 y 2.8 grados (ajustados) apoyarían la propiedad de los elementos y métodos relativamente simples y directos para el adiestramiento relacionado a salud.

Educación No Formal

Sólo un hombre y seis mujeres habían recibido algún entrenamiento, además del recibido en la escuela. El hombre había recibido alguna educación sobre planificación familiar por medio de

Acción Cívica Militar. Cinco de las mujeres pertenecían al Club de Amas de Casa, organizado por la educadora del CENTA y una mujer había ido al ahora desaparecido programa de entrenamiento campesino del Castaño. Este bajo porcentaje está de acuerdo con los datos de San Miguel y Morazán.^{10/}

Interesante y reveladoramente, sólo una entrevistada consideró que las charlas sobre salud, nutrición, y planificación familiar en el Puesto de Salud constituían educación adicional digna de mencionarse, y en cambio las pláticas impartidas por la Iglesia Católica o Evangélica fueron citadas con frecuencia como un "entrenamiento". Esto suscita la cuestión de la necesidad de formalizar en efecto la educación no formal, de enfatizar de algún modo cualquier entrenamiento a nivel local, que el Ministerio de Salud pueda proporcionar a fin de que su prestigio sea aumentado en los ojos del campesino.

Propiedad de Vivienda

Setenta y cinco por ciento de la muestra total poseían casa propia, 10% la alquilaban, 12.5% vivían en casas que les habían prestado y 2.5% eran colonos.^{11/} El porcentaje de propiedad de vivienda está en correspondencia con el porcentaje de 77.35% en el estudio hecho en San Miguel y Morazán, con una escasa variación en el número de arrendadores y colonos.

^{10/} Grupo Multidisciplinario, op. cit pags. 14-15.

^{11/} Un colono vive en una finca y trabaja en un pedazo de tierra como pago de un alquiler o alguna clase de servicio personal o por el valor de algún trabajo periódico.

Construcción de la Vivienda

TABLA IV. CONSTRUCCION DE LA VIVIENDA

Techo	% de casas	Paredes	% de casas	Pisos	% de casas
Teja	92.5	Adobe	50	Tierra	52.5
Paja	7.5	Adobe con repello	22.5	Ladrillos de cemento pulido.	20.0
		Caña/palo	10.0	Cemento no pulido	15.0
		Ladrillo	10.0	Ladrillo	10.0
		Bajareque	5.0	Adobe	2.5
		Ladrillos de cemento	2.5		

Estas cifras coinciden con la impresión visual de Uluazapa: casas entechadas en su mayoría con tejas, con paredes de adobe, y pisos de tierra. La variante principal es el rancho con techo de paja y paredes de caña, que se encuentra en su mayoría en los perímetros de la concentración urbana.

El 42.5% de las casas poseen dos cuartos; el 30% un cuarto; el 20% tres cuartos; y el 2.5% cinco cuartos. Fue definido como un "cuarto" aquel con divisiones fijas y estructurales; áreas con divisiones toscas e incompletas no fueron consideradas "cuartos" ni por los encuestadores ni por los entrevistados. Los últimos estuvieron prestos a señalar, en efecto, que división per se no creaba lo que ellos juzgaban como un cuarto propiamente dicho.

Artículos del Hogar

El 55% de la población muestral tenía radios, 52.5% tenía

servicios de agua ^{12/} y electricidad, 35% tenía máquinas de coser; 22.5%, refrigeradoras; 17.5%, televisión y 20% tenía algún medio de transporte, los cuales incluían caballos y el carro del agente viajero.

Salubridad del Hogar

El 47.5% de la muestra poseía letrinas, un porcentaje mucho mayor que el 24.9% reportado en la muestra de San Miguel y Morazán que a su vez coincide con el promedio nacional ^{13/}. Sin embargo, como se dijo anteriormente, la investigación de Uluazapa no cubrió sus más remotos, y dispersos cantones, lo cual reduciría este porcentaje, así como también a más de la mitad los porcentajes de bienes de consumo enumerados anteriormente. Al mismo tiempo, el 52.5% usaba el campo libre y 2.5% recurría a algún lugar abierto fijo, resultando un total de 55% que no estaba empleando medidas adecuadas para disponer de los residuos humanos. El porcentaje total de más del 100% es debido a que los encuestados usaban a la vez letrinas y campo libre, una práctica bastante común, donde la conveniencia prevalece sobre todo conocimiento de principios higiénicos. Conversaciones y observaciones informales indican que las razones de la falta de una letrinificación más generalizada en Uluazapa, corresponden con las encontradas en el estudio hecho en San Miguel y Morazán, en el cual el 51.91% de la muestra de 287 familias atribuyeron a razones económicas la

^{12/} Esta pregunta provocó la burla general. La bomba para el sistema central de agua estaba descompuesta desde hacía más de un año, no había agua en las casas de Uluazapa que no fuese la traída en cántaros y a un precio considerable.

^{13/} Grupo Multidisciplinario, op.cit. pags. 31-32.

falta de servicios sanitarios y un 31.74% indicó ignorancia o falta de interés.

Una evaluación subjetiva de los entrevistadores sobre el nivel de higiene doméstica en las casas visitadas, está en armonía con los datos sobre el uso de letrinas. El 37.5% de las casas fueron consideradas con un bajo nivel de higiene, el 35% con un nivel intermedio, y el 25% con un nivel relativamente alto. Los criterios usados para esta evaluación incluyeron: recipientes para agua y alimentos debidamente cubiertos; presencia o ausencia de animales, en especial cerdos; preparación y presentación de los alimentos, incluyendo la higiene del pecho y de la pacha para tiernos; y limpieza personal y doméstica. Los entrevistadores trataron de enmarcar su evaluación dentro de las realidades de una vida sin fácil acceso de agua; construcciones que facilitan la entrada de animales e insectos y del viento y el polvo en la estación seca.

Un intento de descubrir alguna conexión entre grados de educación y grados de higiene y letrificación revelaron que no hay correlación significativa entre niveles de educación e higiene hasta que, al menos, se ha obtenido el quinto grado, con una correlación aún más significativa entre el séptimo y octavo grados. Una correlación similar se obtiene entre nivel educacional y letrificación, que probablemente también no deja de tener relación con nivel de ingreso. Se puede suponer que dentro del sector de la población, con por lo menos cinco grados de educación y a lo sumo con siete u ocho, los aspectos de higiene serán

atendidos efectivamente, o por lo menos los esfuerzos de promoción caerán en terreno fructífero. No es sorprendente, que sea en la población no educada donde deberá impartirse una instrucción activa, sin desestimar el factor económico.

Cooperación y Comprensión de Parte de la Muestra

En general, el componente femenino de la muestra estaba positivamente deseoso de cooperar (80%). Los hombres, en su mayoría, fueron "generalmente cooperativos", y sólo uno de ellos demostró una verdadera falta de interés; no fue hostil al menos, solamente distraído.

Con respecto a la comprensión, las mujeres mostraron considerablemente un mayor entendimiento sobre la mayoría de las preguntas hechas. Sin embargo, la comprensión total de las preguntas para ambos, hombres y mujeres, fue de 92.5% y sólo el 7.5 tuvieron verdaderos problemas para entender lo que se les preguntaba. Como era de esperarse, éstos poseían un nivel de educación bastante bajo.

Es apropiado mencionar en esta ocasión que en el transcurso de este estudio, existió un constante alto grado de cordialidad, interés, y deseo de ayudar, tanto para el estudio en general como para la investigadora en particular. Si no hubiera sido éste el caso, no habría sido posible reunir ninguna cantidad de datos de tal importancia que valieran la pena^y, en una estadía tan corta.

CAPITULO III

ACTITUDES GENERALES HACIA LA SALUD

Definiciones de Buena Salud

Concepción Clará de Guevara, en un trabajo reciente, nos da una definición campesina de buena salud derivada de su considerable investigación etnográfica. Es "sentirse bien; tener fuerza física y espiritual, buena disposición para el trabajo, buen apetito, buen sueño, buen humor, buena apariencia, belleza y bondad". Estar enfermo es sentirse "desvalido, sin ánimo de efectuar las actividades rutinarias". Estar enfermo es sentirse inútil; otra cosa es simplemente tener malestar, como uno podría sentirse con un catarro común. Estar sano es estar en un estado de equilibrio; estar enfermo es encontrarse en un estado de alteración de ese equilibrio, una alteración que debe ser remediada.^{14/} Esta definición no varía, significativamente, de la actual definición de la Organización Mundial de Salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades".

La población de Uluazapa no estaría en desacuerdo con la definición popular de la Sra. Clará de Guevara o con la de la OMS. Sus interpretaciones, sus categorías sobre formas de sentirse, son suficientemente claras en la siguiente tabla, por lo que no requieren mayor elaboración.

TABLA V. DEFINICIONES DE BUENA SALUD (Véase pag. 27a)

^{14/} Concepción Clará de Guevara. CREENCIAS Y PRACTICAS EN LA MEDICINA TRADICIONAL DE EL SALVADOR. Trabajo presentado en la Sección de Salud Pública, XVI Congreso Médico Centroamericano. San Salvador, Diciembre de 1975.

Ideas sobre el Estado de Salud de la Familia

Por otra parte, pocas familias entrevistadas creyeron gozar en realidad de tal estado de equilibrio (ver TABLA VI - pag. 27a). La mayoría definió su propia salud y la de sus compañeros de vida como solamente regular, y la de sus hijos como positivamente mala, una evaluación que está de acuerdo con estadísticas nacionales sobre la calidad de la salud infantil en El Salvador. Extrañamente tal vez, la mayoría de las mujeres consideró la salud de sus hijos un poco mejor que como la consideraron los hombres. Este hecho podría ofrecer alguna clave sobre el por qué tan pocas mujeres traen sus hijos a la clínica para control infantil, o los traen para recibir atención médica sólo cuando una enfermedad está peligrosamente avanzada.

TABLA VI. IDEAS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA FAMILIA (Véase p.27a)

Tratamiento de las Enfermedades más Comunes: Parásitos.
Medicación y Fuente.

El propósito de esta sección es presentar el conjunto de recursos médicos explotados en el área rural, junto con las múltiples combinaciones y re combinaciones que los campesinos inventan como estrategias para mantenerse sanos, o mejor dicho tal vez, caminando. En este caso las tablas pertinentes no han sido formuladas en porcentajes a fin de trazar en forma más exacta y completa el cuadro de esta multiplicidad. Esta orientación, junto con el hecho de que entrevistados usaron diferentes técnicas en diferentes ocasiones en su profesión de salud, produce el fenómeno de filas y columnas que casi invariablemente sobrepasan el N básico.

TABLA V. DEFINICIONES DE BUENA SALUD

SEXO	Estar alentado; feliz; galán; bien.	No estar enfermo; no padecer de enfermedades.	Estar tranquilo; no tener problemas; conforme.	Tener servicio de salud cerca; no faltar agua y comida	Dormir bien; tener buena comida; descansar al mediodía.	Estar bueno para trabajar.	Tener un ambiente bueno y sano.	Tener buen carácter.	No sabe; no entendió.
MASC.	50%	-	5%	15%	10%	5%	5%	-	10%
FEM.	35%	20%	10%	-	5%	-	-	5%	25%
TOTAL	42.5%	10%	7.5%	7.5%	7.5%	2.5%	2.5%	2.5%	17.5%

TABLA VI. IDEAS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA FAMILIA

SEXO	SALUD PROPIA			SALUD DE COMPAÑERO(A)			SALUD DE NIÑOS		
	Buena	Regular	Mala	Buena	Regular	Mala	Buena	Regular	Mala
MASC.	25%	75%	-	10%	55%	35%	35%	10%	90%
FEM.	15%	60%	25%	5%	85%	10%	20%	65%	15%
TOTAL	20%	67.5%	12.5%	7.5%	72.5%	22.5%	27.5%	37.5%	52.5%

TABLA VII. TRATAMIENTO DE PARASITOS Y LOMBRICES: FUENTES Y NATURALEZA DE LAS MEDICACIONES EMPLEADAS (Ver pag.28a)

Dieta 19/

Además de las medicinas aplicadas o ingeridas el 37.5% de la muestra total creyó necesario adoptar una dieta especial que comprendiera los siguientes elementos, enumerados en orden de frecuencia con que fueron mencionados:

- 1) Eliminar carne, vegetales, grasas, frijoles, dulces; comidas ácidas, picantes y saladas.
- 2) Substituir líquidos, sopas sencillas, queso seco, huevos, y/o tortillas.
- 3) No comer nada el día de una purga.
- 4) No asolearse.
- 5) No mojarse o bañarse hasta que hayan pasado de tres a cinco días después de una purga.
- 6) Tomar purga solamente en el quinto o sexto día de luna nueva, o tres días antes de que se va la luna.

Sin embargo, una gran mayoría no hizo notables modificaciones de comportamiento en relación a la curación de parásitos.

Ocasión en que la Asistencia Médica Moderna es Buscada.

Los médicos que han trabajado en los Puestos de Salud han declarado a menudo que determinar precisamente que anda mal en el paciente es esencialmente un trabajo de detective, por varias razones - - porque el mismo paciente no tiene la disposición o capacidad de diagnosticar o aún percibir con exactitud sus pro-

19/ Dieta no es sólo una cuestión de una modificación de patrones alimenticios en respuesta a un determinado problema médico. Incluye también otros cambios en el estilo de vida que se creen, son terapéuticos. La palabra en inglés más cercana en significado es regimen.

TABLA VII. TRATAMIENTO DE PARASITOS Y LOMBRICES: FUENTES Y NATURALEZA DE LAS MEDICACIONES EMPLEADAS

Sexo	Personas usando un sólo recurso de la medicina moderna			Personas alternando recursos de la medicina moderna ^{16/}		Personas mezclando recursos de la medicina moderna con la tradicional		
	La Clínica	La Farmacia ^{15/}	Un Médico Particular	Clínica y/o Farmacia ^{17/}	Médico particular y/o Farmacia	Clínica y/o médico particular + medicina tradicional ^{18/}	Farmacia + medicina tradicional	Clínica y/o médico particular + farmacia + medicina tradicional
Masc.	5	5	2	7	---	1	--	--
Fem.	6	6	2	5	1	2	1	3
Total	11	11	4	12	1	3	1	3

^{15/} En realidad el farmacéutico, especialmente en las áreas rurales, ocupa una posición intermedia entre la medicina tradicional y la moderna, entre comercio elemental y paramedicina. Vendiendo a menudo esencias, aguas y aceites que su clientela demanda, al mismo tiempo prescribe antibióticos, también por demanda. El farmacéutico es el hombre-transición. Sin embargo, tomando los productos de la mayoría de las farmacias en términos de porcentajes de remedios modernos versus tradicionales, las farmacias deben ser definidas como pertenecientes al ámbito de la medicina moderna en oposición al de la medicina tradicional.

^{16/} La intención aquí es anotar la mezcla de compra y prescripción que se efectúa en la farmacia a la iniciativa del cliente, adicional o anteriormente al contacto con una clínica o un médico particular, en contraste con ir a la farmacia para que le sea despachada una receta legítima.

^{17/} Los remedios farmacéuticos mencionados por los entrevistados fueron los siguientes: Verminol, Miel de Familia, "papeles" de Bismuto, Aceite de Castor.

^{18/} Los remedios tradicionales citados por los entrevistados incluyeron artículos comprados en la farmacia o de vecinos que los manufacturaban en forma de contrabando - esencia coronada y esencia de menta - así como remedios caseros que incluían: hojas de naranjo, orégano, o raíz de guaco, en agua hervida; horchata; agua de coco; hoja de ruda seca con guaro aplicada, como una cataplasma, en la nuca.

pios síntomas o los de sus hijos; porque él agrega a las suyas las quejas de otros miembros de su familia con el objeto de que se le receten ciertas medicinas que él cree son deseables, sean o no las apropiadas; porque él no tiene concepto del tiempo; y así sucesivamente. Si esto es cierto, lo es sólo parcialmente. Los campesinos están concientes de la serie de síntomas o síndromes, que corresponden a ciertas enfermedades que afectan ciertas partes del cuerpo; el problema de dar a entender su sentir al doctor de la clínica podría ser, entre otras cosas, un problema de comunicación. Los síndromes pueden ser presentados incompletos o en diferente terminología o con un diferente concepto de causa y efecto cuando llega el momento de presentar los antecedentes de la enfermedad; pero ellos existen, como lo revela la Tabla VIII.

TABLA VIII. OCASION EN QUE LA ASISTENCIA MEDICA MODERNA ES BUSCADA, INCLUYENDO SINDROMES DETERMINANTES 20/

SEXO	"Al Principio"	"Cuando está Grave"							
	Síndrome (a)	"Grave" sin definición	Síndrome (a)	Síndrome (b)	Síndrome (c)	Síndrome (d)	Síndrome (e)	Síndrome (f)	Síndrome (g)
MASC.	2	5	1	1	4	2	2	2	1
FEM.	5	2	2	1	4	3	1	1	1
TOTAL	7	7	3	2	8	5	3	3	2

20/ Síndromes, en la terminología de los entrevistados:

- a) Dolor de estómago
- b) Basca; diarrea; calentura
- c) Desvelo; rechinar los dientes durante la noche; dormir boca abajo y con mucho movimiento.
- d) Lombrices salen en las heces o por la boca; panzona.
- e) Catarro con tos; calentura; niño llorón sin ganas de comer.
- f) Pechera; palidez, sin ganas de comer; panzona.
- g) Vómitos; calentura; diarrea.

Los síndromes enumerados anteriormente sirven no solamente para definir la enfermedad misma al doctor, farmacéutico, o al mismo paciente, sino que también actúan como señales en la evolución de una enfermedad, la cual alerta al paciente sobre la necesidad de diferentes clases de asistencia médica. El problema de cuándo es buscada la asistencia médica y de quién, es, por supuesto, una de las principales preocupaciones para el sistema asistencial de salud. Este será discutido más extensamente al final de esta sección, después de que todos los comportamientos de las enfermedades hayan sido presentados.

En el caso de parásitos, exámen de expedientes de los pacientes y respuestas a las preguntas pertinentes de la entrevista, revelan que los entrevistados raramente pensaron que ellos mismos padecieran de lombrices y parásitos. Su conciencia sobre el particular estaba relacionada principalmente a las enfermedades de sus niños. En este respecto se encontró que un tercio de las mujeres creyeron que estaban trayendo sus niños al principio de la enfermedad para tratamiento anti-parasitario, siendo el síntoma - señal, dolor de estómago. El resto, sin embargo, no buscó atención clínica hasta que emergieron los síntomas generalmente asociados con un estado avanzado de infección: sueño inquieto, lombrices visibles, hinchazón del abdomen, y anorexia. La diarrea es considerada como una enfermedad aparte. Como será discutido posteriormente, tiene su propio sistema de diagnóstico y tratamiento, uno de cuyos elementos es la duración que se emplea como un indicador de la gravedad; esto a la vez limita el valor del

del síntoma de la diarrea como aliciente en la búsqueda de un tratamiento temprano, sin importar cual sea la enfermedad con la que está asociada.

Tratamiento de las Enfermedades más Comunes: Diarreas.

Medicación y Fuente.

TABLA IX. TRATAMIENTO DE DIARREAS: FUENTES Y NATURALEZA DE LAS MEDICACIONES EMPLEADAS - (Véase pag. 31a).

Un entrevistado indicó que no consideraba estar verdaderamente enfermo si tenía diarrea; él recurría solamente a remedios caseros y restricciones dietéticas para curarse. Otro dijo que él compraba en la tienda lo que necesitaba para el tratamiento contra la diarrea (otra fuente más de servicios de salud), puesto que la enfermedad no era ni siquiera merecedora de un viaje a la farmacia. En ambos casos, la diarrea fue considerada como una categoría separada de la enfermedad, cualquiera que fuese su gravedad.

Dieta

El 70% de los hombres y el 55% de las mujeres, un total de 62.5%, creyeron en la necesidad de hacer algunos cambios en los alimentos que comían como una táctica de control. A pesar de esta mayoría, había aún el 30% de los hombres y el 45% de las mujeres que afirmaron que la diarrea no requería ninguna modificación, lo que constituye una actitud de interés para el personal médico o para médico que tratan de curar tal enfermedad, particularmente la de un niño.

Hubieron algunas diferencias en las modificaciones alimenticias efectuadas por hombres y mujeres. Los elementos de la

TABLA IX. TRATAMIENTO DE DIARREAS:
FUENTES Y NATURALEZA DE LAS MEDICACIONES EMPLEADAS.

SEXO	Personas de un solo recurso de la Medicina Moderna			Personas alternando Recursos de la Medicina Moderna		Personas Mezclando Recursos de la Medicina Moderna con la Tradicional		
	La Clínica	La Farmacia	Un Médico Particular	Clínica y/o Farmacia ^{21/}	Médico Particular y/o Farmacia	Clínica y/o Médico particular + Medicina Tradicional ^{22/}	Farmacia + Medicina Tradicional	Clínica y/o Médico particular + farmacia + Medicina Tradicional
MASC.	1	8	--	8	2	1	3	4
FEM.	3	8	--	6	1	-	2	-
TOTAL:	4	16	--	14	3	1	5	4

^{21/} Los remedios farmacéuticos mencionados por los entrevistados fueron los siguientes: Bismutina, Yodoclorina, Enterovioformo, Enteroguanil, Pastillas Phillips, Tetraciclina, Intestomicina, Acromicina, Terramicina, Pepto-Bismol.

^{22/} Los remedios tradicionales citados por los entrevistados incluyeron los siguientes remedios hechos en casa: fresco o agua de coco; agua de guaco; orégano en agua cocida; cáscara de mangoyano; horchata; limonada; bicarbonato con limón.

dieta masculina fueron los siguientes, ordenados según la frecuencia con que fueron mencionados:

- 1) eliminar leche, grasas, huevos.
- 2) substituir: queso seco, algunas veces con tortillas y sal; arroz o jugo de arroz; pan francés con jugo de manzana.

Las mujeres recomendaron:

- 1) eliminar primordialmente la leche.
- 2) eliminar frutas, carne, frijoles, grasas.
- 3) eliminar huevos, pescado y pipián (un guisado sumamente condimentado).
- 4) substituir arroz o jugo de arroz.
- 5) substituir queso seco.
- 6) substituir papas sancochadas o atoles.

Así, mientras más hombres creyeron en la necesidad de modificaciones dietéticas, las mujeres, quizás por su papel culinario, detallaron más precisamente cuáles eran esas modificaciones.

Ocasión en que la Asistencia Médica es Buscada

Nuevamente hay una diferencia entre el sector masculino y el sector femenino de la muestra, con respecto al manejo de la enfermedad, una distinción que demanda dos tablas diferentes (ver Tablas X y XI).

TABLA X. OCASION EN QUE LA ASISTENCIA MEDICA MODERNA ES BUSCADA, CON SINDROMES DETERMINANTES: HOMBRES 23/

"Al Principio"	"Cuando está Grave"						
	Síndrome A	Síndrome B					
Ningún síndrome explicado	-	Síndrome (a)	Síndrome (b)	Síndrome (c)	Síndrome (d)	Síndrome (e)	Síndrome (f)
4	2	1	1	2	2	3	4

23/ Síndromes, en la terminología de los entrevistados: A. y B. (ver próxima página).

23, continuación:

- A. Heces muy líquido, color café; mal de estómago; sentirse mal.
- B. Defecar muy seguido con intervalos cortos.
 - a) 2-3 veces al día
 - b) 3-4 veces al día
 - c) 4-5 veces al día
 - d) cada 30 minutos
 - e) cada 15 minutos
 - f) cada 5 minutos ("no da tiempo").

TABLA XI. OCASION EN QUE LA ASISTENCIA MEDICA MODERNA ES BUSCADA, CON SINDROMES DETERMINANTES: MUJERES 24/

"Al Principio"		"Cuando está Grave"		
Síndrome a)	Síndrome b)	Síndrome c)	Síndrome d)	Síndrome e)
3	3	4	8	4

Dos diferencias principales se notan entre las muestras masculina y femenina. Primero, los hombres tienden a diagnósticos más precisos, más detallados que las mujeres. Puesto que varios de los hombres entrevistados mencionaron que esta enfermedad en particular interferiría en ocasiones con su habilidad para continuar sus actividades agrícolas, puede concluirse que lo detallado de su cálculo puede estar relacionado con el impacto de la enfermedad en su misma subsistencia.

Segundo, los hombres basan su diagnóstico y su consecuente modo de curación con el factor de frecuencia, mientras que las mujeres diagnostican y actúan en base a duración. Así a pesar de que ambos, hombres y mujeres están intentando determinar si

24/ Síndromes, en la terminología de los entrevistados:

- a) Duración de 1 día
- b) Cuando está flojo
- c) Duración de 2 días
- d) Duración de 3 días o más
- e) Si no se compone

con algo grave o con algo meramente pasajero, sus criterios varían. Esto puede ser visto tal vez como una curiosidad cognoscitiva, excepto porque las mujeres son en su mayoría las responsables de traer los niños a la clínica para su atención - las mismas mujeres que, en una proporción considerable, no sienten necesidad por modificaciones dietéticas adecuadamente terapéuticas. Estas actitudes pueden explicar en cierto modo la tendencia observada en los servicios de salud pública, con relación a la tardanza en reportar las diarreas y la gravedad encontrada, a menudo, cuando finalmente se reporta.

Tratamiento de las Enfermedades mas Comunes: Catarros.

Medicación y Fuente

TABLA XII. TRATAMIENTO DE CATARROS: FUENTES Y NATURALEZA DE LAS MEDICINAS EMPLEADAS (Véase pag. 34a).

Dieta

El 45% de los hombres y el 75% de las mujeres, un total de 60%, modificaron la forma y contenido de su dieta "cuando se les pegó un catarro". A pesar de la diferencia en porcentajes, los dos grupos adoptaron aproximadamente las mismas modificaciones, tal como sigue:

1) Casi toda la muestra indicó que eliminaron comidas ácidas, picantes y heladas. ^{29/} En la categoría de comidas ácidas fueron citadas:

29/ El complejo de comidas calientes y heladas es general a lo largo de América Latina y se encuentra también en otras partes del mundo. "Caliente" y "helado" no son necesariamente, aunque a veces lo son, conceptos de temperatura. Son más bien conceptos de cualidades inherentes a las comidas que armonizan o violan ciertas condiciones del cuerpo. La armonía mantiene el equilibrio; violación, como se indicó anteriormente, lo disturba o agrava. El síndrome caliente/helado es a menudo considerado como folklore anticuado. Esto es un error; esta investigación y otras investigaciones recientes, en otros lugares, testifican que los conceptos de helado y caliente aún existen, al menos en América Latina.

TABLA XII. TRATAMIENTO DE CATARROS: FUENTES Y NATURALEZA DE LAS MEDICACIONES EMPLEADAS

Sexo	Personas usando un sólo recurso de la medicina moderna			Personas alternando recursos de la medicina moderna		Personas mezclando recursos de la medicina moderna con la tradicional		
	La Clínica	La farmacia	Un médico particular	Clínica y/o farmacia ^{25/}	Médico particular y/o farmacia	Clínica y/o médico particular + medicina tradicional ^{26/}	Farmacia + medicina tradicional	Clínica y/o médico particular + farmacia + medicina Tradicional
Masc.	1	4	-	5	4	1	5	5
Fem.	3	7	1	3	^{127/}	3	4	^{128/}
Total	4	11	1	8	5	4	9	6

^{25/} Los medios farmacéuticos mencionados por los entrevistados fueron los siguientes: Gripola, Desenfriol, Mejoral, Vitagrip, Dolofin, Febrinase, Formula 44, Bebetina, Zorritone, Azahuín, Canfoliptol, Conmel, Aspirina, Rodines, Sulfato de Estreptomina; inyecciones de Ostacilina, Pulmocalcio (también en forma de pastillas), Tetraciclina, Arcopulmín, Discriticina, Penicilina (también en forma de pastillas).

^{26/} Los remedios tradicionales citados por los entrevistados incluyeron productos comprados en la farmacia - agua florida y pomada de menta - así como también remedios caseros como: limonada, en fresco o caliente; agua de hojas de naranjo; té de gengibre; agua de zacate de limón, granitos de anís, raíz de cola de alacrán; aceitilla de maicena con miel blanca; semillas de balsamito de aire; aceite de canfor mezclado con grasa de gallina (en la mollera con una gorra).

^{27/} Otro caso de alternar la tienda con la farmacia como fuente de medicaciones.

^{28/} Este entrevistado usaba solamente remedios caseros.

- limón
- mango verde
- naranja agria
- jocote
- marañon
- piña

Estas comidas dejan un sabor ácido en la boca, irritan la garganta, y se cree que causan bronquitis.

En la categoría de comidas picantes, sólo fueron citados pimienta y chile. Estas comidas irritan los conductos nasales y provocan estornudos.

En la categoría de comidas heladas estaban:

- jocote (nótese que jocote, marañon, piña, también son clasificados como "ácidos").
- marañon
- piña
- sandía
- mango maduro
- frijoles blancos
- leche, especialmente cruda
- mariscos
- carne de cerdo
- charramuscas

Las comidas "heladas" no sólo agravan un catarro sino que a menudo se sospecha que lo han causado. Es digno de notar que este estudio se llevó a cabo en la propia estación de mangos, marañones y jocotes, los cuales crecen con gran profusión en el área. Además, debido a la sequedad y al calor, la charramusca (una pequeña bolsa plástica, congelada de agua con sabor a frutas muy refrescante en un día caluroso) era un producto popular. Podría suponerse, que dada esta clase de competencia, una madre que tuviese a su hijo enfermo con catarro tendría problemas para mantenerle su dieta. Sin embargo esto no fue el caso; los niños han sido tan acostumbrados al concepto de la dieta correcta para un catarro

que generalmente rechazan ofrecimientos de frutas, gaseosas, y charramuscas, diciendo que serían malos para ellos.

2) Otro grupo, un poco más pequeño pero significativo, dijo que era también su costumbre eliminar ciertas comidas consideradas "calientes". Dichas comidas causan una sensación de calor en área abdominal y causan o agravan las diarreas. Como resultado, lo dejan a uno en una condición agitada y causan insomnio, lo que agrava aún más el catarro. Las comidas juzgadas como más dañinas son huevos, grasas y carne de res. El último también tiene la propiedad de agravar una tos ya existente.

3) Sólo tres entrevistados dijeron que agregaban algo a sus dietas. Dos de ellos, sin ninguna explicación, comieron queso; sólo uno hizo explícita referencia a la necesidad de aumentar el consumo de líquidos. Sin embargo, más de la mitad manifestó que tomaban diferentes clases de té - de limón, hojas de naranja agrio, gengibre - y limonadas.

4) Otros elementos de la dieta para el catarro fueron: no mojarse o tomar un baño; no asolearse; descansar en cama; abrigarse bien; y no abrir el refrigerador. Se cree que violación de cualquiera de estas precauciones hace empeorar un catarro ya existente o produce uno nuevo.

Ocasión en que la Asistencia Médica Moderna es Buscada

Ningún patrón claro se obtuvo en esta parte de la investigación, sobre cuál era el comportamiento común en relación con el tratamiento de catarros. En general hubo poca tendencia para buscar ayuda de una clínica o de un médico particular, especialmente al comenzar un catarro. Los entrevistados prefirieron

medicinas compradas en la farmacia o remedios caseros. La atención médica fue buscada solamente cuando el paciente estaba en grave condición; sin embargo, cada entrevistado tenía su propia definición de lo que constituía "grave" - incapacidad para dormir bien, nariz tapada, temperatura y pérdida del apetito, dolores de cabeza con muchos estornudos, y/o dolor de garganta con dolor de cabeza, en una casi fortuita gama de variaciones. La única opinión común (55%) fue sobre el síndrome compuesto de calentura, calor en la vista, inflamación de las amígdalas, malestar general, y más de tres días de tener delicado el cuerpo. Nuevamente existió la tendencia de definir la gravedad de acuerdo con el efecto en la propia capacidad para trabajar.

Tener tos no fue citado como parte del síndrome de gravedad, a pesar de que como se hizo notar anteriormente, fue incluido en las consideraciones de la dieta; esto tendería a soportar la hipótesis del Dr. Canelo de que la tos a menudo es considerada como una enfermedad aparte.^{30/} En consultas clínicas, es más frecuente el caso en el que el doctor tiene que sacarle al paciente el reporte de síntomas de tos, que el caso de un paciente que lo reporta espontáneamente.

Tratamiento de las Enfermedades más Comunes:

Dolores del Cuerpo y la Cabeza

La inclusión de achaques y dolores como una enfermedad común puede parecer a primera vista arbitrario e inexacto a la vez; no

^{30/} Menandro Alcibíades Canelo. LOS SERVICIOS MEDICOS RURALES DE SALUD PUBLICA Y LA MEDICINA POPULAR: Estudio de Cinco Comunidades del Departamento de San Miguel. Tesis Doctoral, Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina. San Salvador, Diciembre 1964. Pag. 163.

está de acuerdo con las estadísticas a nivel nacional sobre la prevalencia de enfermedades ^{31/} ni con la lista de las enfermedades más frecuentes reportadas por los entrevistados en la investigación realizada en San Miguel y Morazán.^{32/} Sin embargo, corresponde a la realidad clínica tal como aparece en consultas y registros de pacientes, y a la realidad "en la calle", donde en conversaciones ordinarias el número de referencias sobre achaques y dolores es grande en verdad. Además, a pesar de que los achaques y dolores no constituyen en sí mismo una enfermedad, son el síntoma más comúnmente mencionado ^{33/} y, reales o imaginarios, deben ser atendidos.

Medicamentos y Fuente

TABLA XIII. TRATAMIENTO DE ACHAQUES Y DOLORES: FUENTE Y NATURALEZA DE LA MEDICACION EMPLEADA (Véase pag. 38a.)

Dieta

Existía la opinión general de que achaques y dolores no requerían una dieta especial. Una pequeña minoría pensó que era mejor no asolearse y no mojarse, permanecer dentro de casa por la noche, evitar comidas ácidas y picantes y descansar.

^{31/} P.O. Wooley, Jr. et al SINCRISIS: THE DYNAMICS OF HEALTH - EL SALVADOR. Washington, D.C.: Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los EE.UU. Octubre 1972, pag. 6. En 1968 estas enfermedades fueron las que más prevalecían en El Salvador, enumeradas en orden decreciente de importancia: enfermedades enteríticas, enfermedades bronco-pulmonares, morbilidad prenatal y mortalidad, sarampión, desnutrición, tumores malignos, y enfermedades cerebrovasculares.

^{32/} Grupo Multidisciplinario, pag. 22. En orden decreciente de importancia: enfermedades bronco-pulmonares, enfermedades gastrointestinales, amfaria, artritis, enfermedades de la piel, infecciones del ojo, y "otras" que incluían difteria, parálisis, enfermedades cardiovasculares, anemia, desnutrición, cáncer, diabetes, y amigdalitis.

^{33/} Canelo (op.cit., pag. 164) también observa que entre pacientes adultos de la clínica, achaques y dolores constituyen el motivo más común de consulta, pero no explica con más detalle.

Medicación y Proveedores

TABLA XIII. TRATAMIENTO DE ACHAQUES Y DOLORES: FUENTE Y NATURALEZA DE LA MEDICACION EMPLEADA.

SEXO	Personas usando un sólo recurso de la medicina moderna ^{34/}			Personas alternando recursos de la medicina moderna		Personas mezclando recursos de la medicina moderna con la tradicional		
	La Clínica	La farmacia	Un médico particular	Clínica y/o farmacia ^{35/}	Médico particular y/o farmacia	Clínica y/o médico particular + medicina tradicional ^{36/}	Farmacia + medicina tradicional	Clínica y/o médico particular + farmacia + medicina tradicional
MASC.	-	9	-	7	-	-	3	-
FEM.	3	11	2	3	1	-	7	-
TOTAL	3	20	2	10	1	-	10	-

- 38a -

^{34/} Dos entrevistados comentaron que no había nada que uno pudiera hacer para dolores de la cabeza o del cuerpo más que aguantar. Ellos recomendaron la cantina como la mejor cura para todas las enfermedades de este género.

^{35/} Los remedios farmacéuticos mencionados por los entrevistados incluyeron los siguientes: Pastillas SAS, Nerviosina, Mejoral, Aspirina, Tiamina, Canfoliptol, Alka-Seltzer, Conmel, Ganol, Calmaren, Dolofin, Beserol, Beganine, Cerebrina; inyecciones de Dipirona, Vitahígado; colirio, sal inglesa, parches Salompaz, purga Mexicana, linesanol, alcohol, pomada Vicks, suero oral.

^{36/} Los remedios tradicionales citados por los entrevistados incluyeron esencia coronada comprada en la farmacia, y los siguientes remedios caseros: hojita de vitamo mezclado con canfoliptol, caliente, en la cabeza con un pañuelo; tajadas de plátano en la cabeza con un pañuelo; echar limón por la nariz; café puro; hojas de orégano cocidas; limonada; pañuelo socado.

Ocasión en que la Asistencia Médica Moderna es Buscada.

Como anteriormente lo indica la Tabla XIII, la tendencia de la gran mayoría de la muestra fue buscar alivio para achaques y dolores con medicinas de la farmacia, recurriendo en menor escala a remedios caseros. Habían dos maneras de enfrentar la curación, bastantes definidos, cada uno con aproximadamente el mismo número de partidarios. Uno era atacar el dolor en el minuto que le empezaba; otro era simplemente aguantarlo y buscar alivio solamente cuando no desaparecía o cuando se empezaba a tener problemas con la visión.

Todo el asunto del tratamiento de achaques y dolores, su significado como síntomas para el paciente y su utilidad como instrumentos de diagnóstico para el médico, es complejo y contradictorio. La lista de las medicinas buscadas en la farmacia para este tipo de alivio es la más larga de todas las listas recopiladas en esta parte del estudio. Observación empírica y análisis de expedientes de los pacientes indican, al mismo tiempo, que, como el Dr. Canelo observó, los achaques y dolores constituyen la motivación más importante y el síntoma más frecuente relacionado con las visitas a la clínica. Lo que puede prevalecer es una condición de mutuo ofuscamiento, en la que ni el paciente ni el médico está seguro de con que está tratando, una confusión empeorada por el limitado entendimiento del campesino sobre la mecánica de su propio cuerpo y el uso de un léxico diferente para identificar sus partes y sus interrelaciones.^{37/} También puede

^{37/} Ver Canelo, op.cit., pags. 107-109, para una discusión de la anatomía popular. El campesino divide el cuerpo aproximadamente del mismo modo como lo hace el anatomista contemporáneo. Lo que difiere es la terminología empleada y el grado de entendimiento sobre conexiones internas entre las partes del cuerpo

ser que el médico no permita al paciente campesino, debido al modelo educacional prevaiente que será discutido en el capítulo IV, articular completamente lo que sabe y siente.

Puede ser también que el campesino encuentre menos en su arsenal de creencias médicas tradicionales que puedan explicar ya individualmente o como parte de síndromes, los muchos dolores y achaques que le afectan. Parásitos, enfermedades gastro-enteríticas, infecciones bronco-pulmonares, enfermedades de la piel y de los ojos, fiebres, infecciones urinarias y genitales, anemias, desórdenes glandulares, todos tienen explicaciones populares y comportamientos preventivos y remedios correspondientes, sin importar si están o no de acuerdo con aquellos ofrecidos por la medicina moderna. Parece que, al menos en esta etapa de la investigación, existen menos explicaciones populares y comportamientos específicos para tipos de dolor específicos. Carecemos en este respecto de alguna clase de entendimiento sistemático sobre el modo que el paciente rural percibe su propio dolor; a qué, si es que lo es, es atribuído; qué clase de dolores son vistos como peligrosos y qué clases solamente como pasajeros; qué es visto como endémico y qué es evitable y curable; y cómo los patrones actuales de percepción y comportamiento difieren de los patrones tradicionales, si en algo difieren. Hasta ahora la única observación consistente y generalizada que puede hacerse es que la larga duración de algún dolor, ya sea como un síntoma separado o como componente de un síndrome, motivará al campesino a buscar asistencia médica. Qué larga es la duración y bajo qué circunstancias son aún desconocidas.

Conceptos de Medicina Preventiva

Se ha dicho que los campesinos no tienen concepto de medicina preventiva. La presente investigación indicará que esta simple generalización, como cualquier otra, está simplificada demasiado y es incompleta.

En verdad, el concepto de medicina preventiva está inherente al grupo completo de actitudes rurales relacionadas con la dieta discutida anteriormente. Todos los esfuerzos para mantener el equilibrio del cuerpo - no mojarse, no asolearse, no sentarse en rocas calientes, o abrir la puerta de la refrigeradora ^{38/}, comer ciertas comidas y evitar otras según las circunstancias prescritas, no comer demasiado (¡seguramente una regulación muy apropiada en un medio donde la comida es escasa!), usar amuletos - no son ni más ni menos que medicina preventiva. Lo que no son, es medicina preventiva moderna que actualmente enfatiza tales cosas como vacunación, higiene, saneamiento, agua potable y un ambiente puro.

Las siguientes tablas, XIV y XV, resumen el nivel de creencias sobre la posibilidad de evitar enfermedades entre los entrevistados de la muestra, así como sus ideas sobre cómo pueden tratarse.

^{38/} Esta creencia parece ser algo irregular; hay muy pocas refrigeradoras en Uluazapa además de las que hay en las tiendas. Sin embargo, esta creencia es encontrada en muchos lugares de América Latina.

TABLA XIV. CREENCIAS SOBRE LA POSIBILIDAD DE EVITAR ENFERMEDADES

	Es posible evitar parásitos y lombrices?		Las diarreas?		Los catarros?		Los dolores?	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
MASC.	80%	20%	100%	-	60%	35%	50%	45%
FEM.	70%	30%	55%	45%	30%	70%	10%	90%
TOTAL	75%	25%	77.5%	22.5%	45%	52.5%	30%	65.5%

De la Tabla XIV surge un cierto nivel de convicción de que las enfermedades más comunes en el área rural pueden ser evitadas. Sin embargo, son los hombres principalmente los que comparten esta creencia; las mujeres son mucho más dudosas, particularmente con respecto a catarros y a achaques y dolores de todas clases. Las instituciones de salud pública han puesto generalmente su fe en el ama de casa como la mensajera de información educacional; es penoso, pero tal vez instructivo, ver que la mensajera carece de fé.

Un examen de la Tabla XV ofrece algunos indicios sobre dónde se encuentra la dificultad.

TABLA XV. METODOS DE EVITAR LAS ENFERMEDADES MAS COMUNES

Modo de Evitar	Parásitos y Lombrices	Diarreas	Catarros	Dolores	Promedio del Total
Medidas realmente preventivas 40/	17.5%	21.67%	7.7%	0%	11.66%
medidas realmente curativas 41/	21.25%	25.00%	15.00%	15%	19.06%
Medidas que comparten conceptos preventivos y curativos 42/	5.0%	10.00%	17.5%	10%	10.62%
No sabe/No responde 39/	56.25%	43.33%	60.00%	75%	58.64%

- 39/ No sabe (N.S.)
- 40/ Estas medidas incluyen los métodos generalmente considerados por la comunidad de salud pública moderna como verdaderamente preventivos, en otras palabras aquéllos mencionados anteriormente - vacunación, saneamiento, etc.
- 41/ Estas medidas incluyen los métodos que son realmente ex post facto, esencialmente curativos más que preventivos.
- 42/ Estas medidas son los métodos que representan los esfuerzos del campesino para unir cualquier concepto que él tiene sobre prevención con lo que él entiende son maneras modernas de tratar con alguna enfermedad. Esto se expresa más comúnmente tomando alguna clase de remedio al comienzo de una enfermedad antes de que aparezca completamente. Es comparable con "una puntada a tiempo" en oposición a "cerrar la puerta del establo después de que el caballo ha escapado".

Primeramente, notamos que solamente el 17.5% y el 21.67% de la muestra, respectivamente, tenían una idea más o menos bien formada sobre cómo prevenir enfermedades gastroentéricas. El resto tenían una idea errónea y aproximadamente la mitad de la muestra no tenían ninguna idea. Además, los entrevistadores notaron que un buen número de aquéllos que tenían algún conocimiento razonable sobre la prevención no practicaban lo que sabían.

En segundo lugar, lo que se advierte a través de su ausencia en los comentarios de los entrevistados, es que existe un escaso entendimiento sobre el contagio como un mecanismo en las enfermedades. Sólo una pequeña proporción de los entrevistados dió una indicación explícita de entender la evolución de las enfermedades - de la tierra a los humanos, de humanos a humanos, de animales a humanos. Varios analistas de la medicina popular de América Latina han sugerido que la falta de creencia en el contagio se deriva de la incredulidad de que alguien cercano deseara hacer daño. Este estudio no produce evidencia que apoye esta teoría; las actitudes hacia el contagio parecen estar más estrechamente relacionadas a un sentido de fatalismo ambiental, proximidad, falta de agua para fines higiénicos, polvo, en fin todos los elementos que propician enfermedades gastroenteríticas y broncopulmonares que hacen inevitable el contagio.

Lo que parece ser el caso, entonces, no es tanto que el campesino no tenga ideas sobre medicina preventiva, pues él las tiene. En efecto, de allí es de dónde surge probablemente su convicción de que la prevención es del todo posible. Lo que falta es, ó bien.

un conocimiento de métodos preventivos modernos; un entendimiento de que tales métodos están en la misma familia conceptual como amuletos y comidas calientes y heladas; un convencimiento de que las fuerzas del propio ambiente pueden ser combatidas exitosamente; y/o información muy práctica y sistemática sobre cómo puede él lograrlo con poco o ningún dinero en un ambiente antagónico. También existe la posibilidad de que recientemente el campesino haya absovido hasta cierto punto uno de los conceptos básicos de la medicina moderna que coloca al médico como un técnico curativo actuando ante todo en situaciones de crisis, una orientación que por su propia naturaleza está en contra de un comportamiento preventivo y de la conservación de la buena salud.

UTILIZACION DE RECURSOS MEDICOS, TRADICIONALES Y MODERNOS

Los datos presentados hasta ahora ya han mostrado que los campesinos tratan de mantener o restablecer la salud a través de una variedad de estrategias adaptables en secuencias y combinaciones variables. Esta sección examina este comportamiento desde otras perspectivas y en más detalle. El énfasis aquí es cuáles instituciones o agentes que prestan servicios de salud, moderna o tradicional, son usados por los campesino; en qué medida; por cuáles grupos de sexo y edad; para qué fines; y con qué grado de satisfacción. Las tablas pertinentes serán presentadas en grupo, para ser resumidas y analizadas juntas al final de esta sección.

Utilización del Puesto de Salud

TABLA XVI. USO DEL PUESTO DE SALUD LOCAL

SEXO	¿Ha ido al Puesto de Salud?		¿Por qué no ha ido al Puesto de Salud		
	SI	NO	No había necesidad	Por vivir o trabajar fuera de la comunidad	Razón económica
MASC.	60% <u>43/</u>	40%	50%	33.3%	16.66%
FEM.	95%	5%	100% <u>44/</u>	-	-
TOTAL	75.5%	22.5%	75%	16.66%	8.33%

En términos de satisfacción con el servicio recibido en el Puesto de Salud, el 90% de los hombres sintieron que en general sus necesidades habían sido satisfechas, pero sólo el 75% de las mujeres estuvieron de acuerdo con ello. Entre las razones, dadas por los pacientes para estar insatisfechos, estaban: a) el trato, el cual fue interpretado en diferentes maneras - como falta de entendimiento, tanto intelectual como emocional; falta de tiempo adecuado para la consulta; explicación inadecuada de la naturaleza de la enfermedad, sus causas y el uso correcto de la medicación prescrita; b) medicinas que no cayeron bien; c) esperas excesivamente largas; d) falta de la presencia permanente del doctor; y e) medicina insuficiente.

43/ Sólo tres cuartos de éstos hombres habían ido a la clínica para atender sus propios problemas; el resto dijeron haber ido por sus hijos o compañeras de vida. Si la clientela clínica masculina es calculada sin este grupo, el porcentaje de usuarios entre la muestra masculina se reduce a 40%.

44/ Estas mujeres también comentaron que ellas no les gustaba esperar ni molestar a personas ocupadas, con enfermedades pequeñas. Ellas opinaron que mucho tiempo de la clínica era desperdiciado en trivialidades de salud.

A pesar de que a los entrevistados no se les preguntó directamente la motivación para cada una de sus visitas al Puesto de Salud, el 10% de la muestra de 1,359 expedientes de los pacientes de febrero a diciembre de 1975 ^{45/} indica que más de un cuarto de todas las primeras visitas estaban relacionadas con enfermedades gastrointestinales; un quinto se relacionaban con enfermedades broncopulmonares; otro tercio estaba dividido equitativamente entre anemias, síndromes diagnosticados como "neuróticos", y enfermedades de la piel. El resto consistían en enfermedades femeninas, infecciones urinarias y una mezcla de desnutrición, amigdalitis, achaques y dolores de toda clase, infecciones de los ojos y los oídos, paludismo, artritis, y una variación de traumas.

Utilización de Otros Servicios del Ministerio de Salud

TABLA XVII. USO DE SERVICIOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y GRADO DE SATISFACCION

SEXO	Uso		¿Cuál?		Satisfecho	
	SI	NO	Hospital ^{46/}	Otro Puesto	SI	NO
MASC.	60%	40%	91.66%	8.33%	83.33%	16.66%
FEM.	80%	20%	100%	-	68.75%	31.25%
TOTAL	70%	30%	96.43%	4.16%	75%	25% ^{47/}

^{45/} El Puesto de Salud de Uluazapa fue inaugurado en febrero de 1975; así que éstas son en efecto, cifras de todo el año.

^{46/} Las enfermedades por las cuales los entrevistados buscaron atención hospitalaria fueron las siguientes, en aproximadamente igual proporción excepto por los nacimientos, que constituyen el más alto porcentaje, y excepto por los hombres que fueron al hospital en estado de emergencia debido a heridas, mordidas de animal, y cosas por el estilo: intervenciones quirúrgicas, fiebres y dolores de larga duración; niños severamente desnutridos. Una pequeña minoría fue al hospital por "todo" o por quejas menores.

(Cont'. anotaciones pag. 46)

47/ Las razones dadas por insatisfacción fueron: a) largas esperas; b) consultas excesivamente rápidas sin examen adecuado; c) aparatos de diagnóstico arruinados; d) altos precios; e) falta de franqueza de parte del doctor; f) muerte del paciente.

Utilización de Médicos Privados

TABLA XVIII. USO DE MEDICOS PRIVADOS Y GRADO DE SATISFACCION

SEXO	USO		¿SATISFECHO?	
	SI	NO	SI	NO
MASC.	35%	65%	100%	-
FEM.	65%	35%	76.92%	23.07%
TOTAL	50% ^{48/}	50%	85%	15% ^{49/}

Utilización de Inyectadores

El 50% de la muestra, el 40% de los hombres y el 60% de las mujeres estaban usando por lo general los servicios de un inyectador con frecuencia, en algunos casos para hacerse aplicar las inyecciones prescritas en el Puesto de Salud. No es sorprendente, que la cifra se eleve grandemente cuando se hace referencia al uso de inyecciones antes de que los servicios clínicos se hicieran disponibles. La mayoría de los entrevistados fueron a la farmacia para inyecciones.

En casi todos los casos, el precio normal de una inyección era de 25 centavos. Ninguno indicó que, con la excepción de la clínica, algún inyectador era mejor que otro; el trabajo es considerado como puramente mecánico.

Utilización de Curanderos o Médicos Parcheros ^{50/}

Sólo el 10% de los hombres en la muestra habían ido al curandero para la solución de un problema médico, mientras que el 45% de las mujeres lo habían hecho. En todos los casos la satisfacción fué completa. La ayuda había sido buscada debido a

48/, 49/, y 50/ (Veáse pag. 47a) --

- 48/ Las razones por insatisfacción fueron: a) modo brusco del doctor; b) ningún mejoramiento en la condición del paciente; c) medicinas que no cayeron bien; d) altos precios.
- 49/ Los problemas debido a los cuales los pacientes buscaron los servicios de un médico particular, en frecuencia descendente, fueron: a) achaques de toda clase; b) problemas del estómago; c) fiebres y diarreas; d) tratamiento de emergencia para traumas; e) dolores persistentes; f) infecciones de las vías urinarias; g) infecciones de la piel; h) parásitos; i) abortos espontáneos; j) control pre-natal, gemelos.
- 50/ Canelo (op. cit., pag. 173) define el curanderismo, como "el conjunto de sistemas y escuelas no médicas, cuyo representantes se dedican al tratamiento de las enfermedades, sin poseer el grado de doctor acreditado por una facultad de medicina, apartándose por completo de las normas de la medicina académica o haciendo uso de ellas en mayor o menor grado".
- Canelo (Ibid., pags. 173-196) discute y clasifica las variedades de curanderos en El Salvador y otros lugares. Para los propósitos de este estudio, curandero es entendido como un término genérico, intercambiable con médico parchero, y que se refiere a alguien que prepara pociones y cataplasmas, diagnostica enfermedades, y prescribe sus propias medicinas y/o rituales según él cree conveniente.

dolores de cabeza persistentes, achaques y dolores en general, fiebre, enfermedades de los riñones, náusea, reumatismo, alcoholismo, enfermedades cardíacas, y debilidad después del parto el cual fue diagnosticado como un vientre desecado debido a demasiada exposición al sol.

Los precios de los diversos curanderos a quienes los entrevistados habían visitado eran bastante variables. El curandero más popular en el área, don Daniel ("El Güegüecho") en Chinameca, no lejos de San Miguel, cobraba normalmente 50 centavos por litro de sus pociones. Otros cobraban hasta tres veces esa cantidad. Otro, un espiritista, cobraba sólo la consulta.

Utilización de la Farmacia

TABLA XIX. USO DE LA FARMACIA, GRADO DE SATISFACCION Y MOTIVACION PARA SU USO.

SEXO	USO		¿SATISFECHO?		PARA QUÉ			
	SI	NO	SI	NO	Comprar medicinas para cualquier enfermedad	Recetar, "pasar consulta para cualquier cosa".	Enfermedades sencillas, leves	Emergencias cuando está cerrada la clínica
MASC.	100%	-	95%	5%	30%	20%	45%	5%
FEM.	100%	-	90%	10% ^{51/}	40% ^{52/}	55%	5%	-
TOTAL	100%	-	92.5%	7.5%	35%	37.5%	25%	2.5%

Resumen

Si examinamos en su totalidad todas las diferentes maneras empleadas por los campesinos para tratar con la mala salud, algunos patrones sobresalen. (ver Tabla XX a continuación).

^{51/} Las razones de descontento fueron: reacciones dermatológicas a una medicina prescrita y surtido insuficiente.

^{52/} En este grupo, todos sin excepción dijeron explícitamente que uno se arriesga al permitir que el farmacéutico diagnostique y prescriba para las enfermedades que padecen.

TABLA XX. COMPARACION POR SEXO DEL USO DE SERVICIOS MEDICOS Y PARA-MEDICOS EN AREAS RURALE

SEXO	SERVICIO USADO						
	FARMACIA	Puesto de Salud	PARTERA	Otros servicios del M. de Salud	Médico Particular	Inyectador	CURANDERO
MASC.	100%	60%	70%	60%	35%	40%	10%
FEM	100%	95%	85%	80%	65%	60%	45%
TOTAL	100%	77.5%	87.5%	70%	50%	50%	27.5%

Ante todo es de notar que, con excepción de la farmacia, los hombres usaron, en menor grado que las mujeres, todos los servicios de salud. La diferencia en la utilización de los servicios entre los dos sexos es mayor cuando se trata del Puesto de Salud y del curandero; menos con los doctores particulares; y mucho menos en el caso de otros servicios del Ministerio de Salud e inyectadores.

Las razones para este patrón, ayudados por alguna observación adicional y conversaciones, no son difíciles de encontrar. Las horas del Puesto de Salud no son adecuadas para las visitas de los hombres; el 10% de la muestra de registros de las primeras visitas de los pacientes contiene un porcentaje de mujeres adultas de 40.74 y un porcentaje de hombres adultos de 14.81.

En el caso del curandero, parecería que la resistencia, a usar sus servicios, se deriva más de una apreciación científica que de dificultades logísticas. Los hombres entrevistados mostraron, considerablemente más cinismo acerca de los curanderos que las mujeres; un entrevistado lo resumió diciendo, "Tratan con agua". Varias mujeres entrevistadas, en la muestra y fuera d

ella, expresaron su deseo de ir a ver a don Daniel por una variedad de enfermedades que no habían respondido a atención médica moderna, pero un viaje a Chinameca, con todos los gastos que implicaba, era considerado un lujo. La distancia geográfica y la realidad económica han invertido la tradición cultural; y el curandero, quien una vez fuese la principal línea de defensa del campesino fuera de su hogar, se ha convertido en un recurso médico para los que son, relativamente, ricos. Así la posibilidad médica que es menos usada, particularmente por los hombres, es el curandero, contrariamente a la idea urbana que supone que el campesino tiene una constante relación dependiente con los curanderos quienes supuestamente inhiben su disposición de buscar el alivio de la medicina moderna.

Con respecto al acceso y, consecuentemente, al uso de médicos particulares y otros servicios del Ministerio de Salud, es mucho más fácil para hombres que para mujeres. Los hombres tienen más movilidad, sencillamente por encontrarse en el mercado laboral y estar libres de la necesidad de cuidar a los niños. Para los hombres cuyos horarios de trabajo están en conflicto con los de la clínica, los inyectadores y la farmacia son alternativas lógicas.

Finalmente, en términos de satisfacción (ver Tabla XXI) la farmacia, el inyectador y el curandero recibieron un voto de aprobación del 100%, seguidos por la partera, el médico particular, el Puesto de Salud, y otros servicios del Ministerio de Salud. Los servicios del Ministerio de Salud más usados fueron

los hospitales urbanos y a pesar de que no existía la hostilidad a los hospitales descrita por Marroquin en su etnografía de ranchimalco,^{53/} la actitud que predomina es que, excepto para dar a luz, (ver capítulo IV), el hospital es un lugar que debe evitarse.

Al final, sin embargo, el verdadero ganador en términos de utilización y satisfacción, es la farmacia local, frecuentada por el 100% de la muestra total que está también 100% satisfecha con los servicios prestados.

TABLA XXI. GRADO DE SATISFACCION CON LOS SERVICIOS MEDICOS Y PARAMEDICOS, POR SEXO

SEXO	Grado de Satisfacción						
	Farmacia	Inyectador	Curandero	Parteira	Médico particular	Puesto de Salud	Otros Servicios M. de Salud
MASC.	100%	100%	100%	92.85%	100%	90%	83.33%
FEM.	100%	100%	100%	100%	76.92%	75%	68.75%
TOTAL	100%	100%	100%	96.42%	88.46%	82.5%	76.04%

Los datos tanto sobre el tratamiento de enfermedades, como sobre la utilización de recursos médicos y para-médicos señalan a la farmacia como la entidad médica clave en Uluazapa - la investigación en otros lugares confirma un patrón similar en áreas rurales similares ^{54/} - en términos de utilización y satisfacción

^{53/} Alejandro Dagoberto Marroquín. RANCHIMALCO, INVESTIGACION SOCIOLOGICA. San Salvador: Editorial Universitaria. 1959.

^{54/} Los entrevistados en el estudio hecho en San Miguel y Morazán usaron los servicios de salud disponibles como sigue: Unidad de Salud, 34.17%; farmacia, 22.27%; automedicación, 18.29%; hospital, 17.43%; clínicas particulares, 5.01%; y curanderos 2.83%. La frecuencia de utilización y el grado de satisfacción no fueron registrados. Los investigadores del Grupo Multidisciplinario se sorprendieron por la baja incidencia del uso de curanderos, particularmente en una muestra amplia, cubriendo una área extensa.

en los diversos estados del desarrollo de diferentes enfermedades. Ni la presencia de una clínica en Uluazapa ha reducido el negocio total de la farmacia, al menos hasta ahora. En efecto, algunos consideran que la farmacia no es tan cara como la clínica, una idea en verdad completamente infundada. Aún más, algunos entrevistados consideran la farmacia como esencialmente más orientada al servicio que otras entidades, principalmente por las horas en que sus servicios están disponibles, la atención en casos de emergencia, la realización de viajes a la ciudad relacionados con la salud, y la cordialidad informal de los encuentros personales.

Sin embargo dicha "satisfacción" debe ser interpretada con algún cuidado. A pesar de que las actitudes hacia la farmacia son favorables en verdad, el hecho de que los entrevistados combinaron su uso con el de otros servicios sugiere que la farmacia es considerada como necesaria, adecuada a ciertas circunstancias, pero no suficiente en sí misma. Esta conclusión está apoyada por el número de entrevistados, aproximadamente la mitad, y en su mayoría mujeres, que fueron explícitos sobre el hecho de que no usaban al farmacéutico para que les hiciese diagnósticos. Existe una leve correlación entre un nivel más alto de educación y renuencia a buscar al farmacéutico para diagnósticos, pero esto es significativo a este respecto, y nada más.

El caso de Uluazapa es solamente un caso, por supuesto, y no garantiza la suposición de que todas las farmacias son tan altamente apreciadas. Sin embargo, una relación similar entre el farmacéutico y la comunidad fue observada en varios otros pueblos

visitados. La evidencia está señalando que la secuencia en el tratamiento de la salud observado por investigadores anteriores 55/ - tratamiento casero, seguido por el recurrir a curanderos, después a la farmacia, y finalmente a los agentes de la medicina moderna tales como clínicas, doctores particulares y hospitales - está cambiando rápidamente. La secuencia que ahora está desarrollándose es: farmacia y automedicación, dependiendo la secuencia y combinación de la enfermedad; seguidos por la clínica, después por el hospital, y el curandero como último recurso. El modelo puede estar un poco modificado en términos de tiempo y dinero, en áreas donde el acceso al curandero es menos costoso que en Uluazapa, y en áreas similarmente remotas, pero conversaciones informales con campesinos sugieren que el valor dado a la medicina moderna está aumentando. La fé en curanderos tradicionales puede perdurar pero, a la vez que aumenta la competencia de otros sectores, la fé existente se extiende a estos sectores a menos, por supuesto, que sea totalmente destruída.

La impresión total que dá al observador el comportamiento rural hacia la salud es la de una población echando mano de cualesquiera servicios que estén disponibles, en secuencias consideradas como apropiadas a la enfermedad en cuestión, con predi-

55/ René Virgilio Cornejo Granados. CONSIDERACIONES SOBRE DIEZ MESES DE SERVICIO SOCIAL EN LA CIUDAD DE ATQUIZAYA. Tesis Doctoral, Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina. San Salvador, Septiembre 1959, pag. 11 - Alvaro Alfonso Sánchez Lemus. CULTURA Y MEDICINA: EXPERIENCIA DE UN AÑO DE SERVICIO SOCIAL EN LA UNIDAD DE SALUD DE OFICO. Tesis Doctoral, Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina. San Salvador, Agosto 1959, pag. 18 - Marroquín, op.cit., pag. 362.

lección por una u otra solución, basándose principalmente en la disponibilidad y calidad del encuentro personal, más que en algún prejuicio en contra de la medicina moderna per se o alguna predilección nostálgica por soluciones tradicionales.^{56/}

RESUMEN DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA PROGRAMACION

Conclusiones

Conclusión 1.

Los campesinos sí tienen un concepto completo sobre lo que constituye buena salud, el cual no varía significativamente del concepto aceptado comúnmente por la comunidad médica moderna. Aún más, contrariamente a los mitos presentes en la misma comunidad, los campesinos no son totalmente fatalistas sobre la inevitabilidad de una enfermedad. A pesar de que algunas enfermedades son tan frecuentes que parecen parte del ambiente y a pesar de que el mismo ambiente ofrece algunos adversarios inexorables - polvo, viento, agua escasa, vivienda pobre, suelo y clima que fomentan microbios nocivos - los campesinos explotan sin embargo una extensa variedad de estrategias para combatir contra ese ambiente y esas enfermedades. Ellos reconocen que carecen, en su mayoría, de buena salud y no están renuentes a actuar.

Conclusión 2.

El problema del tratamiento de las enfermedades para el que cura y para el paciente, no es, en una población rural, una cuestión de simple conformismo. En cambio parecería ser un problema de

^{56/} Ver Marroquín, op. cit., pag. 293, para una observación similar, hace casi veinte años, en una aldea indígena de El Salvador

tiempo, un sentido de urgencia, coincida o no con las realidades científicas de la evolución de cualquier enfermedad y las implicaciones de ciertos síntomas. Las mujeres no se percatan de sus hijos, cuando están enfermos como deberían hacerlo. Los pacientes en su totalidad no comprenden completamente los síndromes de alguna enfermedad en particular, o qué síntomas indican usualmente gravedad. Algunas enfermedades no son vistas como verdaderas enfermedades. Las bases para diagnosticar son variables, aún entre sexos. Las causas de las enfermedades no son entendidas claramente o son entendidas de diferentes maneras. Las estrategias para hacer frente a las enfermedades son frecuentemente inconsistentes, convirtiéndose más en un asunto de seguir y tomar indicaciones que en un análisis cuidadoso, seguido por una acción razonable.

Conclusión 3.

El único indicador en todas las evoluciones de las enfermedades investigadas que motiva consistentemente a los campesinos a buscar la ayuda de la medicina moderna es la duración. Otros indicadores que motivan atención son generalmente aquellos asociados con estados más bien avanzados de la enfermedad. Las definiciones sobre duración peligrosa varían de enfermedad a enfermedad, pero parece que un mínimo de tres días de padecimiento es el requerido para que la mayoría de los pacientes campesinos busquen asistencia. Esto responde en parte a la esperanza de que la enfermedad desaparecerá por sí sola o responderá a alguna clase de automedicación; también es cuestión de falta de un conocimien-

to consistente de las tempranas - o al menos de las primeras señales de aviso de la mayoría de enfermedades.

Conclusión 4.

Los expedientes de los pacientes, las consultas clínicas, y las observaciones indican que a menudo tal duración es, considerablemente, mayor de tres días. Sin embargo, la información existente es fragmentaria y hasta cierto punto sospechosa, porque los pacientes campesinos, por razones de vergüenza, miedo de ser castigados, u observación y memoria imperfectas, reportan la duración de las enfermedades en términos vagos y usualmente sólo bajo presión. Ellos parecen no estar conscientes de la necesidad de cronologías más precisas para fines de diagnóstico.

Conclusion 5.

Las causas e implicaciones de achaques y dolores corporales, particularmente aquéllos que no están relacionadas a síndromes de enfermedades conocidas, son misteriosos para los campesinos aún en términos tradicionales. Como resultado, los datos tomados para el diagnóstico son con frecuencia incompletos o también erróneos.

Conclusión 6.

No hay servicio de salud disponible, tradicional o moderno, que no sea frecuentado, en un grado significativo, por los campesinos dondequiera que estén accesibles. La más frecuentada es la farmacia (tanto para consultas como para compras), seguida por el puesto de Salud, la partera, otros servicios del Ministerio de Salud, los médicos privados, los inyectadores, y los curanderos.

Además, la primera línea de defensa no es, como una vez lo fué, el remedio casero y/o el curandero, sino que una mezcla de farmacia y clínica, con el uso de remedios caseros no como una generalidad automática sino que como una técnica contra enfermedades específicas. Los médicos particulares y los hospitales son buscados después, en la evolución de una enfermedad o en situaciones de verdadera crisis.

También parece ser que a corto plazo, o tal vez a largo plazo, los campesinos continuarán aprovechándose de todos los servicios disponibles, variando de acuerdo a varios criterios. También parece ser que la capacidad institucional para legislar en contra de los abusos de los farmacéuticos y curanderos, y también supervisarlos, será por algunos años, insuficiente por la magnitud de la tarea.

Finalmente, hay evidencia de que en muchos casos los farmacéuticos y en menor grado los curanderos prestan servicios que se consideran necesarios, disfrutan de alto grado de confianza, y realizan trabajos con notable dedicación.

Conclusión 7.

Las decisiones para usar uno u otro servicio son hechas principalmente en base a la idea que se tenga sobre la gravedad de la enfermedad en cuestión. Las otras variables citadas comúnmente, como influyentes en las decisiones de salud en las zonas rurales - recursos económicos, tiempo disponible, y geografía - son inconsistentes en su importancia. El factor económico pesa grandemente cuando el campesino no puede trabajar debido a enfermedad y es

obligado entonces a buscar la ayuda de médicos particulares. Su efecto en las decisiones de usar la clínica o la farmacia está dominado por consideraciones actitudinales. Los pacientes satisfechos con los servicios de la clínica generalmente tienden a considerar la clínica como menos costosa, en términos de dinero aunque no en términos de tiempo; aquéllos no tan satisfechos tienden a ver la clínica más costosa en función de ambos.

La variable social, sin embargo, pesa grandemente. Donde la calidad de las relaciones sociales entre el médico o institución y el paciente es elevada, los factores económicos, de tiempo y geográficos, son notablemente disminuídos. Donde esa calidad es mala, estos factores aumentan su influencia. La distancia que un campesino debe viajar sobre terreno difícil con limitado transporte disponible, así como el tiempo de viaje y de espera implicados, cuentan menos si la calidad del tratamiento personal y médico es, al menos, aceptable. Esto será discutido más ampliamente en el próximo capítulo en el contexto del uso de la clínica.

Conclusión 8.

El comportamiento sobre la salud varía de acuerdo al sexo. Los hombres están más inclinados al uso de médicos, hospitales e inyectadores que las mujeres; y menos a usar las clínicas y curanderos. En general los hombres usan todos los servicios de salud menos que las mujeres, excepto por la farmacia que es más frecuentada por ellos. Las razones dadas fueron la falta de tiempo por sus obligaciones de trabajo, la tendencia ignorar las enfermedades que no les incapacitan para trabajar, y la menor responsabilidad en el cuidado de los niños.

Los hombres, también, tienden a ver a sus hijos menos saludables que como los ven sus esposas o acompañantes.

En general, las mujeres están menos satisfechas, con todos los servicios de salud disponibles, que los hombres. También tienen aún más reservas sobre el uso del servicio entusiastamente más aceptado, la farmacia, en lo que se relaciona a la capacidad para diagnosticar.

Finalmente, las mujeres tienen menos fe, que los hombres, en las posibilidades de la medicina preventiva.

Conclusión 9.

Contrariamente a las creencias religiosas actuales, los campesinos sí entienden el concepto fundamental de la medicina preventiva; ello constituye, en realidad, gran parte de su sistema de creencias y comportamiento tradicional. Aún más, varias técnicas preventivas tradicionales existentes coinciden con procedimientos científicos contemporáneos.

Lo que falta es el sentido de que existe una analogía entre la prevención tal como era concebida tradicionalmente y como es concebida en la medicina moderna. Existe también una considerable ignorancia acerca de las técnicas de las estrategias preventivas modernas, con la excepción de la vacunación, donde la tecnología no está en las manos del paciente.

Conclusión 10.

Los campesinos continúan manteniendo varias creencias y se comportan en modo tal que es perjudicial a la salud, principalmente en relación a la higiene personal y a la nutrición. Sin

embargo, cierto número de creencias y comportamientos, cualquiera que sea su historia, son completamente compatibles con definiciones contemporáneas de un comportamiento óptimo de salud, o al menos no son opuestas.

Recomendaciones

Recomendación 1. (EDUCACION) 51/

Incorporar a todos los niveles de adiestramiento médico y paramédico la idea del campesino como alguien que tiene su propia estrategia de salud, que explota una variedad de servicios modernos y tradicionales para encontrar soluciones a sus problemas de salud, y cuyos criterios no son tan diferentes de los criterios de los pacientes en áreas urbanas o en áreas más desarrolladas.

Tratar de borrar la idea del campesino como esencialmente ignorante de las necesidades básicas de salud o como un fatalista hasta el punto de inestabilidad.

Recomendación 2. (EDUCACION)

Incorporar también en ese entrenamiento una comprensión de los factores responsables por el descontento o el uso inapropiado de los servicios médicos modernos: 1) diferentes definiciones de gravedad de una enfermedad determinada o de grados de gravedad dentro de determinada enfermedad; 2) falta de conocimiento sobre signos de mala salud en general o síndromes específicos en particular; 3) variedad de conceptos entre hombres y mujeres sobre el tratamiento de las enfermedades.

Recomendación 3. (EDUCACION)

Enfatizar en el adiestramiento paramédico o a nivel campesino sobre las técnicas específicas para la identificación de

51/ Las mayúsculas entre paréntesis se refieren al programa o área de programación relacionado a una recomendación dada.

síntomas y síndromes, particularmente con respecto a las enfermedades rurales más comunes, con el objeto de hacer que el campesino se diagnostique mejor para que pueda buscar, más inteligentemente, el apropiado nivel de atención médica. Considerar el diseño de cursos cortos, simples e intensivos en las áreas rurales, y tal vez cuñas o programas radiales sobre el tratamiento de enfermedades para los campesinos.

Recomendación 4. (EDUCACION)

El adiestramiento en la determinación de síntomas y síndromes también debe incluir los problemas de duración y sus implicaciones en enfermedades importantes y frecuentes. Este énfasis debe también ser incorporado al aspecto educacional de las consultas clínicas.

Recomendación 5. (INVESTIGACION)

Una investigación profunda de naturaleza cualitativa y cuantitativa para comprender adecuadamente y tratar con los confusos conceptos que tiene el campesino, y por consiguiente con los del que hace el diagnóstico, sobre achaques y dolores corporales que no están asociados con síndromes conocidos.

Recomendación 6. (INVESTIGACION, EDUCACION, MODIFICACION
INSTITUCIONAL)

Realizar un censo específico de farmacéuticos y curanderos en áreas clave o experimentales, incluyendo datos sobre la utilización de las tarifas, opiniones de la comunidad, ambiente físico en relación a nivel de higiene y espacio disponible, receptividad para adiestramiento adicional, y niveles de educación y proficiencia.

Proporcionar adiestramiento a farmacéuticos y curanderos cuidadosamente seleccionados, enfatizando sobre las señales de peligro en las enfermedades y la necesidad de usar el sistema de referencia, primeros auxilios, continuación de prácticas beneficiosas y eliminación de aquéllas que son perjudiciales a la salud del paciente, identificación de la desnutrición, desarrollo de salud de la comunidad, y tecnología de la planificación familiar. Dirigirlo a nivel regional.

Recomendación 7 (EDUCACION)

Incluir en todo el plan de adiestramiento, especialmente a los niveles profesionales y administrativos superiores, la importancia de las variables culturales y sociales, a través de un estudio obligatorio, teórico y aplicado, de factores socio-culturales en la prestación de servicios de salud.

Instituir cursos especiales de adiestramiento en ciencias sociales para aquel personal clave que no haya estudiado tales disciplinas.

Recomendación 8. (EDUCACION)

Continuar enfatizando en las mujeres la educación en salud, no meramente a la luz de su supuesta ignorancia sino que tomando en cuenta sus reservas aparentes sobre todos los servicios de salud disponibles y un menor grado de confianza en la capacidad de ejercer control sobre el destino de la propia salud.

Recomendación 9. (EDUCACION, INVESTIGACION)

Identificar las estrategias tradicionales de medicina preventiva y curativa que son beneficiosas y aquéllas que son per-

judiciales.

Re-estructurar programas educativos no formales para reforzar los antiguos.

Hacer explícito en todos los programas de adiestramiento la "analogía de prevención", esto quiere decir, que el mantenimiento del equilibrio de salud comparte el mismo concepto fundamental de la medicina preventiva moderna; es la tecnología la que varía.

Considerar la utilización del "usuario-satisfecho" en el adiestramiento a nivel de cantón y en discusiones de grupo, en los cuales aquellos que han dejado comportamientos tradicionales perjudiciales a la salud pueden restificar los beneficios del cambio.

CAPITULO IV

EL SISTEMA ASISTENCIAL ACTUAL:
LOS PUESTOS DE SALUD Y SUS PROGRAMAS

Conclusiones Generales

Utilización

En el capítulo anterior vimos un modelo de entrevista en el que el porcentaje de hombres que buscaron asistencia médica por sus quebrantos de salud en el puesto de salud de Uluazapa, fue de solamente un 40% comparado con el 95% en las mujeres. Con referencia al modelo para 1975, del 10% de 1359 fichas de pacientes de primera consulta, se encuentra el siguiente perfil de asistencia:

TABLA XXII. ASISTENCIA AL PUESTO DE SALUD
DE FEBRERO A DICIEMBRE DE 1975
POR SEXO Y EDAD⁵⁷ (N=135)

EDAD/SEXO	NUMERO	PORCENTAJE	% TOTAL VARONES	% TOTAL HEMBRAS
Mujeres	55	40.74	--	40.74
Hombres	20	14.81	14.81	--
Niñas menores de 5 años	19	14.07	--	14.07
Hembras mayores de 5 años y menores de 15	14	10.37	--	10.37

⁵⁷ Las hojas de registros acumulativos del Ministerio para las distintas unidades de salud, brindan un análisis de asistencia por edad pero no por sexo. Esta información se extrajo de los expedientes clínicos de los pacientes.

EDAD/SEXO	NUMERO	PORCENTAJE	% TOTAL VARONES	% TOTAL HEMBRAS
Varones mayores de 5 años y menores de 15	14	10.37	10.37	--
Niños menores de 5 años	13	9.63	9.63	--
TOTALES	135	99.99	34.81	65.18

En ambos modelos más del doble del número de mujeres que de hombres fueron al puesto de salud para su primera consulta médica. Esta diferencia se duplicó en otro modelo para los tres primeros meses de 1975, con el 20% de 406 fichas que revelan que sólo el 8.14% de pacientes de primera consulta en esos meses fueron hombres, comparado con el 41.86% de mujeres. Esta gran diferencia puede atribuírse a la alta demanda de mano de obra agrícola durante esos meses que hizo difícil a los hombres tomar el tiempo necesario para asistir a la clínica. Por lo que no debe considerarse como un caso representativo para todo el año. No obstante, esto sirve para subrayar lo que antes se observara de que el horario de la clínica no se ajusta a la disponibilidad de tiempo de los hombres. Una diferencia notable en los tipos de enfermedades reportadas por ellos, en comparación a las mujeres en ambos modelos clínicos no existe, a excepción de una tendencia en los hombres a reportar menos trastornos gastrointestinales y un síntoma de decaimiento no determinado por no disponer de una información completa; ya que los hombres llegan a la clínica hasta que la enfermedad se ha hecho larga o les

ha provocado incapacidad.

Origen Geográfico

Uno de los casos más sorprendentes obtenidos de los informes clínicos atañen a la procedencia de los pacientes: las dos terceras partes en primera consulta en 1975 provinieron de los cantones de Uluazapa; el resto provino del propio municipio. Este desbalance aumentó a las tres cuartas partes en el primer trimestre de 1976, y lo que es aún más sorprendente en el modelo total de 1975 es que el 85% de todos los hombres eran de los cantones. En el modelo de 1976, el 100% llegaron de estos últimos. De nuevo no se encontraron diferencias notables en la naturaleza de los males, pues tanto los del municipio como los de los cantones reportaron el mismo tipo de enfermedades con una duración y estado de gravedad similares. Sin embargo, como se indicó antes, la información se recabó en forma incompleta en el expediente del paciente.

La razón por la que el número de pacientes de los cantones sea tan elevado no fué obvia de inmediato. Hasta visitar los cantones y discutir los problemas de salud con los residentes, uno se percata de que el problema radica en que no hay facilidades, al estar suplida la asistencia médica bien por un voluntario de la campaña anti-palúdica o quizás por un curandero. Los cantones de Uluazapa en muchos casos cuentan con los servicios de un voluntario de la campaña anti-palúdica pero estos servicios están limitados por lo general únicamente al diagnóstico y tratamiento de esa enfermedad. Se reportó que uno de los más remotos cantones tiene un curandero pero se hizo muy poca referencia a él. En la mayoría de los canto-

nes también hay alguien que pone inyecciones, lo que resulta ser un servicio muy apreciado. Quizás lo más penoso sea que los cantones en general carezcan de farmacias o más aun de botiquines.

Entonces las opciones del campesino son aguantar, usar remedios caseros, o salir del cantón en busca de ayuda. Si el campesino va a caminar o pagar un camión que lo lleve por caminos largos, calurosos, ásperos y polvosos para obtener asistencia médica después de que le han fallado sus remedios caseros y los sobrantes de medicinas, es lógico que buscará un tipo de asistencia que justifique el esfuerzo. A pesar y cualesquiera sean las quejas contra los servicios médicos modernos, éstos disfrutaban de gran prestigio, aún entre los más apegados a las creencias y comportamientos tradicionales. Así el residente del cantón que se embarca en una larga jornada para resolver un problema de salud, en vez de ir a la farmacia verá la alternativa de visitar el puesto de salud, como recompensa más adecuada de su propia inversión. El residente del municipio tiene más facilidad en recurrir a diferentes alternativas desde el principio de una enfermedad; por lo que la clínica se transforma en sólo una de varias alternativas, propiciando la reducción del porcentaje de su uso por parte de los residentes del municipio.

Patrón de Asistencia

Escudriñando más los expedientes de 1975, nos encontramos con el modelo de un aumento permanente en el número de primeras consultas y servicios prestados, donde el 38% de todas las personas que llegan por primera vez ya no regresan a consultas subsiguientes.

Uno tiene que considerar estos datos con ciertas reservas.

Primero que todo, existe el asunto del factor tiempo; cierta proporción de los que no regresan pueden simplemente no haberse enfermado de nuevo y sólo el tiempo dirá cuantas deserciones han ocurrido realmente. Luego es virtualmente imposible determinar cuánto de ese 38% habría regresado para pasar consulta con la enfermera auxiliar en cualquiera de los cuatro días cuando el médico y la enfermera graduada no visitan la clínica⁵⁸. Estas consultas están anotadas en un libro separado; la correlación entre ese libro y los expedientes de los pacientes es una empresa que requiere mayor investigación. El resultado de esta separación de registros, es la carencia de una forma de lograr un cuadro estadístico exacto del número de pacientes que continúan visitando los puestos de salud. Sin embargo, es dudoso que hayan personas que regresen a pasar consulta con la enfermera auxiliar, pero aun así existe motivo de preocupación.

Funcionamiento General de la Clínica

Existe otra distorsión producida por el horario, si éste se considera globalmente: en efecto la clínica se utiliza en exceso en los días cuando el doctor y la enfermera graduada están disponibles; y el uso de la misma se reduce notablemente en los días cuando

⁵⁸ Un médico y una enfermera graduada visitan Uluazapa dos días a la semana, Jueves y Sábado (un día corto de trabajo en el que el tiempo que toma el viaje es a menudo equivalente al tiempo realmente empleado en ver a los pacientes, una situación de dudosa efectividad en relación al costo). Los otros puestos en el circuito son visitados una vez por semana.

ellos no están presentes. La carga clínica los días Jueves en Uluazapa es de 60 pacientes para consulta y control. La asistencia de los otros días, determinada por repetidas observaciones, fluctúa desde 12 hasta 20 pacientes; muy raras veces pasa de este último número. La consecuencia de esto es que se reducen las oportunidades de dar un servicio médico de calidad en esos días en que se atienden 60 pacientes, y más aún el hecho de mantener a la enfermera auxiliar atada a la clínica por el resto de la semana durante las horas relativamente desocupadas; lo que es una verdadera pérdida en términos de efectividad con relación al costo.

Finalmente, la estructura de los servicios durante los días de consulta es tal que no se aprovechan totalmente los conocimientos profesionales y habilidades personales. La mayor cantidad de los pacientes que ve el médico adolecen de enfermedades corrientes que bien podrían ser diagnosticadas y recetadas por una enfermera graduada con la capacidad adecuada. El tiempo de la enfermera graduada en esos mismos días está dedicado primordialmente a los pacientes que llegan a pasar control de naturaleza rutinaria, los que bien podrían ser atendidos por la enfermera auxiliar, si a ésta se le diera un entrenamiento adicional. El tiempo de la enfermera auxiliar está fragmentado en numerosas tareas de supervisión y distribución de medicinas que podrían ser asumidas por un ayudante preparado adecuadamente. El motorista del vehículo del Ministerio está generalmente ocioso, excepto en algunas zonas donde el número de personal le permite transportar una enfermera auxiliar para la tarea de vacunación. En general el patrón no es propio de un

cas con el personal al servicio de salud en otros lugares, denotan que es casi endémico.

Estos descubrimientos prestan apoyo a la hipótesis no muy original de los investigadores, basada en el conocimiento de otros programas de salud, de que la asistencia médica rural puede llegar a ser satisfactoria tanto para los que la imparten como para los que la reciben, solamente si se hacen cambios en los patrones de obligaciones o cargos del personal. Antes de hacer sugerencias para las modificaciones ya mencionadas, se les hizo la siguiente pregunta a los vecinos de la localidad, con la intención de proporcionar indicadores de la receptividad de los pacientes potenciales a los cambios en el sistema: "Cuando va a una clínica, a quién prefiere ver: al Doctor, a la Enfermera, o a la Enfermera Auxiliar?"

Las respuestas obtenidas y sus justificaciones aparecen en las Tablas XXIII y XXIV, a continuación:

TABLA XXIII. PREFERENCIAS EN CUANTO A LA CONSULTA CLINICA, MODELO TOTAL DE LA ENTREVISTA (N=40)

SEXO	EL MEDICO	ENFERMERA GRADUADA	ENFERMERA AUXILIAR	SIN REFERENCIA
MASC.	90%	5%	5%	-
FEM.	70%	5%	10%	15%
TOTAL	80%	5%	7.5%	7.5%

TABLA XXIV. RAZONES PARA TALES PREFERENCIAS

SEXO	MAS CONOCIMIENTO EXPERIENCIA: UNO TIENE MAS SEGURIDAD, CONFIANZA	PUEDE EXAMINAR MAS, DAR MEJOR CONSULTA	DA MEJORES MEDICI- NAS	MEJOR PARA COSAS GRAVES
MASC.	73.68%	21.05%	5.26%	-
FEM.	57.14%	14.28%	21.43%	7.14%
TOTAL	65.41%	17.66%	13.34%	3.57%

Los pocos que contestaron que no tenían una preferencia marcada de ver al médico, dieron la siguiente respuesta: Si fuera algo grave, se necesitaría consultar con el médico. En su opinión, los quebrantos corrientes y menores podrían ser atendidos adecuadamente por la enfermera graduada o la enfermera auxiliar.

La preferencia mayoritaria imitada en actitudes y comportamientos desplegados en otros puestos de salud, coloca una doble carga en el sistema de prestación de salud. Primero requerirá una tarea de reducción de la clientela existente, la cuál hasta cierto grado acostumbrada a usar servicios paramédicos indígenas, antes o simultáneamente con los servicios modernos disponibles, ya se está acostumbrando a estos últimos. Las modificaciones en el sistema de prestación de salud que incluyen adiestramiento o readiestramiento de personal paramédico para llenar los huecos geográficos y cuantitativos en ese sistema, deberán tomar en cuenta estas expectativas recién creadas.

En segundo lugar, tales expectativas colocan una carga adicio-

nal en el mismo médico de la clínica. Como se discutió arriba, el médico del puesto de salud ve una multitud de casos corrientes para los cuáles él está en efecto muy bien adiestrado. Después de años de un gran adiestramiento técnico, las responsabilidades del médico en un puesto de salud rural pueden llegar a ser triviales, tediosas y aun insustanciales, dada la inexorabilidad del medio ambiente rural. Así el Año Social no se considera como una oportunidad de realizar un trabajo asistencial creativo y de servicio a la comunidad. Cuando se sugiere la idea de acción comunitaria, la respuesta injustificada es que los médicos tal como están entrenados actualmente, no están preparados para desempeñar su papel múltiple como médico, enfermera, administrador y a veces conserje, ni están hechos a la forma de pensar sobre el desarrollo comunitario y la actividad requerida para los programas de salud pública rural. Además, la programación del circuito, dificultades de transporte y las distancias, combinadas con las demandas de consultas hacen del establecimiento y mantenimiento de un contacto productivo con cuatro o cinco comunidades, una tarea formidable para todos menos para los más dedicados. Y aún los más dedicados sólo podrían lograrlo en los municipios rurales que son servidos por los puestos de salud. Los cantones quedarían efectivamente fuera de alcance.

Finalmente, aunque no existe mayor descontento entre el personal de salud entrevistado, por la conformidad de las oficinas regionales en cuanto a sus demandas técnicas y logísticas, sí hay una sensación de que no los han tomado en consideración para la planificación de modificaciones del programa o del diseño de nue-

vos programas.

Programas de las Clínicas

Una de las dificultades de pensar en la prestación de salud como sistema, es la separación de un componente de todos los demás, con el propósito de examinarlo limpia y ordenadamente. Esta dificultad se agrava por el hecho de que todos los programas de clínicas son afectados por un factor común: que es los modelos de actitud y educacionales que gobiernan el reclutamiento de pacientes para esos programas y la motivación de éstos para continuar en ellos. Para satisfacer las demandas de orden y encararse a los problemas comunitarios, se presentarán primero las recomendaciones y descubrimientos de los pacientes, seguidos de los problemas de actitud y pedagógicos que son pertinentes a todos los componentes del programa. La discusión del programa de planificación familiar se considerará en un capítulo separado por su amplitud, complejidad y naturaleza especial. Esta sección en su totalidad abarca descubrimientos realizados en todos los puestos de salud visitados, a diferencia de la sección anterior que enfoca casi exclusivamente la Clínica de Uluazapa.

Sugerencias de los Pacientes para las Modificaciones de las Clínicas

Los que respondieron al modelo de la encuesta tuvieron más bien algunas ideas definidas acerca de como podrían modificarse los servicios de la clínica, cualitativa o cuantitativamente⁵⁹, para

⁵⁹ Para estar seguro, la diferencia entre "cuantitativo" y "cualitativo" es a menudo evasiva, pero parece importante acentuar que la población de pacientes piensa en "mejores" servicios en vez de simplemente "mas" servicios.

llenar mejor lo que ellos perciben como necesidades asistenciales, personales o comunitarias. Estas ideas dividen en su totalidad los servicios que ofrece la clínica y aparecen aquí a guisa de prefacio de descubrimientos más específicos; éstas se presentan en la Tabla XXV.

TABLA XXV. SUGERENCIAS DE LOS CLIENTES PARA MODIFICAR LAS INSTALACIONES O SERVICIOS DE LAS CLINICAS (N=32)⁶⁰

RANGO	MEJORAMIENTO CUANTITATIVO	RANGO	MEJORAMIENTO CUALITATIVO
1	Mas medicinas	1	Trato más comprensivo
2	Servicio de emergencia Médico permanente	2	Mejores medicinas Consulta más seguido Precios más bajos Más intercambio entre la clínica y el pueblo
3	Venir el médico más días Más aparatos	3	Mas tiempo con el médico
4	Camillas para partos, casos graves Más personal	4	Que todos vean al médico
5	Visitas domiciliarias Mas cursillos "Mas de todo" (mas grande con mas servicios)		

La imagen presentada en la Tabla XXV no refleja completamente la preocupación principal que se hace evidente en distintas formas

⁶⁰ Ocho personas respondieron "no sé", o que el puesto de salud estaba bien como estaba, o que los funcionarios del Ministerio sabían mejor qué cambios hacer o cómo hacerlos.

a través de entrevistas realizadas en distintos lugares, que es, la sensación de distanciamiento y aún de hostilidad que sienten algunos campesinos al entablar relaciones con el personal de salud. La frase que se oye con frecuencia "no me cayeron bien las medicinas de la clínica", a menudo encubre una falta de confianza que se deriva de un trato brusco y de falta de entendimiento; debido más a menudo al primer motivo que al segundo. Los mal entendidos, las diferencias en terminología, la cantidad de trabajo que hay que sacar dentro de un horario prefijado, y el incumplimiento, provocan una irritación en el personal de las clínicas, quienes ya están bajo presiones de tiempo y trabajo. Un informante comentó: "Cayen mejor las medicinas cuando está bueno el trato". Esto puede no ser científicamente exacto pero tiene una validez, psicológica indudable. El cumplimiento de los pacientes de los regímenes prescritos, o por lo menos los intentos más sinceros de cumplirlos, se correlacionan sorprendentemente con la presencia o ausencia de ciertas actitudes y enfoques pedagógicos que serán discutidos en la sección sobre los aspectos educativos de los programas de las clínicas.

Un problema persistente en la prestación de servicios asistenciales de cualquier clase, en cualquier lugar, es el de la identificación y reconocimiento del paciente, que no es más que el entendimiento por su parte de que él o ella tiene un nombre, un contexto familiar y un pasado, todo lo cual no es nada nuevo para el personal de salud pertinente. Esto es difícil de lograr en una campaña de salud voluminosa e intensiva, que involucra algunos cambios de per-

sonal, pero hay planes que pueden reducir la impersonalidad de las relaciones entre el personal y los pacientes del servicio de salud, e incidentalmente contribuir a la formación de una imagen completa de los servicios asistenciales para la comunidad, que es decisiva cuando un programa rural integrado de salud se va a convertir en la realidad que se desea.

Programas de Salud Materno-Infantil

En el modelo de entrevistas de Uluazapa, cuando se les preguntó cuáles programas de clínicas ellas consideraban más valiosas, las mujeres colocaron los programas de salud materno infantil en el rango No.3 en importancia, dándole rango 2 a la consulta médica y la vacunación, y rango 4 a la alimentación complementaria. Los hombres ni siquiera mencionaron los programas de salud materno infantil al llenar el modelo de entrevista. Estas actitudes hacen eco en las tasas de inscripción y retiros de la clínica: de 42 mujeres inscritas en el programa de higiene de la madre desde fines de octubre de 1975 hasta marzo de 1976, sólo 25 estuvieron activas en el programa, 17 se retrasaron en sus visitas de control, y sólo se registró una que había tenido su niño sin estar aún inscrita en el Programa de Higiene Infantil. De los 62 infantes inscritos en este último programa, 37 asistían con regularidad, 25 estaban atrasados en sus visitas de control, y uno se retiró por razones desconocidas. Las tasas de retiros e incumplimiento de citas fueron aun más elevadas en otras dos clínicas. De acuerdo a un número de informantes, el patrón es el siguiente: los pacientes aceptan con prontitud inscribirse en los programas de control, sin embargo hay una tasa ele-

vada de los que se arrepienten y no llegan a las citas de control. Los informantes creen que esto se debe a la falta de convicción desde un principio de que el control era necesario, repugnancia de haber dado respuestas negativas a todas las preguntas formuladas por el médico, problemas de cuidado infantil, tiempo y distancias. Todo esto se ha comprobado observando casualmente a los pacientes.

Al mismo tiempo, el 50% de las mujeres entrevistadas reportaron haber estado bajo control por lo menos durante un embarazo, aunque no necesariamente en la clínica de Uluazapa. Del otro 50% que no estuvieron bajo control, la mitad de ellas dijeron que lo habrían hecho de haber existido un puesto de salud a una distancia razonable. Las razones dadas por no haberse registrado en un programa de control fueron: falta de tiempo y dinero⁶¹, incomodidades y problemas de dejar a los otros hijos en la casa sin alguien que los cuidara.

Algunas otras razones por las que no aumenta el número de personas que se inscriben y otras se retiran de los programas de salud materno infantil, surgen en conversaciones y observaciones informales. Una pregunta programada en el modelo de entrevista: "Cómo se siente/sintió cuando sabe/supo que está/estaba embarazada? Feliz, triste, los dos, conforme?", dió lugar a algunas respuestas que no estaban contempladas en el cuestionario. En realidad las pacientes contestaron con la palabra "preocupada" que no estaba contenida en

⁶¹ Esto se refiere al tiempo cuando no había una clínica en Uluazapa y el dinero y las incomodidades requerían consideraciones decisivas.

la pregunta original. Solamente el 15% de las mujeres entrevistadas sintieron una verdadera alegría cuando descubrieron que estaban embarazadas. Estas fueron, sin excepción, mujeres sin hijos o con muy pocos a causa de impedimentos ginecológicos. Un 75% alarmante dijo que habían sentido tristeza, ambivalencia, resignación, o preocupación cuando supieron que estaban embarazadas.

El 70% de estas mujeres admitieron temerle al parto, o estar resignadas. Estas expresaron dos tipos de experiencias: las que habían sentido felicidad y ningún temor con el primer hijo, en embarazos subsiguientes se sintieron tristes y preocupadas; y las otras que tuvieron miedo con el primer hijo, el temor se fue disipando en los otros embarazos. Los dos grupos atribuyeron su temor a su ignorancia en cuanto a sus mecanismos corporales y las realidades psicológicas, físicas y prácticas de la presencia del hijo.

Después de presenciar mas de 100 consultas ginecológicas y numerosas conversaciones, es obvio que hay un aspecto en estos casos que no varió en ninguna paciente. Esto fué la vergüenza e incomodidad que les ocasionó el examen físico, demostrándolo con un gesto al cubrirse todas los ojos con el antebrazo en un arranque de pudor. En las clínicas donde no se les proporcionó una sábana para cubrirse, la indignación fué más aguda y el sentimiento de vergüenza fue palpable. Por supuesto, la tensión así generada hace que la práctica del examen sea más incómoda.

Al conversar informalmente con las campesinas, ellas confirmaron esta observación y la complementaron. Dijeron que el problema también se debe al grado de comprensión del doctor y no a que él sea

un hombre. Solamente las mujeres jóvenes sintieron que era difícil confiar sus problemas a un doctor joven.

Además está el elemento discutido antes; el escaso conocimiento de los conceptos de la conducta médica preventiva moderna, acompañado por una falta de percepción del estado real de la salud de sus hijos, a menos que una enfermedad de alguna duración presente signos inconfundibles de gravedad.

Finalmente, existe la falta de incentivo originada en el hecho de que muchas campesinas siguen siendo asistidas en sus partos por comadronas. Un estudio reciente⁶² de un modelo de 97 comadronas de todo El Salvador registra un grado significativo de ambivalencia entre las de esta profesión en lo que se relaciona a las recomendaciones que, con persistencia y entusiasmo, hacen a sus clientes de que busquen control clínico prenatal y postnatal para la madre y el hijo. Esta es la única persona con experiencia, prestigio y licencia para hablar abiertamente sobre asuntos sexuales, que podría mejor terminar con las inhibiciones en cuanto a los exámenes de la pelvis, pero que aparentemente no desea o se siente incapaz de hacerlo en alguna forma. En cuanto al cuidado e instrucción posterior al parto, las visitas de la comadrona se concentran en el cuidado del ombligo, dando muy poca atención a las otras necesidades que requieren la salud de la madre y del niño. La comadrona en el período posterior al parto ni siquiera proporciona lo que otro personal

⁶² María Elena Calles Calderón y otros. Algunos Rasgos Culturales de Cien Parteras Empíricas Tradicionales de El Salvador. Tesis, Ministerio de Educación, Escuela de Trabajo Social. San Salvador, Mayo 1975. Páginas 118-123.

indígena provee bajo otras circunstancias, es decir, una forma alternativa de cuidar la salud⁶³.

Existen por lo menos cinco factores que entran en juego cuando una mujer llega al punto de decidir si se inscribe y/o continúa en los programas de salud materno infantil, que son: temor y falta de conocimiento; pudor e incomodidad física; ignorancia de la necesidad; en algunos casos la falta de una campaña entusiasta realizada por una persona de confianza como es la partera, que les aconseje ir a una clínica; y aún más, talvez la repugnancia de aceptar el hecho de que están embarazadas. Los obstáculos de tiempo, dinero, conveniencia y responsabilidades hogareñas, según el caso, parecerían tangenciales en comparación a los impedimentos socio-sicológicos que deben tenerse en cuenta.

Educación Nutricional y Alimentación Complementaria

Una de las leyendas más viejas sobre la salud es que la gente no sabe comer bien porque tienen muy poco dinero para invertirlo en alimentos. En todas las muestras de entrevistas de Uluazapa, ninguno de los entrevistados demostró mayor grado de ignorancia con respecto a los componentes de una buena dieta. La tabla a continuación muestra la importancia que cada sexo le atribuyó a los componentes ya mencionados.

⁶³ Claros y los otros, op. cit., Páginas 110-111.

TABLA XXVI. COMPONENTES DE UNA BUENA DIETA

HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
Rango	Alimento	Rango	Alimento	Rango	Alimento
1	Carnes y Pescados	1	Carnes y Pescados	1	Carnes y Pescados
2	Leche	2	Huevos	2	Leche
3	Huevos	3	Frijoles	3	Huevos
4	Frijoles	4	Carbohidratos ⁶⁶ (arroz, maiz, "harinas")	4	Frijoles
5	Sopas (de carne)	5	Leche	5	Sopas (de carne)
6	Quesos	6	Verduras	6	Verduras
7	Verduras	7	Sopas (de carne)	7	Carbohidratos
8	Carbohidratos ⁶⁴ (arroz, maiz, papas)	8	Quesos	8	Quesos
9	Reconstituyentes	9	Frutas	9	Reconstituyentes
10	Frutas	10	Reconstituyentes	10	Frutas
11	Otros ⁶⁵	11	Otros ⁶⁷	11	Otros

Sin embargo, cuando se les preguntó si ésa era la dieta que sus familias consumían realmente, solo el 60% respondieron afirma-

⁶⁴ Arroz en primer lugar, pero no por muchos.

⁶⁵ Jugos de frutas enlatados, vitaminas, atoles.

⁶⁶ El arroz constituyó el 83% de esta categoría; el maiz y las harinas compartieron el otro 17%.

⁶⁷ Jugos de frutas enlatadas, grasas.

tivamente. Las razones dadas por el otro 40% que no disfrutaba de dicha dieta fueron razones económicas (60%) y dificultad de obtener localmente y con regularidad carne y vegetales (40%). El mercado más próximo a Uluazapa es San Miguel y estos artículos son obtenidos por vendedores de la localidad en cantidades pequeñas y, a menudo de mala calidad, a precios que no están al alcance de todos los bolsillos de los moradores de la zona rural.

El resultado de las restricciones para consumir una dieta adecuada produce la siguiente realidad, registrada entre 2044 familias en las muestras de entrevistas de San Miguel y Morazán.⁶⁸ El patrón real de consumo entre esas familias alcanza las proporciones dadas en la Tabla XXVII.

TABLA XXVII. PORCENTAJE DE FAMILIAS QUE CONSUMEN COMPONENTES DIETETICOS DADOS. MODELO DE ENTREVISTAS DE SAN MIGUEL Y MORAZAN (N=2044)

COMPONENTES DE DIETA	% DE FAMILIAS
Maiz y frijoles	100.00
Arroz	87.82
Huevos	78.77
Maicillo	60.52
Leche	32.39
Queso	27.20

⁶⁸ Grupo Multidisciplinario, op. cit., página 38.

COMPONENTES DE DIETA	% DE FAMILIAS
Carne	18.88
Otros	4.01

El 75% de estas familias pudieron gastar sólo entre ¢1 y ¢3 diarios en alimentos, lo que con dificultad proporcionaría una dieta básica adecuada para una sola persona.

El resultado inevitable de tales limitaciones es la desnutrición, identificada en el 73.4% de la muestra de entrevistas hechas en San Miguel y Morazán. Esta es evidente en los muchos casos de infantes mal alimentados y adultos anémicos que llegan a la clínica. Sin embargo, la desnutrición se agrava por otros factores. Las enfermedades gastrointestinales ubicuas impiden la absorción apropiada del ya mínimo valor nutritivo que existe en la dieta disponible. Los factores socio-culturales constituyen el golpe de gracia.

Primero que todo, en una gran mayoría los campesinos no consideran la desnutrición como una enfermedad; no la reportan hasta que ya está bien avanzada -- en la mayoría de los expedientes clínicos de los pacientes se registra la desnutrición en grado II -- y cuando tales casos son llevados a la clínica es por otras enfermedades como la anorexia. No se ha aclarado si esto es el resultado de la ignorancia acerca de las señales de la desnutrición, que es la razón más probable, o si se debe a un sentido de vergüenza de reportar que el hijo no ha sido alimentado apropiadamente.

Segundo, hay muchas razones que le quitan valor a ciertos alimentos que tienen un valor nutritivo elevado. Un buen ejemplo es la fruta en Uluazapa. Aunque en esta área se consigue fácilmente una gran variedad de frutas en ciertas estaciones, y el intercambio de éstas es un acto social acostumbrado y cordial, la fruta se catalogó en un lugar muy bajo en la lista de artículos dietéticos de valores (Vea la Table XXVI). Además, la mayoría de la fruta se elimina de la dieta de una persona que está enferma, de acuerdo a las recetas tradicionales, siendo lo más desconcertante la eliminación de las frutas ricas en vitamina C cuando el paciente sufre de infecciones broncopulmonares.

Tercero, las prescripciones dietéticas prevalecen bajo otras condiciones en que son contraproducentes, desde una perspectiva nutricional. Esto es todavía común entre las mujeres que deben seguir regímenes especiales cuando están menstruando (ellas deben evitar comer alimentos ácidos o helados, huevos, crema y aguacate; deben comer queso con tortilla tostada), o durante el período posterior a un parto (ellas deben evitar comer alimentos ácidos y condimentados, melón, papaya, coco, huevos, grasas, leche, pescado, carne de cerdo, arroz, frijoles, mariscos y aguacate; deben comer queso, chocolate, tortilla tostada y, si el hijo fué varón, gallina). Se supone que todos los alimentos prohibidos perjudican en alguna forma la salud de la madre o del infante.⁶⁹ Tales dietas especiales

⁶⁹ Grupo Multidisciplinario, op. cit., páginas 25-27; Claros y los otros, op. cit., páginas 113-116; Canelo op. cit. páginas 60-68; descubrimientos propios de los investigadores.

son parte de la educación sexual que las jóvenes heredan de sus mayores, que en algunos casos según los informadores, es la única educación sexual que reciben. Por consiguiente, tienen que sufrir con paciencia lo que no es más que un prejuicio irracional, fruto de creencias muy arraigadas, como en el caso de los regímenes para ciertas clases de enfermedades, como las discutidas en el Capítulo II. La dieta diaria, corriente y moderna, que aprendemos en la escuela y clínicas, no afecta esos sistemas íntimos sociales y personales, como son el sexo y las enfermedades. También podría ser que las dietas especiales impuestas con cierta frecuencia respondan a condiciones de escasez. Algunos estudios sobre culturas mezcladas han buscado una correlación entre la existencia de alimentos muy limitada y obtenida con dificultad, y los reglamentos dietéticos muy rígidos.

Cuarto, al preparar los alimentos, si éstos se cococen, su contenido nutricional disminuye. El maíz, si en vez de molerlo en piedra se muele en el molino, pierde parte del calcio que antes tenía.

Quinto, las costumbres a las horas de las comidas son limitadas. La familia campesina muy raras veces se sienta toda junta y en un sitio determinado. Debido a la diferencia de horarios de los miembros de la familia y muy a menudo por la falta de espacio los tiempos de comida se hacen en series, a veces de pie como quien hace un refrigerio, pero casi siempre en el siguiente orden: hombres mayores, hombres jóvenes, mujeres jóvenes y mujeres mayores. Los bebés de cualquier sexo tienen sus propios horarios. Debido a que la cantidad de alimentos es limitada, a menudo las mujeres comen

peor, al final y los sobrantes. Este es un patrón cultural que se comprueba con el gran número de registros de mujeres anémicas que hay en las clínicas. El motivo de esto puede ser también que donde siempre se come lo mismo y en mínimas cantidades, existe la sensación que no vale la pena hacer la comida tan formal. En Uluazapa las comidas formales se limitan a ocasiones especiales asociadas con la religión, excepto cuando reciben huéspedes; es raro que a un visitante no le afrezcan algo de comer o tomar a su llegada, aun en las casas más humildes.

Sexto, el impacto de programas de alimentos complementarios es a veces entorpecido por varias razones culturales. Las actividades de promoción y educativas a nivel de la clínica no son a veces tan vigorosas como deberían. El programa no parece gozar de prioridad entre el personal de la clínica encargado de la vacunación, salud materno-infantil, o planificación familiar, de modo que el número de inscripciones es más bajo, principalmente entre las mujeres embarazadas y las que están amamantando. Aunque el programa fue considerado el segundo en importancia por los hombres en el modelo de entrevista de Uluazapa, las mujeres lo situaron en cuarto lugar, después del tercero que fué la consulta médica. Varios informadores comentaron que ellos advirtieron un estigma ligado a las personas beneficiadas con el programa de alimentación; aún si esto es totalmente incorrecto, es suficientemente real para las personas beneficiadas con dicho programa. Además, las enfermeras auxiliares y los informadores reportaron que los alimentos en vez de reservarse para aquellos miembros de la familia que más los necesitan son usados frecuente-

mente en la preparación de comidas para toda la familia y entonces la efectividad del programa para aquellos más necesitados se desvanece.

Programas Que Se Han Extendido: Vacunación

La situación ha cambiado muchísimo desde que Araúz Aguilar en 1959 escribió "Toda Enfermedad que contraiga el niño posterior a la vacunación la atribuyen a la misma".⁷⁰ A mediados de 1960 Canelo⁷¹ y Sánchez Lemus⁷² encontraron muy poca resistencia a la vacunación. Ahora, 10 años después, cualquier objeción es mínima y generalmente manifestada en la preocupación de las madres por las fiebres que da la reacción de la vacuna y alguien que ocasionalmente cree en una relación causal entre la vacuna y los resfríos. La resistencia que queda, cualquiera que sea su causa -- y que frecuentemente se debe a un olvido -- es todavía motivo para exigir consumo considerable del tiempo de la enfermera auxiliar para hacer llamadas a las casas de los que no cumplieron con sus citas para vacunación. Debido a que el propósito de las llamadas a los hogares es solo para que se presenten a la vacunación y no se aprovechan para impartir observación y educación adicional, la tasa de ingresos en términos de salud es por consiguiente baja.

Entre las enfermeras auxiliares existe una tendencia de no dar servicios de emergencia después de las horas hábiles de trabajo

⁷⁰ Op. cit., pag. 30

⁷¹ Op. cit., pag. 21

⁷² Op. cit., pag. 38

de la clínica por diversas razones; éstas son razones económicas y personales y el temor a ser acusadas de venalidad, según lo han expresado los informadores.

Finalmente, las exigencias del horario de la clínica, tal como está estructurado actualmente, limitan el tiempo disponible de la enfermera auxiliar para hacer visitas a domicilio.

Donde el personal de la clínica no promueve o no se involucra en actividades comunitarias relacionadas con la salud, y cuando el Patronato no da su apoyo, el resultado es que los contactos fuera de la clínica, relacionados con la salud, entre el personal y la comunidad son muy escasos; y estos contactos entre el personal y la población cantonal son nulos.

Programas que se han Extendido: Fluorización Escolar

La efectividad de este programa quizás donde menos reside es en las manos del Ministerio de Salud. No importa cual sea la contribución de supervisión de la enfermera auxiliar, el éxito de la terapia depende de la capacidad del profesor encargado de transmitir el conocimiento, generar compromiso y mantener orden. Donde esta capacidad existe, se confía en la eficacia del programa; donde falta, puede decirse que es como si esta medida de salud no se hubiera tomado.

Además, las visitas de supervisión de la enfermera auxiliar representan, como las llamadas a las casas para recordarles de la vacuna, una oportunidad para dar educación sobre la salud más allá de la administración de una tecnología. No se ha aclarado si esta oportunidad se explota siempre.

Aspectos Educativos

En todo contacto entre el personal y el paciente a un nivel clínico, se haya inherente una ocasión para la educación sanitaria. Pero este potencial queda a menudo sin aprovecharse debido primeramente a dos presunciones que prevalecen: que la cantidad limitada de tiempo y personal, hacen la calidad de los servicios de prestación de salud de difíciles a imposibles; y que los campesinos no son sólo ineducados, sino ineducables. Si consideramos estas presunciones como una especie de hipótesis de servicio público, todavía quedan por demostrarse. Existe otra hipótesis que establece que si prevalecieran actitudes y tácticas pedagógicas apropiadas se podría lograr la calidad y devendría la educación. Aquéllos que la han puesto a prueba la consideran una hipótesis valiosa y productiva que amerita que se continúe probando.

La Consulta del Paciente al Médico

Los pacientes y médicos han observado por igual que no existe otro punto por sí solo en el sistema de prestación de salud en el que los factores socio culturales hagan impacto tan clara y decisivamente como en la consulta del paciente al médico. Las tradiciones de jerarquías sociales, diferencias intelectuales, enfoques pedagógicos, idioma y ademanes, se fusionan para crear una barrera social que puede ser vasta. Es irónico y en cierto modo contradictorio que esto sea así. La Tabla XXIII registró las preferencias marcadas de los entrevistados de ver al médico cuando ellos visitaron la clínica, principalmente porque la mayor preparación del médico les inspiró confianza.

Como se discutió antes, aunque la calidad de las relaciones interpersonales pueda ser inadecuada, el médico en el campo viene a su puesto con una especie de cuenta bancaria cultural, es decir, la confianza que el campesino invirtió en su pericia. Los mismos campesinos dicen que mientras el médico no se vuelva engreído por su capacidad científica, los pacientes se irán ajustando gradualmente a su estilo y continuarán exigiendo su clase de habilidad. Sin embargo, los campesinos podrán recurrir a ella en el caso de una enfermedad como una cosa aparte de las consultas de tratamiento rutinario o de prevención. Habiendo sido curados y restaurada su salud, no quedan educados para continuar tratamientos de prevención.

Además de las limitaciones de tiempo, tradiciones pedagógicas, actitudes, percepciones mutuas, relaciones rutinarias, hay muchos otros factores que salen a luz al observar a los participantes y analizar las actitudes recíprocas, que entran en juego en el encuentro del médico y el paciente y que reducen la calidad de su potencial educativo:

1) La tradición patrono - cliente. El médico es el patrono y el campesino es el cliente. El modelo en esta relación es de autoridad por parte del médico y de respeto por parte del paciente.

2) La tradición pedagógica.

a) El modelo consiste en un flujo de información cuyo contenido es determinado por la fuente y aceptado sin objeción por el receptor.

b) Falta de repetición del tratamiento y medicamentos

prescritos, o una repetición maquinal sin asegurarse que el paciente ha comprendido, es decir, que la aclaración es selectiva en respuesta a una pregunta específica del paciente.

3) El Modelo Médico. Este modelo se compone de cuatro elementos: qué, por qué, cómo y cuándo. En su forma negativa más extrema la asesoría del médico al paciente no contiene ninguno de estos elementos; en su forma más positiva, dicha asesoría los contiene todos.

a) Por qué. La teoría antropológica ha sostenido por mucho tiempo que la medicina tradicional en parte proviene de una necesidad humana básica de explicar angustias fisiológicas y psicológicas, así como de curarlas. La medicina tradicional a menudo ha sufrido igual que la medicina moderna a causa de esta teoría. Un instrumento decisivo en el botiquín del curador tradicional, como el curandero, es la seguridad de que una interpretación de la enfermedad saldrá en algún punto del tratamiento.

Ni un poco de la fe persistente del paciente en el curandero tradicional y sus curas, se origina en el hecho de ver uno de los mayores enigmas de la vida, como es la enfermedad, atribuida a alguna causa identificable y recibir algún pronóstico. Si el médico contemporáneo no ofrece algo similar, pierde la oportunidad de ayudar al paciente a comprender cual pudo ser el origen de su enfermedad y como en cierta medida ésta pudo haberse evitado. El también pierde la oportunidad de reemplazar al curandero tradicional en el sistema de creencia y conducta médica del paciente y de poder él mismo convertirse en un objeto de algo más que fe tec-

nológica.

b) Qué. Es común entre los campesinos salir de una consulta médica sin saber el nombre de la enfermedad que padecen. Es también común entre ellos sentirse confundidos e insatisfechos al salir de la consulta y discutir esto después con los otros pacientes que están en la sala de espera. Ellos se sienten bloqueados por la terminología médica moderna donde las enfermedades y los síntomas tienen diferentes nombres, otras causas y otras curas. Es así como los campesinos se ven forzados a permanecer en un sistema tradicional de conceptos y conducta por el que son criticados.

La consecuencia de esto es que dos sistemas de pensamiento e idioma y, por consiguiente, de conducta continúan a lo largo de líneas paralelas. Los médicos dicen: "Esta gente no comprende lo que les digo". Los pacientes dicen: "El doctor no me escucha y no me contesta". Esto es a menudo cierto, pero el problema es más que la falta de conocimiento del léxico de salud del campesino, nosografía, sistema de creencia y formas de curación. Es frecuente que el personal de salud conozca por lo menos algo de la terminología familiar y conductas de salud que se encuentran en el marco rural.⁷³

Lo que no existe es el sentido de respeto, la aceptación de la legitimidad de un sistema de consideración y acción,

⁷³ En el presente estudio no se ha incluido una recopilación sistemática de la terminología popular, nosografía, diagnóstico, conducta, en la creencia de que los estudios de Canelo y Claros constituyeron una base más adecuada para dicha recopilación.

que, como una estrategia por la supervivencia, ha demostrado ser válido a través de generaciones de arduas circunstancias humanas y ambientales. Aun más, un número de elementos de ese sistema continúan siendo válidos, no sólo por su eficacia psicológica sino porque científicamente son perfectos.

c) Cómo y Cuándo. A menudo se les receta a los pacientes medicinas y regímenes sin ir acompañados por una aclaración acerca de qué droga corresponde a cuál enfermedad y cómo se llama la droga; qué efectos secundarios posibles se podrían presentar; y si se recomienda un horario o sincronización especiales para los medicamentos, no se les explica por qué esto es necesario. Tampoco se les da una idea del tiempo que ellos podrían esperar para ver los resultados o cuáles son las probabilidades de una mejoría. De manera que los campesinos se quejan de que no les dieron suficientes medicinas o que las medicinas no les cayeron bien, lo que puede significar ya sea que hubo efectos secundarios desagradables e incomprensibles, o que no hubo una mejoría notoria dentro del tiempo que el paciente creyó prudencial. Además, si se les dan las explicaciones de cómo y cuándo, ellos no siempre toman en consideración las interrogantes de los campesinos en cuanto al tiempo apropiado para purgarse, bañarse y hacer ajustes dietéticos. Finalmente, cuando ocurren los cambios de los comportamientos de salud, no se les recompensa verbalmente.

El resultado final es a menudo de incumplimiento o de insatisfacción.⁷⁴ Mientras el consenso de la investigación reciente sobre el incumplimiento médico es que la repetición, especialmente la repe-

Llamada correspondiente a la página anterior.

74 El problema total del incumplimiento es difícil. Además del asunto del contexto cultural, está la cuestión de la carencia de un conocimiento firme y preciso por parte de los practicantes de que los pacientes no están en realidad cumpliendo. Otro problema, quizás el corolario, es aquél de sonsacar un informe franco de los pacientes sobre si están cumpliendo con los regímenes prescritos y cómo los están cumpliendo. Por consiguiente, a menudo no se puede saber si la persistencia de una enfermedad se debe a la falta de una reacción fisiológica o de conducta.

tición escrita, es el factor decisivo, la repetición en un vacío cultural continua siendo insuficiente.

Consultas de Control Efectuadas por la Enfermera Graduada

La función de las consultas de control es principalmente de advertencia y mantenimiento. Por esta razón hay una redundancia en la serie de visitas de un día y en las prescripciones de regímenes pertinentes. Estas son registradas concienzuda y repetidamente por la enfermera graduada para cada visita. Este proceso involucra mucha escritura y una pérdida en la calidad de la relación interpersonal. Debido a esta repetición y a las presiones de tiempo, hay a veces una inconsistencia en los puntos tratados y se pueden pasar por alto los elementos claves.

Aunque algunos de los modelos anotados arriba se despliegan en la consulta del paciente a la enfermera, estos son menos frecuentes y dominantes. Esto es quizás porque el encuentro es por lo general entre dos mujeres, o porque más enfermeras graduadas que médicos conocen más de la educación rural, o quizás porque la tradición de las relaciones patrono y cliente es severa, el intercambio de información y averiguación está más imparcialmente balanceado. A pesar de esto, existe una tendencia entre los pacientes de las zonas rurales de no hacer valer sus derechos, ni exigir comprensión, o expresar contrariedad en encuentros con personas de estratos sociales más elevados, a menos que la relación sea emocionalmente cómoda.

Charlas Sobre la Salud

La educación sobre la salud a nivel de la clínica ha dependido

en alto grado de la persona que da la charla, el médico, la enfermera graduada y la enfermera auxiliar, o el inspector sanitario. Hay signos de que la charla como un medio para transmitir la información sobre la salud en una forma completa y durable, tiene limitaciones tal como está constituida actualmente. Estas limitaciones son las siguientes:

- 1) El ambiente en los días cuando el personal de visita viene a la clínica es hético, bullicioso y distrae la atención; el personal de salud y los pacientes están ocupados en diversas tareas -- preparación de pacientes, consultas, entrega y recibo de medicinas, inyecciones, pagos, papeleo, administración -- o sea que hay muy poco tiempo o tranquilidad para transmitir con efectividad los conocimientos. Bajo tales condiciones, es muy difícil lograr atención si se carece de una personalidad imponente y aparatos vocales, y una exposición estrechamente organizada y unida a una lógica clara.
- 2) En general ni las circunstancias ni la tradición docente animan el hacer preguntas.
- 3) Muchos de los pacientes están enfermos u ocupados en mantener más o menos quietos a los niños sanos o enfermos.
- 4) La persona que goza del prestigio incuestionable de superar este ambiente es la persona que en muy raras ocasiones da charlas y es el médico del puesto de salud.

En vista de todos estos factores lo que se logra transmitir son fragmentos de información que casualmente se medio oyeron, o se medio entendieron; a veces mas teóricos que prácticos, que carecen

del impacto para competir con los conceptos existentes y que finalmente se mezclan en una información equivocada o en una mitología. Quizás ésta sea la razón por lo que, como se mencionó en el Capítulo II, las charlas no se consideran un medio de entrenamiento adecuado para los campesinos.

Si las declaraciones de los entrevistados en Uluazapa constituyen alguna indicación, la falta de estimación por las charlas y su falta relativa de impacto, no se origina en una indiferencia básica por aprender. La Tabla XXVIII a continuación registra los deseos de los que respondieron el cuestionario de la entrevista a este respecto. Sus preferencias en cuanto al horario fueron por parte de los hombres de las 6:00 p.m. en adelante, y por parte de las mujeres de 2:00 a 5:00 de la tarde, con un poco más de flexibilidad durante el día que los hombres pero con poco interés por los horarios en la noche. Las razones por la falta de interés en el entrenamiento fueron: necesidad de cuidar a los hijos, falta de tiempo, edad y mala vista, falta general de interés y falta de deseos de comprometerse sin saber lo que se va a ofrecer.

TABLA XXVIII. DISPOSICION PARA UN NUEVO ENTRENAMIENTO Y MATERIA PREFERIDA

SEXO	INTERES?		Asuntos Médicos Primeros Auxilios Enfermería	Cualquier Cosa; Todo	Nutrición	Costura	Leer, Escribir	Preparación de Comida
	SI	NO						
MASC.	100%	-	45%	55%	-	-	-	-
FEM.	70%	30%	10%	50%	10%	10%	10%	10%
TOTAL	85%	15%	27.5%	52.5%	5%	5%	5%	5%

Uso de Medios Audiovisuales

Hay dos problemas mayores relacionados con el uso de medios audiovisuales para la educación de la salud: 1) la obtención de los materiales necesarios y 2) usarlos realmente. Con frecuencia se comentó a nivel del personal que era muy difícil obtener y mantener una existencia de tales materiales, pero al hacer una investigación, los materiales obtenidos a veces en grandes cantidades terminan en gavetas de escritorios, o todos arrugados en el fondo de un anaquel, o, en el caso de equipo como proyectores, terminan en la oficina regional y, según informes, se usan muy poco por razones logísticas y de tiempo. Parece que los folletos languidecen sin usarse esencialmente por razones de actitud, como la presunción de que el campesino es analfabeta y por consiguiente desvalúa no sólo el material escrito, sino que hasta los grandes artículos pictográficos y sencillos diseñados para los iliteratos. Las presiones de tiempo que prevalecen en las consultas clínicas se consideran también imitativas.

Aunque a veces hay una verdadera escasez de equipo audiovisual, especialmente en los campos de énfasis más reciente como el adiestramiento nutricional y de parteras; y aunque continúa existiendo una necesidad de materiales y tecnologías nuevas e imaginativas, los motivos de actitud más que los mecánicos parecen obstaculizar el uso apropiado de los medios audiovisuales. En el caso de instrumentos muy básicos como folletos, simplemente no hubo un compromiso de usarlos para vencer la sensación de las presiones de tiempo y el cinismo sobre la posibilidad de que los campesinos los usarían.

En el caso de tecnología más atractiva como películas, acerca de las cuáles todos estuvieron muy entusiasmados, se percibieron, correcta o incorrectamente, como monumentales las dificultades de obtenerlas y programarlas.

También hubo un sentimiento, confirmado a través de observación, de que el personal de salud se sentía incómodo en su nivel de pericia con la forma de usar los materiales audiovisuales que fuera utilizable y se lograra el máximo impacto.

Programas de Entrenamiento para Parteras

En parte debido a las limitaciones del tiempo, pero principalmente debido a la existencia de la investigación concienzuda llevada a cabo por Claros y otros, este estudio trató básicamente este problema desde el punto de vista de las percepciones y conducta del paciente. Los enfoques usados fueron preguntas de encuestas sobre el uso de los servicios de las parteras empíricas y las preferencias de los pacientes; la presencia durante el entrenamiento de las parteras empíricas, y a fondo, las conversaciones no programadas con informadores claves como las parteras, farmacéuticos, enfermeras graduadas, enfermeras auxiliares y mujeres próximas a dar a luz y recién paridas.

La investigación de Claros produjo el siguiente perfil de la población de parteras empíricas tal como fué representado por su modelo de entrevista: ⁷⁵

- 1) 64.9% mayores de 50 años de edad; solamente 7.2% menores

⁷⁵ Claros y otros, op. cit., passim.

de 30.

- 2) 59.8% de analfabetas, concentradas en el grupo de edades entre 50 y 70 años.
- 3) 62.9% han practicado por 20 años o más, 42.3% por 30 años o más.
- 4) 17.5% se dedican principalmente a la profesión de parteras; 50.5% son más que todo amas de casa y la profesión de parteras constituye una actividad que no practican a tiempo completo.
- 5) 73.2% atendieron de uno a seis partos por mes.
- 6) 41% ganaron entre ¢8 y ¢10 por cada parto; la tarifa acostumbrada es de ¢4 a ¢5.
- 7) 75.3% recibieron algún adiestramiento de parte del Ministerio.
- 8) 39.2% aprendieron el oficio por sí solas; 24.7% fueron entrenadas por una pariente.
- 9) 68% estuvieron dispuestas a recibir adiestramiento adicional.
- 10) 28.9% no estuvieron dispuestas a recibir adiestramiento adicional principalmente por motivos de edad y salud.
- 11) 58.8% usaron servicios de salud pública para sus propias necesidades de salud y de su familia.
- 12) 58.8% asistieron partos en casos de emergencia, motivadas por un sentimiento de humanidad y responsabilidad profesional.

La imagen total de las parteras salvadoreñas es la de un grupo de mujeres de edad avanzada; de bajo nivel educativo; largos años de práctica pero no a tiempo completo; que aprendieron principalmente por tradición o experiencia, con algún adiestramiento adicional más formalizado y un entusiasmo solamente moderado de recibir más entrenamiento; alguna experiencia personal con servicios públicos

de salud; con algo de mística en su dedicación, corroborado por las bajas y ríxibles tarifas y las actitudes y conductas durante el parto.

La forma en que los clientes ven a las parteras empíricas reitera este último componente de la caracterización que se ha hecho de ellas. Del 78% de la muestra de Uluazapa que habían usado a la partera empírica para uno o más partos, sólo hubo un caso que mostró insatisfacción provocada por un parto de nalgas con un final triste. Las restantes sintieron que habían sido bien atendidas y confirmaron la sensación de otra informadora clave de más edad que dijo a los investigadores: "Si yo fuera joven, estudiaría para partera. Es una profesión honorable e importante".

Al mismo tiempo, cuando se les preguntó adónde preferirían tener un hijo en el futuro, el 65% optó por el hospital y sólo el 25% eligió el parto atendido por la partera en sus hogares. El consenso del grupo en favor del hospital fue que en tales instalaciones se recibía mejor cuidado en general; que se disponía de personal mejor adiestrado, especialmente cuando se presentaba una complicación en el parto; que habían mejores condiciones de higiene. El hospital era también más adecuado si se deseaba esterilizarse y, además, se regresaba a casa gozando de completa salud. De este grupo, la mitad expresó temor de tener a sus hijos en su casa, debido a la preocupación de un parto difícil y la falta de personal capacitado adecuadamente para confrontar una eventualidad.

El 25% que prefirió tener sus hijos en la casa con la ayuda de una partera, confesó compartir con ella sentimientos de confianza y

aún de amistad cuya importancia psicológica en un acontecimiento vital de tal consideración como es el parto, no es reconocida sólo por las pacientes sino también es reconocida cada vez más por los que estudian todo el complejo que se presenta en los partos. Para una clientela con recursos económicos limitados, la amistad también juega un papel clave en cuanto a fijar los honorarios de la persona que atiende el parto; casi la mitad de los que contestaron que habían usado parteras dijeron que el precio que pagaron fue fijado en consideración a su pobreza o por amistad. Sin embargo, si las actitudes engendradas en los programas educativos llegan a prevalecer, este aspecto de la amistad con la partera disminuirá, por lo menos con las parteras entrenadas. Una de ellas declaró haber resuelto no volver aceptar nunca menos de ¢10.

Las que prefieren a las parteras también expresaron cierta antipatía hacia el hospital debido a las condiciones de aglomeración, como es la de compartir una cama; imposibilidad de seguir regímenes tradicionales de guardar cama, baño y alimentación; y la consideración muy práctica de no poder llegar al hospital cómodamente y a tiempo. Es interesante que todas las de este grupo han usado la misma partera; se trata de un miembro respetable de la comunidad que ha participado en varios partos y en programas generales de capacitación de salud, y a la hora de hacer este estudio era una de las más devotas participantes en un curso que se estaba impartiendo en el puesto de salud. Una de las entrevistadas dijo que esta partera tenía patente y que por esa razón se le prefería a otras parteras de la localidad.

Parece que un número creciente de mujeres preferirán tener sus hijos en un hospital de ser esto factible. Esta tendencia está creciendo por la insistencia al nivel de las clínicas de recomendar a las mujeres embarazadas que tengan a sus hijos en un hospital, aunque se espere un parto normal.

Seleccionamiento.

El estudio de Claros no encontró correlación entre el número de partos atendidos por una partera empírica dada ⁷⁶ y el hecho de haber ella recibido algún adiestramiento. Por otra parte se encontró una correlación significativa entre el número de partos atendidos y los años de experiencia de la partera. Sin embargo, estas correlaciones se han establecido en base a los testimonios de los entrevistados sobre el número de partos atendidos. En estos cálculos y correlaciones bien podrían entrar otras variantes, tales como la exactitud de la información obtenida, nivel general de la demanda, competencia de otras parteras empíricas en el área, accesibilidad a los servicios hospitalarios, hasta qué grado la población de pacientes conocía el hecho del adiestramiento de la partera, honorarios, y el grado hasta el cuál la experiencia se traslapa con el adiestramiento. La pregunta queda sin respuesta en cuanto a que si la mayoría de la población de pacientes toma en consideración el nivel de entrenamiento de la partera al tomar sus decisiones para seleccionarla, o si tienen conocimiento siquiera de que una partera empírica dada

⁷⁶ Claros y otros, op. cit., páginas 39-41.

ha recibido educación adicional. No sabemos qué peso cultural asignan los consumidores de servicios a la experiencia en oposición a la instrucción profesional especializada, o si las dos son consideradas al mismo tiempo para decidirse a usar esos servicios. Alto es el valor dado a la educación y por consiguiente a las educadas en Uluazapa y otras áreas rurales, y la hipótesis sugerida por las entrevistas y la observación es que, considerando que varias parteras disponibles poseen igual experiencia, tendrá que manifestarse alguna preferencia por aquella partera empírica que reclame tener alguna pericia adicional y confianza derivada de su entrenamiento. Esto queda por probarse.

Además, no está claro si es válida la hipótesis de que las parteras empíricas en grupo perciben la existencia de dicha preferencia. De ser así, las indicaciones son que ellas lo ven solamente como marginal; no parecen verse a sí mismas adquiriendo a través del entrenamiento alguna clase de rango paraprofesional legitimado por el Ministerio de Salud que influiría enormemente en las selecciones de los clientes.

La consecuencia de esto es disminuir lo que aparentemente ya es un bajo nivel de motivación. Como se notó antes, el universo de parteras empíricas identificadas por el Ministerio son de edad madura, prácticas, no dependen económicamente de esa ocupación, han sido entrenadas por tradición y experiencia pero también en su mayoría han recibido algún entrenamiento práctico impartido por el Ministerio. Para dicho grupo, quizás el único incentivo que inspiraría mayor número de matrícula y corregiría la tasa elevada de consun-

ción de los programas de adiestramiento existentes, sería un distintivo perceptible de su condición paraprofesional. Existe una buena razón para sospechar que los problemas de seleccionamiento y, aún más, de conservación de los participantes en los cursos de entrenamiento, pueden ser ocasionados por la opinión que tienen las pacientes que usan a la partera, de que ese entrenamiento no significa nada para ellas. Este es especialmente el caso en los cantones donde la competencia de otro personal paramédico y facilidades institucionales es aún menor

Este seguiría siendo el caso aunque se tomara la decisión de extender el adiestramiento hasta las parteras no registradas por el Ministerio. Aunque se tratara de mujeres maduras que ya tienen una confianza relativa en su capacidad y con una clientela establecida; o de mujeres algo más jóvenes para quienes la práctica de esa profesión habría de competir con sus obligaciones de ama de casa y madre; o aún de mujeres más jóvenes sin hijos que tendrían que superar inhibiciones culturales relacionadas con la edad y sexo; la motivación habría de ser real, substancial y estar ligada a los factores de un distintivo de prestigio. Por lo menos por un tiempo, no parece que la motivación económica importe mucho. Los bolsillos de los campesinos no pueden ensancharse lo suficiente para pagar más de los \$10 prevalecientes, ni el practicante ni el cliente abandonarían fácilmente el valor adjudicado a la misión de la partera que se considera como un servicio humanitario a la comunidad y no como una medicina comercializada.

Los estudios de Claros y de San Miguel, confirmados por las propias observaciones de los investigadores, testifican la tenacidad

de las creencias y conductas tradicionales entre las parteras empíricas, a pesar de que algunas de ellas han recibido antes cursos de adiestramiento del Ministerio. Algunas de estas creencias y conductas son beneficiosas y otras inofensivas, pero hay otras que son decididamente perjudiciales a la salud de la madre y del niño. Al efectuar el estudio de San Miguel y Morazán se descubrió que el 69% de las parteras empíricas entrevistadas continúan practicando varios tipos de masaje (sobada) antes del parto y el 90% aplican presión abdominal durante el proceso del nacimiento⁷⁷. El 50.9% de parteras del modelo de entrevista de Claros también practicaban la sobada, cuyo propósito era manipular el feto para colocarlo en una posición adecuada para nacer.⁷⁸ Porcentajes variables pero significativos de las parteras desconocían las causas, significado y respuestas apropiadas en el caso de señales peligrosas durante el embarazo, tales como vómitos, subida exagerada de peso, edema, trastornos urinarios, desmayos y convulsiones, anomalías del parto y complicaciones posteriores al parto tales como tétano y hemorragia⁷⁹. Hasta cierto punto esto se debió a que ignoraban la práctica promovida y a su confianza en las creencias tradicionales que aún no han sido suplantadas por información más reciente. No sabemos en ninguna forma sistemática hasta qué grado en un caso dado el procedimiento que usan se deba a la falta de conocimiento de las alternativas de conducta o mayor confianza en los procedimien-

⁷⁷ Grupo multidisciplinario, op. cit., páginas 25-27.

⁷⁸ Claros y otros, op. cit., página 66.

⁷⁹ Ibid; páginas 134-141 y passim.

tos tradicionales. Por ejemplo, ¿refleja la sobada una creencia de que ésta ablanda el vientre o mejora la posición del feto, o refleja nada más que la falta de conocimiento de los peligros de tal manipulación? ¿Representa el uso de materiales sépticos para el tratamiento umbilical una confianza real en los poderes de curación de los remedios tradicionales, o representa la falta de acceso económico o práctico a los medios antisépticos? El estudio de Claros ha identificado las áreas donde ocurren comportamientos perjudiciales; lo que queda es descubrir a través del adiestramiento, investigación y evaluación, la proporción de responsabilidad que tiene la preferencia tradicional y la que tiene la falta de información. Hasta que éstas no se identifiquen, el entrenamiento de las parteras empíricas corre el riesgo de ser insensible a su población de pacientes.

Además de lo dicho, el impacto del adiestramiento es disminuído por las exigencias de tiempo, espacio y personal. En un día de trabajo excesivo en la clínica, la enfermera se ve obligada por las exigencias del horario, a disponer de una hora libre cuando hay más demanda de espacio que lo normal en la clínica, con el resultado de que las parteras empíricas deben esperar hasta que la enfermera encuentra esa hora. Las pláticas relativas al curso son generalmente programadas con intervalos de 15 días, los que a veces se convierten en intervalos de un mes, diluyendo la efectividad del material, reduciendo la recordación y la oportunidad de una redocumentación constructiva y, además, haciendo que el adiestramiento parezca más un acontecimiento casual que un programa educativo organizado. El

hecho de que todavía no existe un sistema para la evaluación regular en el trabajo, para las parteras empíricas adiestradas, (ni el actual programa de circuito de salud permite las logísticas intrincadas y flexibles que se necesitarían para dicha evaluación), elimina cualquier posibilidad de reenforzar y corregir la práctica actual de las parteras empíricas.

Finalmente, el material ofrecido en el adiestramiento de parteras no parece seguir ningún plan de estudios general que considere sistemáticamente las lagunas y énfasis de varias clases, identificados en el estudio de Claros. El educador confronta un verdadero problema al tener que tratar con alumnos que varían desde los que no han recibido ningún entrenamiento previo hasta los que han tenido experiencia con varios programas. Esto muestra la necesidad de impartir adiestramiento a distintos niveles, en diferentes lugares y para distintos tipos de alumnos.

Programas de Saneamiento

Debido a que no había un inspector sanitario asignado al área en la que se llevó a cabo el estudio, no fué posible para el investigador apreciar en una forma sistemática o a fondo, qué podría llamarse un sistema sanitario, ya sea desde el punto de vista del que rinde tales servicios o de la población de usuarios. Sin embargo, ignorar este componente importante de la salud preventiva sería como dar a entender, incorrecta e inadecuadamente, cierto tipo de marginalidad. Por esa razón incluimos los siguientes comentarios que se derivan de la observación de las necesidades y conductas de saneamiento al nivel de las aldeas y de las prácticas con el perso-

nal de saneamiento.

El Capítulo II reportó un nivel más elevado del uso de letrinas en Uluazapa que el promedio encontrado en la encuesta de San Miguel y Morazán, pero sólo el 25% de los hogares donde se hicieron las entrevistas observaban lo que se puede definir como un grado elevado de higiene doméstica. La correlación entre niveles elevados de higiene y letrinas y los niveles de educación fué de un grado mínimo de 5 y óptimo de 7 u 8. No se intentó encontrar la correlación entre los niveles de ingresos, higiene y uso de letrinas, pero una conclusión impresionante fue que, con escasa excepción, los hogares que aparentemente tenían los ingresos más pobres también tuvieron los más pobres niveles de higiene general. Estas conclusiones concuerdan con las del estudio hecho en San Miguel y Morazán.

Las restricciones en la higiene doméstica no son solamente carencia de dinero y educación. También son de tipo ambiental y cultural. Los factores ambientales han sido discutidos separadamente y no hay razón para repetirlos. Los factores culturales comprenden una variedad de actitudes que afectan la higiene doméstica y personal.

Como se mencionó en el Capítulo III, hay poca evidencia de que exista un factor determinante de las implicaciones y mecanismos de contagio o de las necesidades de antisepsia básica. En todo caso la escasez de agua disuade lo que pueda existir de ese sentido. Los animales tienen el paso libre en muchas casas. Los cerdos en particular se encuentran en todas partes y gozan de mucha consideración; los campesinos tienen muchos nombres para los cerdos, algo

así como los esquimales los tienen para la nieve. El cerdo es una fuente de proteínas importante y valiosa, aunque al igual que otros alimentos es tabú bajo ciertas condiciones. Controlar esta fuente también muy importante, de enfermedades significa no sólo hacer cálculos de la ingeniosidad y fuerza bruta del ganado porcino sino de los recursos económicos y los valores culturales que limitarán las posibles soluciones de saneamiento.

Otro factor cultural limitativo es la costumbre de cerrar completamente la vivienda durante la noche. Esto obedece a dos tipos de preocupación, la de protegerse del aire de la noche para evitar una enfermedad, y la de obtener privacidad y seguridad, que están profundamente arraigadas. Los intentos de modificar esta conducta serán muy difíciles.

La higiene personal, testificada por los repetidos encuentros en la clínica, es también afectada por creencias muy persistentes. Ciertos síndromes, síntomas y conductas de una enfermedad, tales como diarreas, temperaturas, resfríos, purgantes para parásitos, imponen restricciones a darse un baño, las que son contraproducentes desde un punto de vista de salud total. Existen también prohibiciones de darse un baño durante los períodos de la menstruación y posterior al parto que son similarmente contraproducentes, agravadas por hábitos de protección femenina durante esos períodos que no son higiénicos y que contribuyen a un gran número de las infecciones vaginales reportadas. Otra de las convicciones críticas se relaciona con el corte de las uñas de los infantes que, según la creencia, causará mudez, cuando en realidad genera una

abundancia de enfermedades infantiles.

En medio de los muchos componentes de sistemas de creencias en el campo, éstas parecen ser de las más duraderas y prevalecientes, y de las más resistentes a una modificación. Esta es un área donde los educadores de salud pueden encontrar el enfoque que les parezca que es la técnica pedagógica más efectiva para persuadir a los educandos a que se arriesguen a violar los tabús tradicionales, las consecuencias de lo cual se consideran graves. Los grupos de discusión podrían ser el óptimo marco pedagógico para tratar estos problemas; la evidencia es que el modelo autoritario no ha dado resultado.

Desde el punto de vista institucional, los informes sobre los obstáculos para prestar servicios efectivos de saneamiento y educación son completamente de otro género, aunque no carecen de sus aspectos culturales. Los comentarios del personal hicieron referencia a los siguientes problemas:

1) Falta de integración de los conceptos, personal o programas de saneamiento dentro de los procesos administrativo y educativo, o en las operaciones a nivel de campo.

2) Pocos logros en las zonas rurales y frustración por la multiplicidad y vastedad de los esfuerzos de saneamiento urbano.

3) Responsabilidades excesivamente complejas, numerosas y fragmentadas, sin personal adecuado o ayuda logística y financiera.

4) Supervisión que acentúa demasiado los indicadores cuantitativos de logros y no toma en consideración las realizaciones cualitativas o el tiempo que toman.

- 5) Normas nacionales que no siempre fueron compatibles con las necesidades regionales.
- 6) Escasa preparación para las responsabilidades de supervisión.
- 7) Los problemas de condición o estado que surgieron de menos años de entrenamiento comparados con los médicos y enfermeras y una relación de dependencia institucional.
- 8) Menos acceso al entrenamiento en servicio y al mejoramiento de la calidad de las habilidades.

RESUMEN DE LAS CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES DEL PROGRAMA

Conclusiones

Conclusión 1.

Como se indicó en el Capítulo III, las mujeres de las zonas rurales hacen uso del puesto de salud dos veces más que los hombres, principalmente porque las horas de la clínica coinciden con el día de trabajo de estos últimos. No se informaron diferencias significativas en los tipos de enfermedades, excepto por una leve tendencia en los hombres de reportar más pocos trastornos gastrointestinales y de denunciarlos algo más tarde en el curso de la enfermedad.

Conclusión 2.

Es difícil lograr precisión en estos datos porque las hojas de registro acumulativas dan un análisis por edad de la población clínica pero no por sexo.

Conclusión 3.

Dos terceras partes de los pacientes que llegaron a primera visita a la clínica provenían de cantones circundantes; la otra tercera parte era del mismo municipio. No se notó variación significativa en los tipos de enfermedad reportados y los datos no fueron suficientemente completos para llegar a conclusiones acerca de la diferencia entre residentes de los cantones y del municipio, en cuanto al tiempo que tardaron para buscar ayuda. La preponderancia de la representación cantonal en la asistencia a los puestos de salud parece deberse al número menor de opciones de servicios asistenciales disponibles para los residentes cantonales, principalmente la falta de una farmacia.

Conclusión 4.

Parece haber un patrón de un porcentaje elevado de los pacientes que no regresan a la clínica después de su primera visita. Sin embargo, debido a la separación de archivos entre los expedientes de los pacientes que registran las consultas médicas y el registro diario de la enfermera auxiliar es difícil llegar a un cuadro estadístico completo y exacto de la asistencia a los puestos de salud.

Conclusión 5.

El puesto de salud se utiliza excesivamente en los días que el médico y la enfermera graduada están presentes, disminuyendo su utilización en los otros días. La consecuencia es inhibir la calidad de los servicios médicos en aquellos días en que la afluencia de pacientes es excesiva y atar a la enfermera auxiliar a la clínica.

nica por el resto de la semana durante horas relativamente desocupadas. El medio día de los Sábados tiene un cociente bajo de beneficio y costo en términos de calidad y cantidad de prestación de servicios de salud y algún aumento en el acceso de la población masculina a la clínica proporcional al tiempo que invierten en el viaje.

Conclusión 6.

La estructura de los servicios en los días de consulta es tal que no se aprovechan las habilidades del personal. El médico atiende muchos casos de enfermedades rutinarias que podrían ser diagnosticadas y recetadas por una enfermera graduada. Esta desempeña el control de programas que la enfermera auxiliar podría manejar. Las responsabilidades de esta última son una variedad de tareas, muchas de las cuáles podrían ser asumidas por un ayudante de salud. El motorista está generalmente ocioso.

Conclusión 7.

Hay una preferencia significativa, especialmente en los hombres, por ver al médico cuando acuden al puesto de salud, en vez de ver a la enfermera graduada o a la enfermera auxiliar. La razón principal dada fue el mayor conocimiento y experiencia del médico junto con su habilidad de practicar los exámenes médicos.

Conclusión 8.

Los egresados de la Facultad de Medicina al hacer su Año Social están en efecto, muy bien adiestrados para sus responsabilidades médicas en el puesto de salud y por el contrario están poco adiestrados para sus obligaciones de supervisoría, administra-

tivas y de salud pública comunitaria.

Conclusión 9.

La estructura de los programas del circuito no estimulan al médico ni a la enfermera graduada a involucrarse en las diversas comunidades a las cuáles están ligados por sus responsabilidades en el puesto de salud. El contacto con los cantones es aún más inhibido.

Conclusión 10.

El personal del puesto de salud, aunque generalmente satisfecho con la forma en que responden las oficinas regionales a sus necesidades técnicas y logísticas, siente que no lo toman en cuenta en los procesos para tomar decisiones y efectuar planificaciones.

Conclusión 11.

Las sugerencias de los pacientes para modificar los servicios de la clínica incluyeron los siguientes cambios cuantitativos: existencia de una mayor variedad y cantidad de medicinas; servicios de emergencia; un médico permanente o más días de consulta; más equipo; camas para emergencias; más personal; visitas a domicilio; y más oportunidades educativas. Los cambios cualitativos contemplaron menos tiempo de espera; honorarios más bajos; mayor contacto entre el personal de la clínica y la comunidad; dedicar más tiempo a cada consulta; oportunidad para todos de ver al médico. El mayor énfasis estuvo, sin embargo, en el deseo de obtener un trato más considerado.

Conclusión 12.

Los hombres en términos de personal y valor comunitario le dieron a los programas de la clínica los siguientes rangos: 1) Actividades curativas y consultas; 2) Alimentos complementarios; 3) Vacunación; 4) Planificación familiar (pero bajo). Las mujeres les asignaron los siguientes rangos: 1) Actividades curativas y consultas; 2) Vacunación; 3) Programas de salud materno-infantil; 4) Alimentos complementarios.

Conclusión 13.

Las tasas de retiros e incumplimiento con las citas de control son altas. Las razones principales no parecen ser tiempo, dinero, conveniencia o responsabilidades hogareñas; sino razones de tipo socic-sicológico: 1) Desconcierto acerca del embarazo y el parto; 2) Aprehensiones acerca de los exámenes ginecológicos debido al pudor, ignorancia y preocupación por la incomodidad física; 3) Escaso conocimiento de la necesidad de los programas; 4) Falta de una campaña vigorosa realizada por personas potencialmente efectivas tales como las parteras empíricas.

Conclusión 14.

Los campesinos entrevistados demostraron conocer los componentes de una buena dieta. Sin embargo, la mayoría de ellos no la consumen con regularidad. Las inhibiciones principales son: escasez de recursos económicos y dificultad de obtener cantidades de carne en una zona rural relativamente remota.

Conclusión 15.

Mientras los problemas económicos y de mercado parecen ser

las causas principales de una mala alimentación o de desnutrición, estas condiciones se agravan no sólo por los efectos adversos de las enfermedades parasíticas y gastrointestinales, tan generalizadas, sino por los factores culturales. Estos comprenden:

a) La desnutrición no se considera una enfermedad y se reporta generalmente a guisa de otras enfermedades.

b) Los alimentos con valores nutritivos son desvaluados o prohibidos bajo ciertas condiciones de salud, de acuerdo a las creencias tradicionales sobre alimentos helados o calientes y sus supuestos efectos de desequilibrio. Estos mismos alimentos no son desvaluados o prohibidos bajo condiciones normales o de equilibrio. Por supuesto, existe la posibilidad de que estas tradiciones funcionen como las razones fundamentales o reguladores culturales bajo condiciones de escasez.

c) Las formas de preparar los alimentos a menudo disminuyen su valor nutritivo disponible.

d) Los tiempos de comida no son generalmente ritualizados. La costumbre más notable es que las mujeres son las últimas en comer.

e) Los programas de alimentación complementaria no son óptimamente efectivos porque tienen prioridad clínica más baja y por el uso doméstico inadecuado del complemento en sí.

Conclusión 16.

Relativamente hay poca objeción acerca de las vacunas por parte de los adultos. Sin embargo, es suficiente para dedicar un poco de tiempo de la enfermera auxiliar para identificar y llamar a los

que no se presentan a ponerse la vacuna. La efectividad del costo de tal esfuerzo es baja cuando la llamada no se aprovecha para las oportunidades que presenta de advertir y educar a los pacientes.

Conclusión 17.

Los contactos relativos a la salud entre el personal residente de la clínica y la comunidad parecen ser escasos; dicho contacto con los cantones es virtualmente nulo. El impedimento principal hasta el momento no parece ser un asunto de indisposición sino falta de tiempo por las exigencias del horario.

Conclusión 18.

Los programas de fluorización escolar y el nuevo programa anti-parasítico, están a merced de la capacidad de los maestros encargados, con relación a explicación, motivación, educación y disciplina.

Conclusión 19.

Las visitas de supervisión escolar que efectúa la enfermera auxiliar ofrecen otra oportunidad para impartir educación sobre la salud pero éstas no son siempre aprovechadas.

Conclusión 20.

Dos presunciones sobre los servicios asistenciales rurales impiden su prestación más efectiva: 1) que la escasez de dichos servicios es por naturaleza insuperable; y 2) que los campesinos no son sólo ineducados sino ineducables.

Conclusión 21.

La barrera social e intelectual es el factor negativo más prominente en las relaciones del médico con el paciente a pesar del

elevado prestigio que los campesinos atribuyen a los médicos. Esta barrera comprende tres tradiciones culturales.

a) La tradición patrono - cliente, que consiste en un flujo de autoridad del patrón hacia el cliente y un flujo de respeto del cliente hacia el patrón.

b) La tradición pedagógica que consiste en un flujo de información cuyo contenido está determinado por la fuente y es inobjetable por el receptor.

c) La tradición médica, que consiste en una resistencia a compartir con el paciente el por qué, qué, cómo y cuándo del tratamiento de una enfermedad. El resultado es el mantenimiento de dos sistemas separados de creencia y conducta y poco cumplimiento de los regímenes prescritos por la medicina moderna.

Conclusión 22.

Los factores de sistema de archivo y de actitud tienden a atomizar la población de pacientes en formas que impiden lograr una imagen completa de la salud de la comunidad.

Conclusión 23.

Los controles llevados por la enfermera graduada son por necesidad redundantes, resultando en registros duplicados que disminuyen la calidad del contacto personal entre el practicante y el paciente.

Conclusión 24.

La charla, por su estilo pedagógico y el ambiente inadecuado en el que se debe impartir generalmente, no es talvez el medio más adecuado para transmitir información sobre la salud.

Conclusión 25.

Los campesinos más que las campesinas, tienen gran interés en ampliar sus conocimientos acerca de los asuntos médicos, nutrición, habilidades domésticas y alfabetismo, en este orden descendente de importancia.

Conclusión 26.

El estudio de la población de parteras empíricas sugiere un grupo que puede motivarse mejor con más adiestramiento que pruebe la legitimidad de su condición profesional. Las tasas de la matrícula de cursos de adiestramiento parece ser relativamente baja y la tasa de abandono de estos cursos es alta.

Conclusión 27.

Hay una preferencia significativa de parte de las mujeres entrevistadas de tener sus hijos en el hospital, por las siguientes razones: mejor cuidado general, niveles mas elevados de higiene, capacidad para atender una emergencia y conveniencia para la esterilización. Aquéllas que prefirieron partos atendidos por parteras empíricas citaron razones de estabilidad emocional y flexibilidad económica, así como inquietud por las condiciones del hospital, especialmente aquéllas que están en contra del mantenimiento de regímenes tradicionales durante el período posterior al parto.

Conclusión 28.

La práctica acostumbrada en la clínica es referir a las mujeres al hospital aún con prospectos de un parto totalmente normal.

Conclusión 29.

La pregunta sobre dar más entrenamiento a las parteras empíricas

para inducir a las campesinas a usar mas sus servicios está sin resolver. La hipótesis de que el adiestramiento de calidad será persuasivo ya sea para la población de pacientes o de parteras empíricas queda por probarse.

Conclusión 30.

Las parteras empíricas continúan ajustadas a patrones de creencias y comportamientos en un grado considerable. No ha quedado aclarado si esto se debe a un asunto de preferencia cultural o al conocimiento inadecuado de las alternativas de procedimientos.

Conclusión 31.

Los programas de adiestramiento de las parteras empíricas en la actualidad tienen una eficacia reducida debido a horarios y planes de estudio irregulares, y a impedimentos de tiempo y espacio. La falta de tiempo y personal también inhiben el potencial para la evaluación en el trabajo de las parteras empíricas. Finalmente, la diversidad del adiestramiento recibido anteriormente por las participantes hace difícil para la adiestradora fijar la meta y establecer el paso de su material educativo.

Conclusión 32.

Las creencias y comportamientos relativos a la higiene doméstica y personal están entre los mas prevalecientes y duraderos que se encuentran en el área rural. Ellos han sido particularmente resistentes a los modelos pedagógicos tradicionales.

Conclusión 33.

Los problemas relacionados con los materiales audiovisuales no han sido sólo la disponibilidad, sino el conocimiento del uso más

efectivo. Siempre existe una necesidad de mas y mejor material, pero también existe la necesidad de entrenamiento en su uso máximo.

RECOMENDACIONES

Recomendación 1. (Modificación institucional, evaluación.)

En un formulario piloto, probar talvez en uno o dos circuitos de puestos de salud un programa revisado que incorpore las modificaciones siguientes:

a) Eliminación de consultas y visitas de control los Sábados, usando la mitad del Sábado en forma rotativa para lo siguiente:

- Contactos del médico con la comunidad que podrían abarcar lo siguiente:

Reuniones programadas con el patronato incluyendo en ocasiones líderes locales, representantes de FOCCO, CENTA, UNS, de las iglesias y de cualquier otra entidad importante a la salud comunitaria. Sería el enfoque de estas reuniones la identificación, planificación e implementación de soluciones a los problemas de salud comunitaria.

Control de las actividades de salud comunitaria, por el jefe del grupo a cargo de la salud comunitaria.

Discusiones en grupo con hombres solamente sobre la responsabilidad sexual y planificación familiar.

Reuniones separadas para enlace y solución de problemas con cualquiera de las entidades arriba mencionadas.

Reuniones con el farmacéutico sobre adiciones o cambios

en los patrones de prescripción.

- Adiestramiento manejado y operado por enfermeras graduadas y discusiones en grupo para cualquiera de los siguientes grupos o propósitos:

Parteras empíricas.

Madres de niños mal alimentados, y/o

Participantes en los programas de salud materno-infantil incorporando en ocasiones los servicios de un nutricionista visitante o inspector sanitario, o estudiantes avanzados en cualquiera de esas profesiones, incluyendo demostraciones adecuadas.

Adiestramiento sobre tareas específicas a los ayudantes de salud.

Planificación familiar.

Educación sexual para adolescentes.

- Enfermeras Auxiliares

Sesiones para revisar y planificar las actividades semanales pasadas y futuras y la solución de problemas con el ayudante de salud.

Reunión con los maestros de escuela y el ayudante de salud, para discutir los proyectos relacionados con la escuela.

Tareas administrativas, logísticas y de registros.

Atención de emergencia por traumas y enfermedades agudas solamente.

- b) Cerrar el puesto de salud una mañana a la semana y abrir-

la esa misma tarde, con el objeto promocional de hacer disponibles los servicios de la clínica únicamente para los hombres (con el conocimiento de que éstos prefieren consultarle al médico).

c) Cerrar la clínica un día después del día de consulta médica, lo que tiende a estimular la asistencia como una regla establecida, para que la enfermera auxiliar disponga de tiempo para hacer visitas a domicilio dentro del área del municipio.

La muestra del programa para una semana, de acuerdo con estos cambios de horario, quedaría así:

- Lunes - 7:30 - 14:00 - Clínica abierta, a cargo de la enfermera auxiliar.
- Martes - 14:00 - 20:30 - Clínica abierta a cargo de la enfermera auxiliar.
- Miércoles - 6:30 - 14:30 - Clínica abierta, médico y enfermera graduada presentes.
- Jueves - ----- - Clínica cerrada (o abierta cuando el ayudante de salud entrenado apropiadamente pueda estar presente para poner vacunas, inyecciones y dar ayuda de primeros auxilios). La enfermera auxiliar haciendo visitas a domicilio.
- Viernes - 7:30 - 14:00 - Clínica abierta a cargo de la enfermera auxiliar.
- Sábado - ----- - Clínica cerrada, excepto para atender traumas y enfermedades agudas. El médico, la enfermera graduada, la enfermera

auxiliar y el ayudante de salud, dedicados a las actividades de salud y adiestramiento de la comunidad, tal como se indicó anteriormente.

El plan piloto deberá ir acompañado de una evaluación metódica de los propósitos básicos, incorporando los datos clínicos existentes, el control actual y la evaluación retroactiva, para apreciar el impacto y el resultado propagado. La asistencia de los hombres, recopilada a través de muestreo aleatorio de los registros de la clínica, deberá incluirse en los datos de los propósitos básicos y en las hojas modificadas de registros acumulativos de control. El plan piloto deberá estar precedido por una publicidad cuidadosa y concienzuda en las comunidades afectadas.

Recomendación 2. (Modificación institucional.)

Reestructurar los patrones de responsabilidades para los días en que el médico y la enfermera graduada están presentes en la clínica para dar consulta, ajustándolos con adiestramiento sobre tareas específicas que el personal y el Ministerio consideren convenientes.

Esta reestructuración incorporaría los ajustes siguientes:

a) Preselección cuidadosa de los pacientes efectuada por la enfermera auxiliar antes de que lleguen el médico y la enfermera graduada, para identificar los casos rutinarios y no rutinarios.

b) El médico ve los casos que han sido calificados como de naturaleza no rutinaria, problemas crónicos no resueltos, operaciones menores, exámenes pélvicos, colocación del IUD, pacientes de primer embarazo, problemas siquiátricos, etc. _

c) La enfermera graduada atiende casos rutinarios, de controles seleccionados tal como los señala el médico; controles de problemas de salud materno-infantil y de planificación familiar que le refiere la enfermera auxiliar.

d) La enfermera auxiliar preselecciona los pacientes y atiende los casos rutinarios de control de salud materno-infantil y de planificación familiar.

e) El ayudante de salud, toma la presión arterial, la temperatura, pesa a los bebés, inyecta y distribuye las medicinas.

f) El motorista, asiste al ayudante de salud, trae los inválidos identificados por la enfermera auxiliar.

Recomendación 3. (Modificación institucional.)

Programar reuniones en las oficinas regionales de las áreas donde los programas pilotos son contemplados y están en la etapa de elaboración o diseño, los cuáles incluyan al personal del puesto de salud que será afectado por cualquier modificación del programa. Facilitar reuniones periódicas para resolver y compartir problemas con otros personales de salud en la región.

Recomendación 4. (Educación, motivación.)

Que los médicos incorporen en sus primeras consultas ginecológicas pláticas preliminares sobre el propósito, la necesidad y los mecanismos del examen pélvico.

Que se suministre una bata o por lo menos un pedazo de tela de tamaño suficiente y que, si el espacio lo permite, se arregle un lugarcito privado para desvestirse o que los muebles se acondicionen a manera de permitir privacidad.

Que el médico mantenga sensibilidad al hecho de que las campesinas nunca se alegran de salir embarazadas, que a menudo experimentan gran ansiedad, y que pueden ser muy sensitivas a la desaprobación.

Recomendación 5. (Educación)

Incluir en el entrenamiento y control de la salud materno infantil, información explícita y práctica sobre las señales de peligro para las madres después del parto y durante el embarazo, así como para las enfermedades infantiles decisivas, especialmente desnutrición, diarreas, parásitos e infecciones respiratorias. Enfatizar que las diarreas y la desnutrición son enfermedades. Acen-
tuar el uso de materiales audiovisuales.

Recomendación 6. (Educación.)

Hacer hincapié en el adiestramiento sobre nutrición no sólo las generalidades de una buena dieta sino que la necesidad de alimentos específicos en períodos específicos tales como menstruación, embarazo, lactancia y ciertas enfermedades. Reforzar las prácticas dietéticas tradicionales ventajosas o inofensivas.

Incluir el conocimiento de componentes culturales en la educación nutricional, sugiriendo formas de modificar los patrones de los tiempos de comida, especialmente la secuencia perjudicial a la nutrición femenina.

Incluir en el entrenamiento, instrucciones sobre las formas de preparar los alimentos que conservan mejor su contenido nutricional; sobre como usar el complemento alimenticio especialmente en las formas que más eficientemente beneficien a la madre y al niño; y sobre cómo compensar la variación de los alimentos en las distintas estaciones.

Animar a la enfermera auxiliar y al ayudante de salud a trabajar con los maestros de escuela y el personal de CENTA en proyectos relacionados con la nutrición, tales como jardines escolares, germinación del frijol de soya y plantación del gandul.

Recomendación 8. (Modificación institucional.)

Permitir el uso de la báscula del puesto de salud a las madres para controlar más estrechamente el peso de los niños mal alimentados. Enseñar a la madre a anotar el aumento de peso en una tabla propia de peso por altura, si es que ella tiene un nivel educativo apropiado, como un método de integración al proceso de salud.

Recomendación 9. (Investigación.)

Patrocinar o participar en investigaciones, quizás con el INCAP que: 1) proporcionará más datos específicos sobre la correlación entre la persistencia de usar dietas especiales, nivel de educación, nivel económico y los patrones de uso de servicios de salud y 2) investigar las razones para reportar tarde o nunca reportar la desnutrición del niño.

Recomendación 10. (Educación, modificación institucional.)

Asignar prioridad al entrenamiento de tareas específicas para los ayudantes de salud antiguos y nuevos, para que ellos puedan sustituir eventualmente a la enfermera auxiliar en el desempeño de tareas rutinarias, vacunaciones, inyecciones, en la clínica y en sus propios cantones.

Recomendación 11. (Educación.)

A través de cursos de mini-motivación en las oficinas regionales o en la localidad, animar y enseñar a las enfermeras auxilia-

res cómo aprovechar al máximo las oportunidades educativas inherentes en todos los contactos de un solo propósito, tales como vacunaciones, visita de supervisión escolar y solicitudes de emergencia, y otras oportunidades de la comunidad, tales como, reuniones de los Clubs de Amas de Casa o Clubs de Jóvenes.

Recomendación 12. (Modificación institucional.)

Considerar la posibilidad de permitir a la enfermera auxiliar cobrar, a su discreción, por servicios de emergencia al mismo precio que la clínica, proporcionándole al crédito un botiquín básico de emergencia.

Recomendación 13. (Educación.)

Para que haya menos aprendizaje en el trabajo y menos problemas de orientación y comprensión, introducir los siguientes componentes en el adiestramiento médico:

a) La teoría y metodología antropológica y sociológica, incluyendo:

- Valor rural y sistemas de creencias, especialmente en lo que se relaciona con los problemas de salud.
- El léxico rural, nosografía y los patrones de conductas de salud, con identificación de elementos beneficiosos, inofensivos y contraproducentes.
- Patrones de subsistencia rural y sus implicaciones económicas y sociales.
- Trabajo de campo en el área de probable asignación al circuito, incluyendo observación de los participantes, entrevistas no programadas y técnicas de encuestas,

contactos preliminares con estructuras de poder y mando, personal paramédico indígena y trabajadores de otras instituciones con conocimientos avanzados de salud.

b) La motivación, conceptos y enfoques de salud pública que enfatizan la ideología y las prácticas relacionadas al concepto de grupo de salud comunitaria. Maneras de funcionamiento, dinámicas y componentes de salud preventiva. El adiestramiento específico en nutrición básica, saneamiento y salud mental. Conceptos generales de análisis social y económico de beneficio y costo, epidemiología y bio-estadística. Prácticas en la identificación de problemas de salud comunitaria y diseño de soluciones convenientes.

c) Desarrollo de la ideología y metodología de la comunidad.

d) Técnicas pedagógicas que acentúen el intercambio y las discusiones de formas y dinámicas de grupo. Sustituir por un modelo médico que provea al paciente con una explicación adecuada de las causas y tratamiento de la enfermedad, pronósticos, recordación de lo importante del cumplimiento, recompensa verbal por observar este cumplimiento y/o por el cambio de conducta.

Recomendación 14. (Modificación institucional.)

Diseñar el esquema en forma de lista para todas las consultas de control atendidas por la enfermera graduada o la enfermera auxiliar, con la meta de secuencias estructurales, asegurando la cobertura de puntos clave, y reduciendo la duplicación de registros para permitir más contacto personal entre el practicante y el paciente.

Recomendación 15. (Modificación institucional.)

Considerar la reestructuración de los archivos de la clínica o el establecimiento de diferentes sistemas para nuevos puestos de salud, en base a una muestra piloto, para que los expedientes se lleven por familias y no individualmente, proporcionando un mejor cuadro clínico del nivel de salud de la unidad familiar. Los expedientes se pueden ordenar de acuerdo a un mapa de trabajo del área que está bajo la jurisdicción del puesto de salud. El área se dividiría por sectores que estarían sistemáticamente cubiertos por los ayudantes de salud y la enfermera auxiliar. Códices de colores y chinchas marcarían el progreso de los principales programas de salud, tales como vacunación, desparasitación, uso de letrinas y problemas individuales de salud como embarazos, recién nacidos y casos de control especial.

Recomendación 16. (Modificación institucional.)

Diseñar un carnet familiar para que lo guarde la madre, el que substituiría las diversas tarjetas y hojas que se pierden con frecuencia y que se usan en el sistema actual. El carnet se haría en forma de calendario con espacio para las citas para vacunas, controles y adiestramiento. Tomar en cuenta que si es pequeño es fácil de extraviar.

Recomendación 17. (Educación.)

Considerar la eliminación de la técnica de las charlas casuales, substituyéndolas por sesiones de adiestramiento ritualizadas y extendiendo diplomas sencillos por la asistencia fervorosa y la terminación del curso.

Recomendación 18. (Educación, investigación, modificación institucional.)

Considerar las siguientes modificaciones para los programas de adiestramiento de las parteras empíricas:

a) Establecimiento de la meta de las parteras adiestradas, con licencia y supervisadas, con vínculos explícitos a la clínica.

b) Habilitación de una cama en el puesto de salud y permiso de usarla por la partera para los partos cuando las condiciones de higiene en el hogar de la parturienta presenten grandes riesgos para su salud, o cuando las complicaciones del parto surjan demasiado tarde para llevarla al hospital.

c) Extensión del entrenamiento a las mujeres más jóvenes, identificadas por las mismas parteras y por el personal del puesto de salud, y a los paramédicos tales como los inyectadores que están interesados y motivados en ampliar sus habilidades de salud.

d) Adiestramiento intensivo en las oficinas regionales, con viáticos y gastos de viaje, para las parteras seleccionadas cuidadosamente para el adiestramiento. Preceder el entrenamiento con una prueba básica de las creencias y conocimientos para que, si el número del personal lo permite, los menos y los más avanzados puedan recibir la educación que se ajuste a sus necesidades. El aprendizaje también debería probarse durante y al final del curso y a través de un control de campo selectivo.

Acentuar las áreas que en el estudio de Claros se han identificado como particularmente débiles, especialmente las seña-

les de peligro para la salud, referencia de pacientes a la clínica u hospital, recomendaciones para visitas de control, planificación familiar y educación sexual. Si los cursos no se van a impartir en la oficina regional, elaborar un plan de estudios general para usarlo en la enseñanza en la clínica, que incluya el resumen de las conclusiones de Claros.

e) Adquisición al crédito y a bajo costo de conjuntos de herramientas básicas (tijeras, guantes, reloj, cepillo para las uñas), incluyendo listas de otros artículos fundamentales, anticonceptivos, y gorro, delantal e insignia para otorgárselos a las parteras al finalizar con éxito el curso.

f) A las mujeres embarazadas que van a usar los servicios de una partera, proporcionarles una lista del equipo necesario y deseable para la madre y la partera, e instarlas a que usen una practicante conocida y entrenada.

g) Patrocinar las investigaciones, quizás por parte de estudiantes universitarios de botánica y/o farmacia, sobre las medicinas tradicionales, especialmente aquéllas relacionadas con embarazos y nacimiento de los niños, con el objeto de identificar los ingredientes y usos beneficiosos, inofensivos y peligrosos.

h) Patrocinar la investigación de las razones que explican por qué las parteras conservan las creencias y conductas tradicionales. La cuestión principal de la investigación sería averiguar hasta qué grado el mantenimiento de éstas se deriva de la convicción y hasta qué extremo se deriva de la falta de conocimiento de las alternativas de procedimientos.

Recomendación 19. (Educación, saneamiento.)

Intentar el enfoque de las discusiones en grupo para motivar entre los campesinos los cambios de creencias y conductas relativos a la higiene doméstica y personal.

Recomendación 20. (Educación.)

En los expedientes de los pacientes nuevos y viejos según se presenten, agregar información sobre el nivel de su grado de educación, para lograr una meta mejor de los materiales audiovisuales y del enfoque educativo en general.

Recomendación 21. (Educación/audiovisual.)

Ofrecer mini-cursos con enfoque firme y práctico sobre la tecnología y las técnicas del uso de equipo y programas audiovisuales, para todo el personal de salud que tiene a su cargo impartir adiestramiento.

Recomendación 22. (Educación/Audiovisual.)

Diseñar folletos y carteles en blanco y negro, sencillos y económicos sobre nutrición, saneamiento y cuidado dental, que los maestros puedan usar para dar instrucción y pláticas en las escuelas de primaria y que los niños puedan colorear cuidadosamente y llevarlos a su casa.

Recomendación 23. (Educación/Audiovisual.)

Programar la distribución fuera de la clínica, a tiendas, oficinas de CENTA, comedores y escuelas, de materiales tales como carteles de dos colores, pequeños y sencillos, sobre la nutrición básica.

Recomendación 24. (Educación/Audiovisual.)

Diseñar y poner a prueba en un área, el uso de exhibiciones económicas con diapositivas y cinta magnetofónica de cassette sobre: la identificación y tratamiento de la desnutrición; procedimientos económicos de saneamiento doméstico y comunitario; tareas específicas para mantener la salud de la comunidad tales como la construcción de porquerizas, letrinas, corrales para los pollos, pilas de abono compuesto; procedimientos adecuados, equipo, señales de peligro para la salud, para usarlos en el adiestramiento de parteras empíricas; industrias agrícolas rurales en pequeña escala, de intensiva mano de obra, etc.

Recomendación 25. (Educación/Audiovisual.)

Establecer horarios para el uso de proyectores de diapositivas y de grabadoras de cassette en las exhibiciones que se hacen con diapositivas y cinta magnetofónica de cassette y proyectores de películas; quedarse con el vehículo del Ministerio en los días de consulta, permitiendo que la comunidad donde el puesto de salud está situado lo use una o dos semanas, para lograr que la enfermera auxiliar lo use con más facilidad y aún más disciplina.

Recomendación 26. (Educación/Audiovisual.)

Usar las películas para motivar las discusiones sobre salud de la comunidad. Después de pasar la película, dividir el público en grupos para que discutan el tema bajo la dirección de la enfermera auxiliar, el ayudante de salud, o los trabajadores de CENTA o FOCCO.

Recomendación 27. (Educación/Audiovisual.)

A través de los programas de televisión educativa para el plan básico, hacer y usar cintas de video, a bajo costo, sobre temas como: los esfuerzos por la salud pública promulgados con éxito, como los programas de fluorización y desparasitación bajo la protección de maestros efectivos que combinan la disciplina y la educación sanitaria; primeros auxilios; elementos del adiestramiento de parteras; señales de peligro para la salud; remedios caseros adecuados y su uso propio e impropio; actividades de saneamiento de la comunidad, etc.

Recomendación 28. (Educación/Audiovisual.)

Traducir al idioma vernáculo salvadoreño, el libro intitulado "Donde No Hay Doctor", usarlo como texto y distribuirlo adecuadamente a las enfermeras auxiliares, ayudantes de salud, y cualquier otro personal que el Ministerio considere conveniente. Hacer las revisiones necesarias de acuerdo con las prioridades del Ministerio (ver el capítulo sobre la planificación familiar). Considerar si se distribuye a los farmacéuticos reconocidos.

Recomendación 29. (Educación, investigación.)

Usando como base las tesis de Canelo y Claros, escribir el manual de los términos de salud y de las creencias y conductas de los campesinos. Que este manual incorpore nuevamente la identificación de ideas y procedimientos productivos y contraproducentes. Usarlo en la educación de los administradores, médicos, enfermeras graduadas y enfermeras auxiliares.

CAPITULO V
PLANIFICACION FAMILIAR

Conocimiento de la Planificación Familiar y Uso de Métodos para Lograrla

Las conclusiones en este Capítulo y las recomendaciones que fluyen de ellas, se derivan de los datos obtenidos principalmente en Uluazapa como resultado de encuestas, observaciones y entrevistas no estructuradas.

La primera conclusión, presentada en la Tabla XXIX que sigue, es que el número de mujeres (90%) casi duplicaba el número de hombres (55%) que tenían algún conocimiento de la existencia y enfoque general del programa nacional de planificación familiar, un total de 72.5%; más bajo que el 89% encontrado en la muestra San Miguel-Morazán.⁸⁰

Tabla XXIX

CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR
Y FUENTES DEL CONOCIMIENTO, MUESTRA TOTAL (N=40)⁸¹

Sexo	Conocimiento		Fuente del Conocimiento				
	Sí	No	Radio	Clínica	Amigos(as)	Otras Fuentes	No recuerda
Masc.	55%	45%	36.36%	18.18%	18.18%	27.27%	⁸²
Fem.	90%	10%	27.78%	33.33%	11.11%	5.55%	22.22%
Total	72.5%	27.5%	32.07%	25.75%	14.64%	16.41	11.11%

80 Grupo Multidisciplinario, op. cit., p. 28.

81 A pesar de que estamos trabajando con una muestra de 20 hombres y 20 mujeres, debe recordarse que los datos se refieren a la actitud y comportamiento de 40 parejas hacia la planificación familiar, incluyendo viudas y solteras.

82 a) Instructor de Salubridad, Acción Cívica Militar; b) sus hijos; c) s en el trabajo (Cooperativa Algodonera).

La radio fue la principal fuente información para los hombres, en cambio para las mujeres, las unidades de salud, lo cual era de esperarse dado el número tan bajo de hombres que acudieron a la clínica. Sin embargo, la radio fue también para las mujeres una fuente de información aunque en segundo término.

En cuanto a su apreciación general del valor de la planificación familiar (ver Tabla XXX), el 70% de los hombres y el 85% de las mujeres la consideraban conveniente (comparado con 73.4% de la muestra San Miguel-Morazán⁸³ y 75% de la muestra Sánchez Lemus⁸⁴), y para ambos grupos la razón fundamental de la planificación familiar era la economía. 'Economía' se definía ampliamente, bien en términos de las restricciones generales del ingreso de la familia campesina promedio, o bien, por sus deseos de mejorar las condiciones de vida de sus hijos alimentándoles, vistiéndoles, educándoles y cuidándoles mejor. La salud como una de las razones fue considerada únicamente por un hombre, sin embargo, para un quinto de las mujeres fue de mucho significado.

Irónicamente, cuando se entrevistó al grupo que no estaba en favor de la planificación familiar, los hombres dieron mucha importancia a la salud, pues creían que todos los métodos anticonceptivos eran dañinos, en muchas maneras, para la salud de la mujer. Por otra parte, las mujeres ni siquiera mencionaron la salud como una razón de su posición negativa. Para

⁸³Grupo Multidisciplinario, op. cit., p. 28

⁸⁴Sánchez Lemus, op. cit., p. 24

⁸⁵Ibid.

TABLA XXX
ACTITUD GENERAL HACIA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Sexo	Opinión		¿Por Qué es Bueno?			¿Por Qué No es Bueno?		
	Es Bueno	No es Bueno	Situación Económica	Mejor educar, Alimentar, Vestir y Cuidar los hijos	Salud de la familia Especialmente de la Mujer	Daña la Salud de la Mujer	Es Pecado	Otras Razones
Masc.	70%	30%	57.14%	35.71%	7.14%	66.67%	16.67%	16.67%
Fem.	85%	15%	57.14%	21.43%	21.43%		66.67%	33.33%
Total	77.5%	22.5%	57.14%	28.57%	14.28%	33.33%	41.67%	25.0%

ellas el factor de más peso era la religión; para ellas la planificación familiar era un pecado. Aún así, éstas representaban una pequeña proporción de la muestra total, comparable en tamaño a las conclusiones de la muestra Sánchez Lemus hace casi 10 años.⁸⁵

Cuando se hizo la pregunta acerca de lo que ellos creían era el número ideal de hijos por familia (ver Tabla XXXI), el 50% de los hombres y el 45% de las mujeres creían que un promedio de 3 a 4 hijos por familia era lo óptimo. Sin embargo, si se relacionan estos datos con los datos reales del número de hijos que cada familia tenía, encontramos que haciendo a un lado la preferencia, el 30% de las familias en la muestra había sobrepasado su propio ideal. Además, de ese 30%, todas habían expresado que estaban en favor de la planificación familiar; sin embargo, en la fecha de las entrevistas ninguno de esos hombres o sus esposas estaban usando ningún método anticonceptivo. Una de las mujeres había comenzado a usar Deprovera y estaba pensando en la esterilización, otras dos mujeres no estaban usando nada pero también estaban pensando en la esterilización, dos estaban tomando la píldora - una de ellas con temor y la otra la empezó a tomar pero la discontinuó porque tenía hemorragia. En otras palabras, casi todas las mujeres que tenían una familia mucho más grande de lo que ellas deseaban, estaban preparadas, aunque en varios grados, para actuar de acuerdo con sus preferencias, aparentemente los hombres no.

Examinando más detenidamente esa misma combinación de datos, encontramos que un porcentaje sustancial de la muestra, 55%, tenía el número de hijos que ellos consideraban ideal (12.5%) o menos del número ideal (42.5%)

⁸⁵ Sánchez-Lemus, op. cit., p. 24.

TABLA XXXI
PREFERENCIAS PARA EL TAMAÑO DE LA FAMILIA

Sexo	Número Ideal de Hijos												Los que Dios Mande	Depende
	1	2	2-3	3	3-4	4	4-5	5	5-6	6-7	7			
Masc.	-	5%	-	30%	20%	5%	5%	5%	-	-	5%	10%	15%	
Fem.	-	-	5%	30%	15%	15%	-	-	15%	5%	-	10%	5%	
Total	-	2.5%	2.5%	30%	17.5%	10%	2.5%	2.5%	7.5%	2.5%	2.5%	10%	10%	

La Tabla XXXII expone la forma en que estas familias lo lograron; menos de un tercio lo habían logrado deliberadamente por medio de la planificación familiar, usando métodos anticonceptivos.

TABLA XXXII
FORMA EN QUE SE LOGRO EL NUMERO IDEAL DE HIJOS,
O MENOS DEL NUMERO IDEAL (N = 22)

N = 22 (55% of total sample)	Sexo	Razones			
		Usando Métodos Anti- Conceptivos	Casualidad/ No se decidió	Solteros o Separados	Todavía Jóvenes
Número de hijos ideal	Masc.	2	1	1	-
N = 5 (12.5%)	Fem.	-	1	-	-
	Total	2	2	1	-
Menos del número ideal	Masc.	3	2	2	-
N = 17 (42.5%)	Fem.	3	3	1	4
	Total	6	5	3	4 ⁸⁶

La Tabla XXXIII registra la diferencia entre los hombres y las mujeres entrevistados según el entendimiento que ellos tenían como individuos acerca de los métodos anticonceptivos y el grado en que ellos los usaban. El

⁸⁶ Todos éstos indicaron interés en los métodos anticonceptivos o en la esterilización cuando ya habían logrado el tamaño de la familia que deseaban.

TABLA XXXIII

CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.
 DIFERENCIA ENTRE EL HOMBRE Y LA MUJER REPRESENTATIVOS EN LA MUESTRA

Sexo	PASTILLA				DIU				INYECCION				PRESERVATIVO				ESTERILIZACION			
	Conocimiento		Uso		Conocimiento		Uso		Conocimiento		Uso		Conocimiento		Uso		Conocimiento		Uso	
	SÍ	No	SÍ	No	SÍ	No	SÍ	No	SÍ	No	SÍ	No	SÍ	No	SÍ	No	SÍ	No	SÍ	No
Masc.	35%	65%	10%	90%	15%	85%	5%	95%	25%	75%	5%	95%	35%	65%	15%	35%	55%	45%	10%	90%
Fem.	85%	15%	25%	75%	75%	25%	5%	95%	75%	25%	5%	95%	70%	30%	5%	95%	80%	20%	-	100%
Total	60%	40%	17.5%	82.5%	45%	55%	5%	95%	50%	50%	5%	95%	52.5%	47.5%	10%	90%	67.5%	32.5%	5%	95%
Dife- rencia Masc/ Fem.	50%		15%		60%		=		50%		=		35%		10%*		25%		10%*	

término 'Diferencia' (ver la última columna de abajo de la Tabla) se refiere a la ventaja que tiene el componente femenino de la muestra sobre el componente masculino, en términos de conocimiento y uso de métodos. En los casos donde los hombres tenían esta ventaja, la casilla pertinente está marcada con un asterisco. Por ejemplo, la primera columna muestra un 35% de los hombres y un 85% de las mujeres con conocimiento de la píldora, lo cual significa una ventaja de conocimiento del 50% de parte de las mujeres.

Si tomamos un promedio de la ventaja, en términos de un conocimiento total demostrado por el componente femenino, obtenemos un porcentaje de 44. En otras palabras, las mujeres en la muestra están en un 44% más familiarizadas que los hombres con los métodos anticonceptivos.

No obstante, volviendo al asunto del uso de dichos métodos, observamos un fenómeno curioso: a pesar de que los porcentajes de uso de cualquier método son muy bajos para las dos muestras, los hombres aventajan a las mujeres en su uso. Examinando más cuidadosamente la Tabla XXXIII, vemos que (1) las parejas representadas por el grupo de mujeres, han usado la píldora solamente en un 15% más que las parejas representadas por el grupo de hombres; (2) que son iguales en el uso del IUD (espiral) y la Deprovera, y (3) que usan preservativos y son esterilizados 10% menos.

Preguntemos: ¿Por qué este contraste? Una especulación podría ser que los hombres han recibido una educación u orientación más efectiva. La Tabla XXIX indicó que las mujeres en la muestra estaban mejor informadas que los hombres de la existencia de un programa nacional de planificación

familiar. Sin embargo, la mayoría de los hombres se informaron por la radio, las mujeres en la clínica, y, en segundo lugar, por la radio como un medio de información sobre la planificación familiar. Esto sugiere la necesidad de una consideración más seria del impacto de los programas educativos generados en la clínica.

Otra posibilidad es que una vez el hombre recibe información y es persuadido de los beneficios de la planificación familiar, estará mejor dispuesto a llevarla a cabo o a persuadir a su esposa o compañera a hacerlo. De ser ésto cierto, es una perspectiva prometedora para cualquier programa que enfatice la educación del hombre en los métodos de planificación familiar.

Manera de Tomar Decisiones

Esto nos lleva al difícil tema del proceso de tomar decisiones relacionadas con la planificación del tamaño de la familia y el espaciamiento entre cada hijo. La Tabla XXXIV resume este proceso tal como se reportó en Uluazapa: la mayoría de las parejas estuvieron de acuerdo en cuanto a los puntos relacionados con la planificación familiar y casi todos dijeron que las decisiones habían sido tomadas juntos. A pesar de lo cual uno busca en vano cualquier relación significativa entre el tamaño de la familia, la manera de tomar decisiones, y el uso de cualquier método de planificación familiar. Paradójicamente, en el 30% de la muestra arriba mencionada que había sobrepasado su ideal del número adecuado de hijos, solamente uno respondió que él y su compañera habían tomado una decisión conjunta. En el grupo que había logrado su ideal o menos de su ideal, más de la mitad

TABLA XXXIV

GRADO DE ACUERDO Y MANERA DE TOMAR DECISIONES

Sexo	Acuerdo entre la pareja?			Manera de Tomar Decisiones				
	SÍ	No	N.A.	Juntos	El Solo	Ella Sola	No se Decide (Decidió)	N.A.
Masc.	65%	15%	20%	60%	5%	15%	15%	5%
Fem.	65%	15%	20%	45%	5%	15%	25%	10%
Total	65%	15%	20%	52.5%	5%	15%	20%	7.5%

expresó que ellos no habían tomado ninguna decisión al respecto; que lo que había pasado había pasado simplemente por una variedad de razones. La única anomalía en ese grupo que vale la pena mencionar es que en cuatro casos la mujer había tomado la decisión de usar medidas anticonceptivas. En esos cuatro casos, el informe fue hecho por las mujeres en la muestra, lo cual sugiere que puede tener alguna validez el recelo cultural de que los hombres se niegan esencialmente a admitir que son las mujeres las que toman tales decisiones.

Existe otro factor que empaña las perspectivas de la encuesta: la sospecha de que existe suficiente asimilación cultural de urbanidad respecto a las relaciones entre el hombre y la mujer, de manera que ahora es más prestigioso decir, particularmente con los encuestadores norteamericanos, que las decisiones a nivel de familia son tomadas más bien conjuntamente que en ejercicio de cualquier prerrogativa masculina.

Estas dos consideraciones, además de la falta de correlaciones claras en los datos de la encuesta, indican que lo más prudente sería confiar más en las entrevistas no estructuradas y en las consultas médicas observadas, las cuales fueron numerosas e informativas. Aquí la evidencia es más bien persuasiva de que cualquiera que sea la disposición de la mujer -- frecuentemente muy frágil -- la decisión final respecto al uso de métodos anticonceptivos, ya sea tomada por los hombres o por las mujeres, es con el consentimiento del miembro masculino de la pareja.

Estudios recientes llevados a cabo sobre las mujeres y el poder que tienen han sugerido que las mujeres ubicadas en sociedades más tradicionales, tienen más poder en sus hogares de lo que aquí se cree, cualquiera que sea su debilidad ante el público. Esto puede ser cierto, especialmente en los hogares donde el hombre tiene que emigrar, temporal o permanentemente, y las mujeres tienen que actuar como jefes de la familia por períodos cortos o largos. Pero poder no significa autoridad, y podría ser que ^{si} la encuesta llevada a cabo en Uluazapa es totalmente representativa, no importando lo clamorosas que sean, en las áreas rurales de El Salvador la mujer aún no tiene la última palabra. Tienen una pujanza y una capacidad enormes, y algún poder de mando doméstico, pero en general, no tienen las riendas de la autoridad.

Intención de Continuar el Uso de Anticonceptivos

En la muestra de hombres, los siete entrevistados y sus compañeras que estaban usando métodos anticonceptivos no expresaron ningún motivo por el que no pudieran seguir usándolos. En cambio, de las siete mujeres

entrevistadas, tal como se describió antes, la mayoría tenían temores, particularmente con respecto a la píldora.

Este contraste en el grado de compromiso, tiene por lo menos tres explicaciones posibles: una fue la mencionada antes -- que el hombre, en una pareja que esté usando anticonceptivos, está mejor dispuesto a continuar haciéndolo, una vez toma la decisión; otra podría ser que el simple hecho de que una mujer se haya comprometido a poner en práctica un método de planificación familiar no significa que va a continuar usándolo, tal vez lo emprendió con una convicción no muy firme, forzada por las presiones en la clínica u hospital, a las que no pudo dar un 'no' rotundo; y, la tercera, que tal vez la mujer comenzó usando un método que resultó incompatible con su fisiología.

Creencia Acerca de los Métodos de Planificación Familiar

Lo más probable, y en este punto los resultados de la investigación son persuasivos, es que la mitología acerca de los métodos de planificación familiar ha triunfado, sobre cualquier nivel de compromiso, hacia la ideología de la planificación familiar que podría haber existido. La aplastante mayoría de discusiones formales e informales, aún cuando remotamente tocaron el tema de los métodos anticonceptivos resultaron en un rumor tras otro - en mayor o menor grado - en su mayor parte menor - basados en un hecho científico. En lo más inofensivo, éstos provocaron dudas en la mente del usuario real o potencial; en lo más obstructivo, constituyeron un verdadero pánico. La Tabla XXXV da una lista de todas las denuncias sobre los daños de los métodos anticonceptivos que nos fueron reportadas durante el trabajo de campo. Están listadas, de arriba hacia abajo, en el orden de frecuencia en que fueron reportadas.

TABLA XXXV

CREENCIAS ACERCA DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

La Píldora	I. U. D.	Preservativo	Inyecciones	Esterilización	Todos los Métodos
Da cancer	Ocasiona hemorragia durante la menstruación	Da mal de orín	Ocasionan hemorragia	Arruina a la mujer (sólo los hombres)	Arruinan a la mujer
Da mal de orín	Da cáncer	Daña o rompe la matriz	Ocasionan trastornos en la menstruación	Requiere una dieta especial	Enferman a la mujer
Flujo abundante en la menstruación	Ocasiona dolores de vientre	Da dolores de cabeza	Ocasionan dolores de estomago	Incapacita a la mujer para llevar a cabo sus trabajos del hogar por un largo tiempo	Bajan el número de globulos rojos
Requiere alimentos porque debilita	Ocasiona picazón vaginal		Ocasionan dolores en el útero	Requiere sangre fuerte	
Dá infección en el vientre	Da mal de orín			Requiere transfusiones de sangre	
Da dolores de cabeza				La herida duele durante meses	
Da dolores en la nuca					

Debe notarse que algunas de estas creencias existían entre los trabajadores extensionistas que en cierta medida eran responsables de la educación sobre la salud y planificación familiar. Aunque algunos de estos trabajadores tenían dudas acerca de la validez de tales creencias, se sentían inseguros acerca del grado de veracidad que contenían y más inseguros aún sobre cómo responder a ellas. El personal de las clínicas deseaban que se les dieran cursos de repaso que específicamente les permitieran afrontar con más confianza estas creencias y los temas tecnológicos relacionados con ellas.

El cinismo antropológico, nacido de la convicción de que con frecuencia lo que la gente dice no es lo que realmente siente, nos lleva a preguntarnos si la mitología no encubre una verdad más profunda. ¿Son las excusas tecnológicas solamente eufemismos modernos para una resistencia más básica a limitar la procreación, la cual a su vez se deriva de valores bien socializados acerca de las relaciones humanas y la reproducción, de creencias tradicionales en que al final es una ventaja económica para el hogar tener muchos hijos, de las realidades de la dominación masculina, o simplemente del amor y disfrute de los hijos?

Existe la evidencia convincente de que aún cuando todos estos factores tienen importancia en diversos grados en casos individuales, son anulados en su mayor parte por lo que se han convertido en una auténtica creencia en los beneficios de tener una menos numerosa, sino pequeña, familia.

Una serie de factores que hace esta conclusión más impresionista son los relacionados con la sensación de temor acerca del embarazo y el miedo al alumbramiento descritos en el Capítulo IV. Ligada a estas actitudes y

temores hay una alta tasa de lo que clínicamente se registra como 'neurosis' entre mujeres. La observación de participantes y la revisión minuciosa de historiales de pacientes revelaron un número considerable de mujeres que reportaron dolores de cabeza, dolores en la nuca y hombros, dolores abdominales, insomnio, falta de memoria, estado nervioso, malestar general y debilidad. Estos malestares fueron generalmente registrados como cefalea tensional, síntomas pre-ulcerosos y ansiedad, bajo el nombre de neurosis.⁸⁷ Aún cuando este síndrome casi siempre era el resultado de trabajo excesivo, alimentación deficiente, anemia, tensiones en el hogar, preocupaciones de índole económica, condiciones físicas deficientes y también de cargar objetos pesados sobre sus cabezas por largas distancias, era también frecuentemente asociada con la preocupación de estar embarazadas o con un alumbramiento inminente. Además, cuando las mujeres en el programa de entrevistas de la muestra de pre-ensayo fueron interrogadas por el investigador acerca de lo que les gustaría que se agregara al cuestionario, la respuesta unánime fue que se les diera la oportunidad de hablar de sus problemas personales, uno de los cuales era el número de hijos que tenían y el estado de ansiedad y nervios que ésto les ocasionaba.

Otro indicador del nivel de compromiso por lo menos con la idea de la

⁸⁷ Durante su Año Social, Araúz encontró un alto porcentaje (35%) de su muestra con lo que definió como "psiconeurosis con síntomas somáticos". Aunque algunos de los síntomas que Araúz definió como neuróticos, ya no son en el presente considerados así, el hecho de que la patología general fue observada en una clínica rural hace casi 20 años es interesante. (Carlos María Araúz Aguilar. EXPERIENCIAS DE UN AÑO DE SERVICIO SOCIAL EN LAS UNIDADES DE SALUD DE COATEPEQUE Y TEXISTEPEQUE. Tesis Doctoral, Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina, Septiembre de 1960, pp. 51-52).

planificación familiar, aunque no fué con la tecnología disponible, fue el sorprendente interés demostrado en el método del ritmo. Dos de las mujeres en la muestra estaban usándolo y aún cuando lo consideraban difícil y lleno de sorpresas, una de ellas pensaba que era seguro para la salud en oposición a otros métodos; la otra mujer dijo que lo usaba por la convicción religiosa de que los otros métodos eran pecaminosos. El farmacéutico reportó que un promedio de 10 mujeres por mes le hacían preguntas acerca de lo que era el ritmo y cómo se practicaba, lo que indica (1) que la farmacia bien puede considerarse como un medio de difusión de la información sobre planificación familiar, y (2) que existe un interés continuado en el método del ritmo como una técnica para la planificación familiar, cualquiera que sea su margen de error.⁸⁸

Además, había un alto nivel de interés en la esterilización. A pesar de los temores relacionados con ésta, las mujeres comentaban que era el método más positivo para dejar de tener hijos una vez que se había tenido el número deseado. Es interesante notar que las preocupaciones acerca de los efectos de la esterilización están asociados más bien con la desorganización temporal de la salud, que con el daño permanente y/o continuo asociado a otros métodos. Los hombres fueron los únicos que

⁸⁸ Uno de los problemas que han surgido con el uso del ritmo como un enfoque anticonceptivo, es el modelo de enseñanza empleado en algunas áreas rurales que usa el flujo mucoso como un indicador de que la mujer está en su período preligroso (apta para concebir). De acuerdo con una estimación derivada de los registros de una clínica en 1975, de un área rural donde por lo menos un 20% de las mujeres padecen de infecciones vaginales de toda clase, decirles que el flujo vaginal es una indicación del período de fertilidad, es decididamente peligroso.

alegaron que la esterilización "arruina" a la mujer, sin embargo, no pudieron o no quisieron definir lo que con éso querían decir. Lo que se dedujo después de un análisis algo capcioso con algunas de las mujeres con quienes se discutió este asunto fue, que lo que los hombres querían decir con que la mujer se 'arruinaba', estaba relacionado con sus temores de que la esterilización podría ofrecer una nueva libertad sexual a sus esposas o compañeras. Debe notarse aquí que no era raro encontrar pacientes y trabajadores sanitarios que ignoraban las últimas revisiones hechas en el sistema de aprobación para la esterilización.

Finalmente, se habló mucho sobre las razones socio-económicas para tener familias más pequeñas. Los conceptos que a este respecto se expresaron fueron bien comprendidos y reforzados por un alto compromiso a la educación como una escalera de movilidad para los hijos, el acceso a la cual se veía reducido en las familias excesivamente numerosas.

Tres factores que apoyan el argumento de que el problema más grande en contra del éxito del programa de planificación familiar no es uno de motivación básica sino de temor hacia los efectos adversos de la tecnología en la salud de la mujer, son: 1) ansiedad sico-somática acerca del embarazo, alumbramiento y crianza de los hijos; 2) marcado interés, tanto en el ritmo como en la esterilización, como métodos relativamente aceptables, y, 3) comprensión aparentemente auténtica de las repercusiones socio-económicas de una familia excesivamente grande.

Deseo de Información Sobre Planificación Familiar

A pesar de la motivación aparentemente real, había un nivel bajo de

interés por conocer más a fondo lo que era la planificación familiar. Un 60% de los hombres y un 35% de las mujeres tenían interés en obtener información adicional; de éstos, 45% de los hombres y 25% de las mujeres creían que sus esposos(sas) y compañeros(ras) podrían compartir este interés. Las razones dadas por esta falta de interés fueron:

- 1) Ya estaban usando un método, cualesquiera que fueran sus deficiencias
- 2) Habían perdido la fé en la planificación familiar.
- 3) Habían pasado ya de la edad en que era necesaria.
- 4) Estaban suficientemente informados y ya habían tomado una decisión en favor o en contra.
- 5) Eran solteros(ras), separados(das) o viudos(das)
- 6) Creían que la planificación familiar era mala.

El cuadro es el de una población femenina esencialmente desilucionada, muy difícil de alcanzar con propósitos de remotivación y reeducación, pero el de una población masculina, que en su mayoría aún tiene interés, lo cual es una razón más para concentrar los esfuerzos promocionales en los hombres rurales. En este respecto, 80% de los hombres y 60% de las mujeres respondieron a una pregunta que podría conducirnos a algo: que ellos creían que sería más efectivo que fueran hombres los que educaran a los hombres y mujeres las que educaran a las mujeres en planificación familiar. El resto de los entrevistados expresó que no creían que hubiera una diferencia significativa en el resultado. La opinión general fue que los hombres pondrían más atención a una figura masculina, especialmente si se trataba de un profesional.

El Puesto de Salud y la Planificación Familiar

De conformidad con los archivos de la unidad de salud, de las 31

mujeres que se inscribieron en el Programa de Planificación Familiar entre fines de abril de 1975 hasta marzo de 1976, un 80% aún se encuentra participando activamente, lo cual es una tasa alta de continuidad comparado con otras clínicas donde la deserción llegó hasta un 33%, y si se computaran los últimos datos, la atrición, o por lo menos la falta de entusiasmo, puede ser calculada hasta casi un 90%. Al mismo tiempo, la inscripción de 31 personas es bajo comparado con la población potencial total. De acuerdo con los cómputos del Ministerio de Salud, la población femenina de edad fértil constituye el 22.1% de la población nacional total.⁸⁹ El 22.1% del total de la población urbano-rural de Uluzapa (5942) es 1313; haciendo cálculos únicamente de la población urbana (1246), el número de mujeres de edad apta para tener hijos es de alrededor 275. De manera que una inscripción de 31 mujeres, de un potencial urbano de 275, significa un 11%; un número muy bajo en circunstancias donde las distancias geográficas y la conveniencia no son un factor limitante; para estar seguros, un porcentaje adicional de esas 275 mujeres están recibiendo de otras fuentes la tecnología de la planificación familiar.

Es muy difícil llegar a una visión clara y total del éxito cualitativo y cuantitativo de los programas de Planificación Familiar por medio de los registros de las clínicas, donde no existe un sólo lugar de archivos donde controlar el programa. Los datos correspondientes están divididos entre los historiales de pacientes, libros de registro, tarjeteros y hojas cumulativas. El seguimiento de los pacientes que se

89 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social,
Dirección General de Salud. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LOS
SERVICIOS NACIONALES DE SALUD. May 1974.

reportan tarde y de los que se retiran es complicado y requiere mucho tiempo, por lo que frecuentemente no existe ningún récord informativo de por qué las mujeres regresaron a sus citas mucho después de lo que estaban programadas o ya no regresaron. Las esterilizaciones,⁹⁰ el uso del ritmo, o el uso de cualquier otro método no suministrado por la clínica, no estaban registrados en forma acumulativa, si es que estaban registrados. De manera que para conocer las razones del número tan bajo de inscripciones, y la frecuente atrición en los programas de planificación familiar basados en la clínica, así como también una imagen de la actividad anticonceptiva fuera de estos programas, hubo que recabar datos de evaluaciones de pacientes, comentarios del personal y observaciones. Las conclusiones derivadas serán presentadas a continuación como parte de las conclusiones totales relativas a los aspectos del Programa de Planificación Familiar tal como aparecen en el área rural del investigador.

Resumen de Conclusiones y Recomendaciones del Programa

Conclusiones

Conclusión 1.

Que el número de mujeres que tiene conocimiento de la existencia y empuje general del Programa Nacional de Planificación Familiar casi duplica al número de hombres que también tiene conocimiento.

⁹⁰ Una de las clínicas visitadas estaba anotando las esterilizaciones en hojas acumulativas mensuales, pero no estaba claro si ésto resultó de una prescripción del Ministerio o de una prescripción regional. En cualquier caso, no había una indicación acumulativa de cuántas de las esterilizaciones referidas habían tenido efecto en realidad.

Conclusión 2.

Que la fuente de información número uno es para las mujeres la clínica; para los hombres, la radio.

Conclusión 3.

Que el 70% de los hombres y el 85% de las mujeres consideraban la planificación familiar conveniente. Los hombres que no estaban de acuerdo, aludían a la salud de la mujer como la razón principal, las pocas mujeres que no estaban de acuerdo mencionaron razones religiosas.

Conclusión 4.

Un 50% de los entrevistados expresaron que el número ideal de hijos era entre 3 y 4. El 30% había sobrepasado su ideal, 12.5% lo habían logrado, y 42% tenían menos hijos de los que habían deseado tener. No existía ninguna correlación entre el uso de anticonceptivos y el tamaño de la familia en la muestra total.

Conclusión 5.

Aún cuando las mujeres sabían más de métodos anticonceptivos que los hombres, eran los hombres que tenían conocimientos los que estaban mejor dispuestos a usar cualquier método.

Conclusión 6.

No había ninguna conclusión confiable que pudiera sacarse de la encuesta, acerca de la relación entre los patrones de las decisiones para adoptar la planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos. La observación y las entrevistas no estructuradas indicaron sin embargo, que la impresión de que los hombres toman la decisión o están de acuerdo con ella, es todavía una regla general en campo.

Conclusión 7.

Que los miembros masculinos de las parejas usando anticonceptivos parecían estar más dispuestos a continuar usándolos que los miembros femeninos en la muestra.

Conclusión 8.

Que la mujer rural demuestra un alto grado de lo que clínicamente se describe como 'neurosis', frecuentemente relacionada con el embarazo y alumbramiento. El interés en la esterilización y el ritmo es relativamente alto. El compromiso a la idea de la planificación familiar es genuino. Pero los mayores obstáculos para su uso son las creencias, de exactitud variable, sobre los efectos de esos métodos en la salud de la mujer.

Conclusión 9.

Estas creencias son ampliamente divulgadas, compartidas por los usuarios actuales y potenciales, y son un motivo de preocupación y perplejidad aún entre aquellos que tienen alguna responsabilidad en la educación sobre planificación familiar.

Conclusión 10.

Casi el doble de hombres que de mujeres estaban interesados en información sobre planificación familiar y eran de la opinión que sus cónyuges estarían igualmente interesados(das). Sin embargo, el interés total en más educación, era aún menor que la mitad de la muestra. La opinión general con relación a la pedagogía apropiada fue que sería más efectivo que los hombres educaran a los hombres y mujeres a mujeres en este asunto en particular.

Conclusión 11.

Que la inscripción en los programas de planificación familiar en la clínica es baja, comparada con la población elegible, y que la atrición es alta, definiéndose ésta como una combinación de abandono del programa y el repetido incumplimiento a sus citas de control, pues se reportan mucho después de las fechas que se les han señalado. La estructura del control de registros de la clínica y la falta de tiempo para el chequeo consistente de abandonos, hace difícil la identificación de las razones de la alta tasa de atrición.

Conclusión 12.

Que la observación y las discusiones sugieren, sin embargo, que las causas principales del bajo número de inscripciones y la alta tasa de atrición se relacionan con los siguientes factores:

- a) Mitología, rumores y verdad a medias acerca de los métodos y sus efectos en la salud de la mujer.
- b) Falta de seguridad de parte de algunos educadores para manejarlos.
- c) Factores culturales, psicológicos, e incomodidad física relacionada con el examen ginecológico, y la falta de respuestas de parte del personal.
- d) Tendencia hacia una motivación autoritaria y un modelo de enseñanza en consultas y charlas, que finalmente resultan contraproducentes dado el ambiente y la materia de que se trata.
- e) Intentos no frecuentes de aprovechar las consultas médicas de los hombres para hablarles sobre la planificación familiar.
- ↪ f) La composición predominantemente femenina del personal de la clínica y la falta virtual de participación de la mayoría de los médicos

- del cirujano en la promoción de la planificación familiar fuera de las consultas médicas individuales con mujeres.
- g) La renuencia de las parteras a promover con energía la planificación familiar por razones aún no identificadas.
 - h) La cautela de parte de los boticarios para vender los métodos revelados por la clínica, a pesar de la evidencia de que los clientes a veces se sienten más inclinados a obtener estos métodos en la farmacia que en la clínica.
 - i) La falta de conocimiento sobre las últimas modificaciones en los requisitos legales para la aprobación de la esterilización.
 - j) La falta aparente de cantidades suficientes de material audiovisual catalogado como bien diseñado y de utilidad.

Recomendaciones:

Recomendación 1. (Educación)

Hacer incapié en la educación y convencimiento de los hombres, con temas de motivación y metodología. Emplear educadores masculinos hasta donde sea posible. Explotar las consultas médicas como un medio de educación. En las reuniones de hombres sobre planificación familiar, regalarles preservativos.

Recomendación 2. (Educación)

En la educación de las mujeres, dar importancia a la tecnología y a las implicaciones físicas, riesgos físicos y socio-económicos comparativos, y utilizar un enfoque pedagógico que permita una ventilación completa y cómoda de las preguntas. Identificar e incorporar a los 'usuarios satisfechos

en estas discusiones de grupo.

Recomendación 3. (Educación, Investigación)

Diseñar materiales educativos sencillos y directos para los educadores, trabajadores extensionistas, y boticarios, que confrontan las creencias sobre los métodos como reales, si no necesariamente exactas, y ayudarles a formular un conjunto de respuestas adecuadas y honestas.

Recomendación 4. (Evaluación)

Seguir este modelo en un circuito, tomando como base los datos de los registros de la clínica sobre la historia del programa. Luego revisar los resultados de un período de seis meses a un año para evaluar la eficacia del énfasis dado a este asunto y del modelo de enseñanza.

Recomendación 5. (Educación/Audio Visual)

Continuar usando la radio como un medio de divulgar la información sin dejar de enfatizar la tecnología y los mensajes de riesgo comparado. Incluir información sobre los nuevos requisitos para la aprobación de esterilizaciones.

Recomendación 6. (Educación, Salud Mental)

Iniciar discusiones de grupo en la clínica, en privado, llevadas a cabo por una enfermera graduada, y en las cuales ^{no} sólo se trate sobre la planificación familiar, sino que también se permita a las mujeres discutir sus problemas personales y familiares, dándoles consejos sobre como solucionarlos, o por lo menos, algún respaldo psicológico.

Recomendación 7. (Salud Mental, Modificación Institucional, Educación)

Considerar un proyecto piloto utilizando una enfermera especializada en siquiatria, o una educadora social, que esté destacada en la clínica,

y que sus obligaciones sean principalmente asesorar y organizar discusiones de grupo entre mujeres y adolescentes de ambos sexos, así como adiestrar auxiliares en la iniciación, dinámica y manejo de dichos grupos.

Recomendación 8. (Educación/Audio Visual)

Desarrollar o distribuir con más energía, de estar disponibles, materiales bastante claros y sencillos sobre el método del ritmo. Usar el convencimiento como un método de reserva cuando las recomendaciones para usar otros métodos sean rechazados firmemente o consistentemente. Distribuir este material entre los curas párrocos, farmacias, y educadores de CENTA. Analizar la evaluación de la promoción del método del ritmo emprendida en San Lucas.

Recomendación 9. (Educación.)

Abandonar, o por lo menos, disminuir el énfasis dado a las charlas sobre planificación familiar como el punto central de educación, y concentrarse en las discusiones de grupo programadas, las cuales deben llevarse a cabo en un ambiente más hospitalario que el de las clínicas en días de consulta. La única excepción serían las charlas dadas regularmente por el médico de la unidad de salud a los pacientes de la clínica, tal vez una vez por mes, antes de que empiece la consulta.

Recomendación 10. (Modificación Institucional, Evaluación)

Agregar a los records de la clínica, los records sobre las actividades de planificación familiar, a fin de que pueda obtenerse rápidamente una imagen más clara del éxito o fracaso de la promoción, uso y continuación de los métodos. Utilizar los servicios de los ayudantes de salud no sólo para controlar las deserciones y el número de los que se reportan tarde a sus citas, sino que también para averiguar los motivos. Recopilar esta

información al final de un período de seis meses y analizarla.

Recomendación 11. (Modificación Institucional, Evaluación)

En una clínica del circuito, tratar de mezclar a los pacientes de planificación familiar con otros pacientes, después de que los niños enfermos hayan sido examinados, en una forma que no les llame la atención. Decirles claramente a los pacientes que ésto es lo que se está haciendo, que de ellos depende divulgarlo. Observar esta práctica por lo menos durante un período de seis meses.

Recomendación 12. (Investigación, Modificación Institucional)

Emprender censos en los municipios de un departamento para ver si está generalizado el patrón observado de que las farmacias no tienen en existencia aquellos anticonceptivos distribuidos por las oficinas de salud pública. De ser así, es preciso que se considere hacer un arreglo con las farmacias para darles un subsidio a corto plazo de estos artículos, a fin de inducirlas a mantenerlos en existencia. Se habrá de coordinar esfuerzos para la distribución de anticonceptivos baratos para que todos aquellos que los vendan a bajo precio obtengan la misma ganancia.

Recomendación 13. (Educación, Evaluación, Investigación)

Intensificar esfuerzos en una zona geográfica, para capacitar y motivar a los boticarios a fin de que fomenten el uso y venta de anticonceptivos. Proverles material de propaganda. Hacer una evaluación usando como base datos de las ventas del año anterior. Hacer intentos para persuadir a boticarios seleccionados de que lleven un registro de aquellos aceptantes de los métodos que regresan a la botica para reabastecerse, con el fin de investigar la continuación.

Recomendación 14. (Educación, Modificación Institucional)

Intensificar las consideraciones de la planificación familiar en el adiestramiento de parteras, de acuerdo con lo discutido en el Capítulo IV. Entregar a las parteras ya entrenadas anticonceptivos para que los mantengan en sus maletines y los vendan obteniendo las mismas ganancias del UINQ y de los ayudantes de salud.

Recomendación 15. (Investigación, Evaluación)

Como una política, admitir la realidad de la creencia acerca de que la píldora requiere un nivel de alimentación fuera del alcance económico del campesino. Como una intervención de salud culturalmente compatible, ensayar la distribución simultánea de un tipo de suplemento tanto médicamente aceptable como altamente respetado por los clientes campesinos, tal como el Jarabe Hemostyl o su equivalente.

Recomendación 16. (Educación)

Contemplar la posibilidad de un programa de discusiones de grupo para adolescentes sobre sexualidad humana y paternidad responsable, como una actividad legítima para una unidad de salud oral, ya sea como actividad independiente o en colaboración con las actividades que inicie CENTA por medio de sus educadores, y bajo ciertas circunstancias, en colaboración con el cura párroco.

Recomendación 17. (Investigación)

Investigar la factibilidad de usar una cadena de ventas de curanderos y especieros para distribuir anticonceptivos seleccionados y material educativo sencillo, dejándoles ganancia.

Recomendación 18. (Investigación)

Hacer un estudio longitudinal en un circuito de salud, o en una unidad de salud, llevado a cabo por un doctor y una enfermera graduada interesados, cuya meta sea calcular el número promedio de actividades propagandísticas a nivel de la clínica para persuadir a un paciente a aceptar y usar continuamente métodos anticonceptivos. Que el ayudante de salud de esa misma zona lleve un registro de datos similares.

Recomendación 19. (Investigación)

Patrocinar la investigación sobre las características compartidas por los hombres a quienes se les ha hecho la vasectomía. Usar como una fuente de datos básicos los registros de esterilizaciones que lleva la clínica. Tomar una muestra aleatoria y llevar a cabo entrevistas estructuradas las cuales serán diseñadas para obtener la siguiente información: nivel de educación; ingreso; ocupación; estado civil; número de hijos (vivos y muertos); culto, movilidad; conceptos del número ideal de hijos; actitudes hacia las relaciones hombre-mujer; decisiones de la familia con respecto a la planificación familiar; fuente de información y motivación con relación a la vasectomía; actitudes con relación a la operación, antes y después; y, disposición para hacer propaganda.

CAPITULO VI

PROGRAMA PILOTO DE AYUDANTES DE SALUD

Evaluación: Meta y Propósito

La meta de la evaluación solicitada sobre el programa piloto de los ayudantes de salud en la Región Oriental era complementar cualitativamente una evaluación cuantitativa ya realizada por la Oficina Regional. El propósito era llegar a la misma comprensión de cómo los ayudantes se ven a sí mismos; su nivel de preparación; su grado de éxito; sus relaciones con la Oficina Regional, el Puesto de Salud y la comunidad; así como sus ideas sobre posibles cambios en el programa. Este mismo propósito de la investigación también respondía a las suposiciones en la que se basa el programa,^{91/} no solamente que falta un eslabón necesario en el sistema de salud sino que 1) los servicios proporcionados por los ayudantes de salud serán aceptables a la población; 2) que las categorías existentes de colaboradores de salud cooperarán y apoyarán el sistema de seguimiento de pacientes y 3) que las personas apropiadas para los trabajos serán seleccionadas, adiestradas y colocadas y continuarán en sus nuevas funciones.

Metodología

La metodología usada para la evaluación involucró reuniones que duraron medio-día en cada uno de los tres lugares en el campo, realizadas en tres días consecutivos. Después de una breve discusión introductoria sobre los propósitos de la reunión, a cada ayudante se le dió una copia de un sencillo cuestionario de actitudes;

^{91/} USAID/El Salvador. PROJECT IDENTIFICATION DOCUMENT (PID), RURAL HEALTH DELIVERY SYSTEM, 1978-79 (Proyecto No. 529-0179). San Salvador, Abril, 1976.

los cuestionarios fueron llenados bajo la dirección de la investigadora, quién recopiló rápidamente los resultados.^{92/} Las preguntas e inquietudes que surgieron en las respuestas al cuestionario fueron entonces usadas como el esquema para una discusión de grupo que estaba también abierta a cualesquiera otros intereses que los ayudantes tuvieran y que no hubiesen sido obtenidos a través del cuestionario.

Conclusiones

Percepciones del Ayudante de Salud.

Como grupo, los ayudantes de salud fueron unánimes en su apreciación sobre la importancia del programa y todos sus componentes, así que la pregunta relacionada a tal apreciación fue omitida después del primer día. Sin excepción, el programa fue visto como crucial y valioso. También sin excepción, los ayudantes se consideraron contentos y confortables en su trabajo; sin embargo, también expresaron sentimientos de insuficiencia, aislamiento, y frustración, el primero originándose en su preparación, el último en la enfermedad crónica del trabajador en desarrollo comunal.

Los ayudantes de salud también consideraron sus relaciones con la Oficina Regional, el Puesto de Salud, y la comunidad con una actitud generalmente positiva. Ellos expresaron el deseo de un contacto más frecuente con los representantes de la región, pero consideraron el nivel de interés y la calidad de la supervisión como elevado. La relación con el puesto de salud en su área estaba, en su mayoría, marcada por el interés, respeto, una dis-

^{92/} El N total para los tres lugares fue de 17, el número de ayudantes de salud aún activos fuera de los 20 originales.

posición a cooperar con y tener el auxilio de los ayudantes. La única indicación de resistencia fue alguna renuencia a colaborar en los esfuerzos educativos.

Con respecto a la comunidad, los ayudantes percibieron que se les veía como líderes, ofreciendo un valioso servicio, representando ayuda en caso de emergencia, y como gente de confianza. En cambio, la simpatía de la comunidad a los esfuerzos de promoción del ayudante de salud era muy pequeña en el caso de planificación familiar y sólo un poco mayor en el área de higiene del hogar y comunal. Los ayudantes percibieron que había más sensibilidad a las sugerencias relacionadas con la nutrición y comportamiento general de salud.

El resultado más interesante del cuestionario fue la opinión que tenían los ayudantes sobre su propio nivel de preparación y competencia para lo que ellos entendían como sus responsabilidades. Incidentalmente, algunos de ellos opinaron que sería útil que esas responsabilidades y finalidades generales al programa fuesen explicadas más claramente, a pesar de que esto no era un área de problema de importancia para ellos.

Los ayudantes opinaron que en general el programa de adiestramiento había sido muy corto. En particular se sintieron incompetentes, en su mayor parte, para tratar sobre educación sanitaria, atender pequeñas curaciones, para aplicar inyecciones o vacunas, o dar primeros auxilios.^{93/} Se consideraron un poco mejor equipados para tratar sobre educación en planificación familiar y distribu-

^{93/} Estos conocimientos no fueron parte del adiestramiento básico pero fueron incluidos en el cuestionario a petición del Sub-Director Regional como medio para identificar las áreas donde se consideraba que había necesidad de una mayor educación.

ción de anticonceptivos, sin embargo desearon tener una educación más precisa con respecto a las ventajas, desventajas, y creencias sobre los métodos así como también con respecto a la identificación de niños desnutridos. Sintieron que su mayor competencia se hallaba en llevar la lista de faltistas y de aquéllos que se reportaban tarde para sus controles clínicos, realizar encuestas y educar sobre nutrición y salud de una manera general y básica.

No es sorprendente, que la evaluación de los ayudantes sobre su grado de éxito coincidiera con las áreas donde ellos consideraron que estaba su mejor preparación. Ellos percibieron que su mayor éxito, a diferencia de su habilidad, fue el seguimiento de faltistas, la administración de encuestas, la educación sobre salud y nutrición general, y la referencia de pacientes.

Cuando se les preguntó qué consideraban como sus mayores problemas además de la necesidad de un adiestramiento adicional, los ayudantes enumeraron, en orden de importancia: la falta de materiales audio-visuales y artículos de trabajo; el salario, que ellos consideraron desproporcionado con las demandas del trabajo; y las dificultades obvias de distancia y comunicación a las que, sin embargo, les estaban haciendo frente. Los ayudantes habían elaborado planes de trabajo que les permitían responder con flexibilidad a los días de trabajo y a los hábitos del campesino, así que mientras la sincronización de horarios era un problema, ellos parecían estarlo tratando satisfactoriamente. Los ayudantes además expresaron la necesidad de más reuniones dentro y entre grupos de ayudantes para resolver problemas mutuos. Al mismo tiempo que

ellos querían oportunidades para deliberaciones de grupo, entre ellos, no consideraron la forma de discusión como una herramienta de enseñanza apropiada, y siguieron considerando la charla y la visita al hogar como los modelos más apropiados y familiares a su disposición.

Percepciones de la Investigadora.

A la opinión de los ayudantes sobre sí mismos y su programa, debe agregarse la opinión de la investigadora. El hecho más sobresaliente, ya reconocido por el personal Regional, era la gran desigualdad entre el nivel educacional e inteligencia general; esto surgió, al menos en parte, en la relativa facilidad o dificultad mostrada al contestar el cuestionario. Al mismo tiempo, debe decirse que el nivel educacional no estuvo siempre en relación a las cualidades de liderazgo mostradas o con el grado de dedicación al trabajo. Por lo tanto, aunque se está de acuerdo con que los requisitos educativos mínimos para ayudantes de salud deberán ser mayores que los establecidos para el grupo piloto, el nivel educacional no será suficiente en sí mismo para determinar la elegibilidad.

La segunda observación fue que las ayudantes, como grupo, no parecen ser tan efectivas como los ayudantes. Las cualidades de liderazgo, dinamismo y confianza en sí mismo, no eran tan evidentes como se había esperado. El compromiso de continuar en su trabajo presentó más problemas para las mujeres que para los hombres. Y, con poca excepción las mujeres tendían a ser tan tímidas en un grupo, en su mayor parte masculino, que su

impacto en su propio nivel paraprofesional era disminuído, junto con su potencial de llegar al, generalmente inalcanzable, componente masculino de la población rural.

El tercer comentario no hace más que repetir las propias percepciones de los ayudantes. La poca capacidad de los ayudantes para tratar con el material de salud en las charlas y el grado de su capacidad de expresión en determinados temas de salud, sugiere claramente que las cuatro semanas de adiestramiento, bastante generalizado, sin un período de práctica cuidadosamente supervisado en el campo, no son suficientes para lanzar a los ayudantes al cantón y con los conocimientos adecuados para afrontar las necesidades prioritarias de la comunidad.

La cuarta observación es que el carácter experimental del programa necesitaba un acercamiento un poco casual a la selección de candidatos que, pudiendo ser más estandarizado en la siguiente etapa del programa, empleara un criterio de selección más claramente definido y un universo más extenso de adiestrados potenciales.

Percepciones de la Comunidad.

El tiempo no permitió llevar a cabo un componente de la evaluación que es esencial para la expansión exitosa de los programas de los ayudantes de salud, esta es, la investigación a nivel de la comunidad, ^{que} proporcionaría el punto de vista del paciente sobre la actividad y utilidad del ayudante de salud, actual y potencial. Entre otras cosas, existe una verdadera interrogante en la mente de la investigadora sobre la calidad y fuerza del

liderazgo mostrado por los ayudantes de salud en la comunidad, y sobre si las comunidades afectadas consideran realmente a los ayudantes como líderes de salud.

Es útil examinar las respuestas a la pregunta de la investigación hecha en Uluazapa sobre la receptividad al nuevo personal paramédico. Cuando se les preguntó que opinarían sobre buscar los servicios del personal paramédico existente (farmacéuticos, inyectadores, parteras y curanderos) con adiestramiento adicional del Ministerio, la mayoría de los investigados, y sobre todo las mujeres, mostraron su interés para buscar tales servicios (ver Tabla XXXVI). Sin embargo, cuando se les preguntó que opinarían sobre buscar los servicios de miembros de la comunidad recientemente adiestrados, los investigados calificaron sus respuestas considerablemente (ver Tabla XXXVII).

TABLA XXXVI. DISPOSICION PARA EL USO DE LOS SERVICIOS DE PARAMEDICOS CON ADIESTRAMIENTO ADICIONAL DEL MINISTERIO

SEXO	¿Dispuesto a usar?			¿Por qué no?		
	Sí	No	?	Uno puede confiar más en el médico	Hay clínica	No son capaces
MASC.	75%	15%	10%	66.66%	-	33.33%
FEM.	90%	10%	-	-	100%	-
TOTAL	82.5%	12.5%	5%	33.33%	50%	16.66%

TABLA XXXVII. DISPOSICION PARA EL USO DE LOS SERVICIOS DE LIDERES DE SAUD DE LA COMUNIDAD CON ADIESTRAMIENTO MEDICO BASICO.

SEXO	¿Dispuesto a usar?		Condiciones del Uso				
	Si	No	Calidad entrenamiento y lo que han sacado	Emergencia, último recurso	Han estudiado también practicado	Otras razones	No sabe/no entiende
MASC.	95%	5%	47.36%	5.26%	15.79%	15.79%	15.79%
FEM.	95%	5%	31.58%	31.58%	10.53%	5.26%	21.05%
TOTAL	95%	5%	39.47%	18.42%	13.16%	10.52%	18.42%

El consenso de la respuesta fue que el uso dependería en la calidad del adiestramiento dado y cuánto de tal adiestramiento había sido realmente absorbido y practicado por los adiestrados. Aún suponiendo tales requisitos, su uso sería, en caso de emergencia, como un último recurso. En otras palabras, el hecho de que exista en los municipios rurales la tradición de depender en alguna extensión en paramédicos tales como farmacéuticos, inyectadores, parteras y curanderos (donde sean accesibles), no implica necesariamente que los nuevos paramédicos serán aceptados automáticamente. Esto, unido con el considerable valor dado a los médicos completamente adiestrados y a los servicios de la clínica en áreas donde se ha desarrollado cierto tipo de dependencia hacia ellos, sugeriría que la probabilidad de que se desarrollara una relación de dependencia similar con un ayudante de salud será relativamente escasa, al menos en un futuro próximo. En estas circunstancias un papel aceptable para los ayudantes de salud sería uno que combinase actividades de enlace y de promoción con conocimientos clínicos y competencia para casos de emergencia.

Por otra parte, visitas y observación a nivel cantonal implican un grupo diferente de necesidades y correspondientemente diferentes papeles. La dificultad de acceso a servicios de salud establecidos invertirán, en efecto, el contenido del papel del ayudante de salud, así que las prioridades para los ayudantes cantonales serían en servicios básicos de salud y tecnología fundamental, seguidos del enlace, quedando la promoción, aunque importante, por último.

Si este distinto énfasis es admitido para municipios rurales y cantones, y si es aceptada una segunda suposición sobre el hecho de que los cantones merecen mayor prioridad, entonces el adiestramiento de los ayudantes de salud tendrá que ser un proceso con dos caminos cada uno con diferentes énfasis y materias. Si esto es así, entonces el curriculum actual de adiestramiento, el que, en la opinión del personal y de los ayudantes, tiene ayudantes cantonales mejor equipados para enlace y promoción, tendría que ser ajustado.

En ambos casos, los valores culturales expresados están de acuerdo con el esquema del último programa del Ministerio 94/ que incluye como componente importante uniformes y equipos; éstos ritualizarán y simbolizarán el profesionalismo que el Ministerio espera alcanzar en su nuevo cuerpo de paramédicos y servirán para asegurar y motivar a los pacientes rurales a quienes tal cuerpo se ha propuesto servir.

94/ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACION DEL PROGRAMA DE PENETRACION RURAL A TRAVES DEL AYUDANTE DE SALUD RURAL. División Materno-Infantil y Planificación Familiar. San Salvador, El Salvador, Abril 1976.

Resumen

Las necesariamente limitadas conclusiones de la evaluación en el campo sugieren que las tres suposiciones fundamentales del programa establecidas al comienzo de este capítulo sólo son parcialmente apoyadas por la experiencia del programa piloto. Primero, la validez de la suposición sobre la receptividad de la comunidad depende en el hecho de que la comunidad sea un cantón o un municipio; la receptividad del municipio rural está calificada y la suposición sobre la receptividad a nivel cantonal se ha basado en la percepción de la necesidad indubitable por servicios de salud intermedios, pero no aún en alguna investigación sobre las preferencias y opiniones de los residentes cantonales.

Segundo, la suposición de que las categorías existentes de colaboradores de salud darán cooperación y apoyo parece ser justificada, al menos en el presente. El grupo piloto de ayudantes no encontró problemas significativos y el personal clínico entrevistado por la investigadora fue bastante positivo en sus actitudes hacia la posibilidad de un personal paramédico auxiliar.

Tercero, la suposición sobre la actitud de los adiestrados seleccionados, la suficiencia de su adiestramiento, y su continuación con el programa, no está todavía comprobada. Ya algunos miembros del personal del Ministerio han reconocido que los criterios de selección y la naturaleza de la población de adiestrados requieren una adaptación, necesitando el adiestramiento refinamiento y expansión, y que el problema de continuidad es real y tiene solución.

Recomendaciones

(Nota: Muchas de estas recomendaciones coinciden con los componentes del programa presentados en los "Lineamientos" del Ministerio mencionados anteriormente. Las coincidencias serán reconocidas. Sin embargo, se llegó independientemente a las presentes recomendaciones durante el proceso de la investigación).

Recomendación 1. (SELECCION)

Extender el universo de los posibles adiestrados para incluir individuos ya actuando en capacidad de paramédicos - botiquinistas del CENAP, inyectadores, parteras que desean trabajar más ampliamente en los problemas de salud, esposas y asistentes de los farmacéuticos, mecánicos dentistas, enfermeros o enfermeras, y miembros de la comunidad que han estado en los programas de adiestramiento del Centro San Lucas o El Castaño. Muchos de ellos están, en efecto, adiestrados, pero como ayudantes de salud formales se integran al sistema de salud pública rural y forman parte explícita del equipo de salud.

Si se puede encontrar un curandero respetado y además apropiadamente motivado que esté dispuesto a participar en el programa del ayudante de salud, adiestrarlo en carácter experimental. No es cierto, suponiendo que las percepciones de varios observadores rurales son correctas, que la mayoría de los curanderos estén motivados, económica, cultural o médicamente, para participar en programas modernos de salud pública.

En el caso de educación, el hecho de la habilidad paramédica no implica competencia en el liderazgo, y los dos criterios deben ser incorporados en las decisiones de selección.

Recomendación 2. (SELECCION)

Estandarizar la red de contactos en cada comunidad para la selección de futuras legiones de ayudantes de salud. Desde el punto de vista de un programa aún en el proceso de experimentación, tal estandarización introducirá más control en el proceso evaluativo, además de añadir más consistencia y eficiencia al proceso de selección. Deberá hacerse decisión a alto nivel sobre aquéllos que serán entrevistados en las estructuras de liderazgo y servicio a los niveles municipal y cantonal, para sugerencias sobre candidatos del programa, incluyendo la posibilidad real de selección propia. También deberá hacerse una decisión sobre la técnica a usarse para obtener algún interés de los miembros claves en la comunidad con respecto a la selección de candidatos. La técnica escogida dependerá del tiempo y de los fondos disponibles, sin embargo lo mejor sería tomar una muestra al azar, usando un cuestionario específicamente enfocado, con el mínimo N estadísticamente aceptable. Tal cuestionario pedirá a los entrevistados que nombren el personal paramédico existente y lo clasifiquen en dimensiones de liderazgo y confianza, así como a otras personas en la comunidad que podrían llamarse líderes en base a actividades previas; de autoridad y respeto; de confianza y admiración; y/o de grado de habilidad para trabajar en el mundo cantonal, municipal y urbano.

Recomendación 3. (SELECCION)

Si las mujeres han de continuar siendo seleccionadas, y ciertamente ellas deberán seguirlo siendo por varias razones muy

importantes, las siguientes compensaciones deberán ser hechas por ciertas realidades culturales:

- a) Adiestramiento adicional enfatizando habilidades de liderazgo, motivación, seguridad en sí mismo, dinámica de grupo, reforzando además algunas áreas de determinada flaqueza.^{95/}
- b) Realizar, como un experimento estrechamente controlado, la formación de un equipo de ayudantes de salud compuesto solamente de mujeres en un área cantonal, a fin de que obtengan apoyo unas de otras y no sean inhibidas en su trabajo de equipo por la tradición cultural rural de timidez en grupos predominantemente masculinos, especialmente en el caso de las mujeres más jóvenes.

Recomendación 4. (SELECCION)

Reconsiderar el criterio sobre la edad límite de 40 años. Esto es particularmente discriminatorio en contra de mujeres que

- 1) finalmente tienen la mayoría de sus hijos en cierto nivel de auto-suficiencia;
- 2) no son parte, invariablemente, de la Vieja Ola que es estadísticamente improbable que hayan llegado al sexto grado;
- 3) tienen la ventaja de cierta edad y experiencia; y
- 4) aún tienen suficiente vigor y años de trabajo potencial que justifican la inversión de un adiestramiento.

Recomendación 5. (EDUCACION)

Además de un programa de adiestramiento de más de cuatro semanas, considerar una secuencia de adiestramiento, la cual sea esencialmente aumentada, es decir, un adiestramiento general y básico y un período de orientación seguidos de mini-cursos sobre

^{95/} Un posible modelo de adiestramiento podría ser el usado por el Centro de Promoción Social en la Universidad Católica.

tareas y síndromes específicos, con prácticas supervisadas en el campo que permitirán un examen de conocimientos y la corrección inmediata de un mal entendido o de un error.

Recomendación 6. (EDUCACION)

Las prioridades de re-adiestramiento para los ayudantes de salud que están trabajando y que fueron sugeridas por la evaluación son:

- a) Saneamiento, incluyendo la higiene comunal, del hogar y personal. Los ayudantes de salud, como miembros de la comunidad y también como, supuestamente, "usuarios satisfechos" de prácticas higiénicas más saludables, son particularmente apropiados como motivadores de un cambio de comportamiento en un área de fuerte resistencia cultural.
- b) Inyecciones y vacunas. La meta es ofrecer una destreza la cual permitirá la re-estructuración del papel de la clínica. (Ver Capítulo IV).
- c) Primeros auxilios básicos y uso de medicinas sencillas para el tratamiento sintomático.
- d) Planificación familiar con énfasis en la metodología, creencias asociadas y problemas.
- e) Identificación y tratamiento de emergencia de la desnutrición.
- f) Adiestramiento en el uso de materiales audiovisuales (suponiendo que haya suministro de tales materiales) con énfasis en su utilización en una población poco alfabetada.
- g) Adiestramiento en el modelo de enseñanza de dinámica de grupos/discusión de grupos, enfatizando las técnicas de actuación y de psicodrama.

Recomendación 7. (EDUCACION)

Las conclusiones de todo el estudio en el campo indican que existe la necesidad de una eventual inclusión de las siguientes destrezas y materias. Dada la probabilidad de que continuará existiendo un cierto porcentaje de la población cantonal que no accederá al ciclo completo de la atención materno-infantil, así como también un porcentaje de parteras que serán ineficientes en referir a los pacientes a donde corresponden, los ayudantes de salud deberán saber:

- a) Los fundamentos del cuidado adecuado del niño, usando como guías los mismos esquemas de las entrevistas de salud materno-infantil requeridos en el Capítulo IV.
- b) Señales de peligro en el embarazo.
- c) Expectativas básicas para los procedimientos correctos de las parteras.
- d) Los síndromes de las enfermedades más comunes en los niños y lactantes, no solamente para propósitos del tratamiento sintomático, sino también para referencia al lugar apropiado.

Recomendación 8. (MODIFICACION INSTITUCIONAL, LOGISTICA)

Considerar el eventual aprovisionamiento de transmisores de radio portátiles a los ayudantes de salud para consultas ya establecidas y para emergencias con el personal de los servicios permanentes.

Recomendación 9. (EVALUACION)

Cada comunidad que ha de ser afectada por los programas del ayudante de salud deberá ser, al principio, investigada por el

ayudante con un instrumento estandarizado, el cual es, básicamente, el mismo para todo el país, con espacio para datos adicionales de las necesidades identificadas regionalmente. Esta investigación tendría un número de código por familia relacionado a los archivos del puesto de salud y a un mapa de control, y registraría la información social y económica básica, la composición de la familia, datos mínimos de migración, niveles de educación, ocupación, ingresos, artículos del hogar, vacunas, recursos buscados cuando se está enfermo, uso de medios de comunicación, acciones y actitudes de la comunidad, datos relacionados al saneamiento, principales problemas familiares, anotación de su participación o elegibilidad para programas de control clínico, etcétera. Esto proporcionará al personal regional y del Ministerio datos básicos consistentes para identificación y planificación de los programas de salud rural, así como también para la evaluación del mismo programa del ayudante de salud.

Recomendación 10. (EVALUACION)

Debido a que el programa piloto ha experimentado la misma dificultad tan bien conocida por los puestos de salud, cual es, la pérdida de las hojas de referencia de pacientes ha motivado dificultad en la evaluación. O bien tales hojas deberían tener una presentación más oficial, o el puesto de salud debería buscar y apuntar estos datos como parte del registro diario o del registro acumulativo, o ambos. De otra manera, será difícil medir el impacto y el efecto alcanzado por la referencia de pacientes y el rendimiento del programa del ayudante de salud.

Recomendación 11. (EVALUACION, INVESTIGACION)

A fin de establecer objetivos prácticos del programa (que en el presente son muy numerosos), los ayudantes deberán no sólo apuntar el número de visitas al hogar y el de las reuniones de grupo, sino que también el número de visitas requeridas para lograr la complacencia con una recomendación de salud dada. Tal recopilación también llenaría una importante laguna en la investigación; los programadores tienen sólo una vaga idea de cuántos contactos, por término medio de qué tipo y duración, se necesitan en programas de motivación y educación para producir un cambio de comportamiento y mantenerlo.

Recomendación 12. (EVALUACION, EDUCACION)

Si es un objetivo del Ministerio el que el evaluador-supervisor sea capaz de proporcionar adiestramiento en servicio, además de sus responsabilidades de supervisión, el nivel de su adiestramiento y experiencia deberá ser mayor que el considerado actualmente. Tal personal deberá tener también algún adiestramiento específico en supervisión y evaluación, en lugar de la base empírica que ha sido casi exclusivamente la norma.

Recomendación 13. (EVALUACION)

La evaluación de la aceptación y del impacto de los ayudantes de salud a nivel de la comunidad deberá ser estandarizado y su forma deberá ser establecida desde el principio. Lo ideal sería investigaciones al azar, en pequeña escala, en las comunidades afectadas; con pocas entrevistas no estructuradas pero de fondo, con un grupo establecido de informantes claves para complementar los datos de la investigación.

CAPITULO VII

RESUMEN

Re-exposición de los Objetivos

La suposición central del Ministerio de Salud de El Salvador que generó este estudio fue que la prestación y la utilización de los servicios de salud pública en las áreas rurales del país han sido menos efectivas que como debería haber sido. La pregunta lógica de la investigación es: ¿por qué? Cuatro factores fueron sugeridos como posiblemente responsables: distancia espacial, barrera económica, barrera social y barrera intelectual. La hipótesis central para la investigación fue que una combinación de los dos últimos factores, barrera social y barrera intelectual, constituyen los impedimentos más probables para el impacto del programa. Esta hipótesis debería ser probada con el uso de técnicas antropológicas de campo por un antropólogo que residiera en el área rural.

El estudio también preguntaba qué modificaciones o adiciones al programa pudieran ser ideadas para disminuir la hipotética barrera. El énfasis de la investigación fue: 1) la cantidad y calidad del personal de servicios establecidos, en términos de su sensibilidad a las necesidades de salud rural; 2) las experiencias de los residentes rurales con ese personal y esas facilidades desde el punto de vista de compatibilidad social y cultural; y 3) el comportamiento y creencias de los campesinos en relación al manejo de enfermedades, nutrición, atención materno-infantil, y planificación familiar.

Las siguientes conclusiones y recomendaciones resumen aquellas más específicas presentadas en los capítulos anteriores.

Principales Conclusiones

Conclusión 1.

Contrariamente a las ideas convencionales, los campesinos no están aferrados a creencias y hábitos tradicionales que estén culturalmente predispuestos en contra del uso de los servicios médicos modernos. En efecto, los campesinos han desarrollado ya, a pesar de los impedimentos sociales, económicos y especiales, una considerable dependencia en la medicina moderna; la tendencia en el tratamiento de muchas enfermedades está fuera de la confianza inicial en la auto-medicación y en los médicos tradicionales, y es propicia a una combinación de la clínica y la farmacia.

La medicina tradicional y la medicina moderna se mantienen hombro a hombro, consideradas éstas como válidas en varios modos, y ambas como instrumentos con los cuales hacer frente a la complejidad de las enfermedades humanas.

Conclusión 2.

Los factores de barrera social e intelectual entre quien proporciona los servicios de salud y quien los recibe, afectan todos los aspectos de la prestación de salud rural, pero constituyen factores determinantes en lo siguiente:

- a) el oportuno y preciso diagnóstico e informe de la evolución y síntomas de las enfermedades.
- b) la tecnología, aunque no el concepto fundamental, de la salud preventiva moderna.

- c) el impacto educacional de todos los componentes del programa de salud.
- d) La renuencia a cambiar el comportamiento nutricional bajo las circunstancias de ciertas enfermedades y puntos específicos en el ciclo de la vida de la mujer.
- e) la renuencia a cambiar ciertos comportamientos relacionados a la higiene doméstica y personal.
- f) la complacencia con los programas clínicos.
- g) la adopción, y continuación de métodos de planificación familiar.
- h) la motivación de los paramédicos existentes para aumentar sus conocimientos.

Conclusión 3.

Los factores económicos más pragmáticos constituyen factores determinantes en:

- a) las decisiones de los hombres para reportar enfermedades.
- b) el uso de médicos particulares.
- c) el consumo de lo que es percibido correctamente como una dieta adecuada y bien balanceada.
- d) la disposición de emprender medidas de saneamiento que involucren costo financiero.

Conclusión 4.

Las consideraciones espaciales, definidas como una combinación de distancias geográfica y de tiempo, son relevantes, pero no determinantes en:

- a) la decisión del uso de hospitales para los partos.
- b) el uso por los hombres de la clínica como un recurso de salud.

c) la utilización del puesto de salud por los residentes cantonales.

Conclusión 5.

El horario de las clínicas y la función de responsabilidades se oponen a la satisfacción del paciente y del médico, así como también al potencial de seguimiento.

Conclusión 6.

La idea de un equipo de salud rural, ya como un concepto o como una realidad en las operaciones de campo, está aun en sus comienzos. El colaborador de salud promedio no se vé a sí mismo (a), como miembro de un sistema total que incluye pacientes y un amplio grupo de colegas potenciales.

Conclusión 7.

Una de las principales prioridades citadas por los pacientes del puesto de salud fue el desarrollo de un contacto más completo entre el personal y los pacientes en términos de tiempo, expansión de recursos y servicios, contenido educacional, y, lo que es más importante, de mutuo entendimiento y tratamiento compasivo.

Conclusión 8.

Los servicios de curación y consulta, junto con la muy prestigiosa presencia de un doctor, fueron considerados por los pacientes como la más importante función de la clínica. Esto sugiere al menos cierta resistencia inicial a modificaciones en las funciones de la clínica, al énfasis en nuevo personal paramédico, y a la expansión de programas de control esencialmente preventivos.

Conclusión 9.

Los contactos individuales y de grupo existentes entre el actual médico de salud y el paciente rural son explotados inadecuadamente como posibilidades educacionales. Los principales obstáculos para una explotación efectiva son esencialmente las barreras socio-culturales e intelectuales, es decir, la tradición patrono-paciente, la tradición pedagógica, y la tradición médica, todas las cuales representan desequilibrios en el control de poder y conocimiento que empeoran el intercambio de información.

Conclusión 10.

La entidad clave de salud en áreas rurales y semi-rurales, donde ésta es accesible, es la farmacia, por una combinación de razones prácticas y culturales.

Conclusión 11.

Las restricciones en la utilización de medios audio-visuales no son solamente de disponibilidad sino que también de falta de pericia en el uso de equipos y accesorios en las comunicaciones.

Conclusión 12.

La principal razón de la resistencia a adoptar y/o continuar el uso de los métodos de planificación familiar, no es la falta del deseo de planear el tamaño y el espaciamiento de la familia, sino que es la creencia sobre los efectos de esos métodos en la salud de la mujer.

Conclusión 13.

La mayor categoría individual de la población no alcanzada por el sistema de prestación de salud, y sin embargo la audiencia

potencialmente más receptiva y de la que pueden esperarse mayores compensaciones en términos del programa, es el campesino.

Conclusión 14.

Las necesidades de salud de los cantones y de los municipios rurales son suficientemente características para requerir énfasis y prioridades diferentes en el adiestramiento del personal paramédico.

Conclusión 15.

La salud mental de la mujer campesina parece ser un problema que merece investigación adicional y atención clínica.

Conclusión 16.

Las actividades de supervisión y evaluación están prejuiciadas hacia los indicadores cuantitativos y las consideraciones logísticas, un prejuicio que disminuye la capacidad del Ministerio de Salud para evaluar completamente el impacto y la calidad de la prestación de servicios de salud.

Principales Recomendaciones: EDUCACION

Recomendación 1.

Integrar en todos los niveles de adiestramiento profesional y administrativo, conciencia del campesino como un táctico de salud, en cuyos cálculos entran a la vez consideraciones culturales y prácticas, y cuya adopción de comportamientos de salud modernos depende grandemente en la comprensión y respeto del encargado de llevar a cabo^{la} prestación de servicios de salud. Incluir también el reconocimiento de comportamientos tradicionales que sean beneficiosos y merezcan apoyo, junto con la identificación de prácticas tradicionales que sean perjudiciales a la salud y

las maneras más culturalmente compatibles de modificar tales prácticas.

Recomendación 2.

Establecer poblaciones de prioridad específica y el énfasis preferencial en los adiestramientos, como sigue:

- a) Campesinas. Enfatizar la identificación de síntomas y síndromes y el tratamiento de las enfermedades más comunes en los niños; la motivación y las prácticas relacionadas a la salud e higiene materno-infantil; las técnicas de planificación familiar y los riesgos comparativos implicados.
- b) Campesinos. Enfatizar la motivación y la metodología de la planificación familiar; la identificación de síntomas y síndromes y el tratamiento de enfermedades; los procedimientos para higiene doméstica y comunal.
- c) Farmacéuticos rurales. Enfatizar la necesidad de poner al día las técnicas de diagnóstico y el conocimiento del arsenal farmacéutico; primeros auxilios básicos; desarrollo de la salud comunal; tecnología de la planificación familiar.
- d) Ayudantes Rurales de Salud. Para los cantones, enfatizar pericia básica de salud, seguida por la habilidad para referir pacientes y para la promoción de salud comunal. Para los municipios rurales, enfatizar conocimientos para ^{dar} apoyo a las clínicas y la habilidad para casos de emergencia.
- e) Parteras. Enfatizar prácticas contraproducentes ya identificadas, motivación para referir pacientes, metodología de la planificación familiar, con adiestramiento para motivar el deseo de explotar sus potenciales para alcanzar un status profe-

Recomendación 3.

Instituir adiestramiento en modelos pedagógicos alternativos los cuales enfatizan modelos de intercambio y retroalimentación, formatos de discusión y seminarios, y participación del "usuario satisfecho", particularmente en las áreas de higiene, nutrición, planificación familiar, educación sexual, e higiene mental.

Recomendación 4.

Incorporar en el adiestramiento médico a nivel universitario los siguientes aspectos:

- a) Teoría y metodología antropológica, incluyendo trabajo en el campo durante el Año Social en perspectiva.
- b) Ideología y práctica de salud pública.
- c) Conceptos y alcances del desarrollo comunal.
- d) Procedimientos básicos de administración y supervisión.

Recomendación 5.

Ofrecer cursillos locales sobre tecnología en el uso de equipo audio-visual.

Principales Recomendaciones: MODIFICACIONES INSTITUCIONALES.

Recomendación 1.

Re-estructurar el horario de las clínicas y el rol de responsabilidades a fin de permitir un mejor uso de las habilidades disponibles, más oportunidades para actividades de seguimiento, y un mejor acceso a la población rural masculina.

Recomendación 2.

Alentar como política de acción el concepto de equipo, no solamente entre el personal médico y paramédico, sino que también entre todos los representantes de las entidades en el sector rural

cuyas actividades puedan afectar la salud rural.

Recomendación 3.

Modificar el sistema de archivo para reflejar aspectos familiares más que individuales que sirvan como un sistema de control para la administración de la salud de la comunidad.

Principales Recomendaciones: INVESTIGACION Y EVALUACION

Recomendación 1.

Las prioridades de la investigación deben incluir atención a:

- a) La identificación de terapias tradicionales beneficiosas y perjudiciales.
- b) Un censo de farmacéuticos y curanderos en áreas de re-adiestramiento del programa piloto.
- c) Razones para persistir en dietas especiales y reportar con atraso, o no reportar, la desnutrición infantil.
- d) Investigación de las razones de la deserción y de la falta a las citas en el programa de planificación familiar, a través de la actividad de seguimiento del ayudante de salud.
- e) Características de la población masculina que desea la vasectomía.
- f) Creencias de los campesinos sobre las causas y el significado de achaques y dolores corporales.
- g) Percepciones de la comunidad con respecto al programa de actividades del ayudante de salud.
- h) Factores, impacto, y terapias posibles para los problemas de salud mental de la mujer campesina.

Recomendación 2.

A fin de mejorar la utilidad de los registros de la clínica, para propósitos evaluativos, se deben agregar los siguientes aspectos:

- a) Datos acumulativos sobre la proporción de pacientes por sexo.
- b) El factor tiempo en el reporte de las enfermedades en la sección del historial de los pacientes.
- c) Referencias por esterilización y su cumplimiento.
- d) Sistema para unificar el registro de retiros y regresos de pacientes.

Recomendación 3.

Desarrollar indicadores cuantitativos o cualitativos que reflejen más exactamente los problemas de tiempo, continuidad, y contenido de la relación entre el médico y el paciente, así como también horarios de supervisión que permitan la observación de la calidad del servicio. Los indicadores deben medir no solamente la prestación sino también el impacto del programa.

Recomendación 4.

Para que sean económicas y que contribuyan a una rápida realimentación en general, las evaluaciones deben de ser en pequeña escala, específicamente enfocadas, y de un diseño causi-experimental que examine los gastos y los beneficios sociales y económicos de una determinada intervención de salud.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
ESTUDIO SOBRE ACTITUDES Y PRACTICAS RELEVANTES A LOS
SERVICIOS DE SALUD ACCESIBLES A UNA COMUNIDAD RURAL

DEPARTAMENTO: _____ ENCUESTA No. _____

LOCALIDAD: _____ ENTREVISTADOR: _____

BARRIOS: _____ FECHA _____
DIA MES ANO

Cuestionario de la poblacion Cliente

Hora de inicio: _____ Hora de termino: _____ Duracion: _____
(minutos)

1. Cual es su nombre completo? _____

2. Su edad, por favor? _____ Sexo: M: _____ F: _____

3. Es usted

_____ Soltero (a)

_____ Casado (a)

_____ Acompañado (a)

_____ Viudo (a)

_____ Separado (a)

_____ Divorciado (a)

4. a (MUJERES) Cuantos hijos ha tenido ? _____

Cuentos de ellos estan vivos? _____

Cual es la edad de su ultimo niño vivo? _____

b (HOMBRES) Cuantos hijos vivos tiene? y de cuantas mujeres? _____

_____ niños _____ mujeres _____

Cual es la edad de su ultimo niño vivo? _____

5. Cuantas personas en total viven en esta casa? _____

6. Hasta que grado ha estudiado? _____

7. Sabe leer? SI _____ NO _____ ESCRIBIR SI _____ NO _____
8. Ha recibido otra forma de entrenamiento, como por ejemplo: pláticas o cursillos cortos dados por la Iglesia, CENTA, o el Servicio de Salud Pública? SI _____ NO _____
ESPECIFIQUE _____

- 9.Cuál es su principal ocupación o trabajo? _____

10. La casa en que vive usted es:
_____ alquilada?
_____ prestada?
_____ propia?
_____ colono?
11. Con cual de las siguientes cosas cuenta en su casa?
_____ cañería para agua.
_____ máquina de coser.
_____ luz eléctrica.
_____ radio.
_____ refrigeradora.
_____ televisor.
_____ modo de transporte (ESPECIFIQUE) _____
12. Que clase de servicio sanitario tiene?
_____ letrina de fosa
_____ "sitio" o lugar especial
_____ campo libre/patio
13. Como es el estado general de salud de:
su familia
- | | BUENO | REGULAR | MALO |
|--|-------|---------|-------|
| | _____ | _____ | _____ |

suya? _____
la de la mujer? _____
la de el hombre de la casa? _____
sus niños mayores? _____
sus niños (menores de 5 años) _____

14. Que considera usted que es gozar de buena salud? _____

15. Que hace cuando se da cuenta que usted u otros miembros de su familia
tienen parásitos o lombrices?

a) Automedicación usada _____

b) Dieta especial _____

c) Cualquier método curativo adicional _____

d) Búsqueda de servicios médicos tradicionales of modernos? _____

16. En que momento busca usted atención médica, y donde la busca? _____

17. Cree usted que hay manera de evitar parásitos y lombrises? SI _____ NO _____

Como? (EN CASO DE "SI") _____

Que hace cuando se da cuenta que usted u otros miembros de su familia padecen de diarrea?

a) Automedicación usada: _____

b) Dieta especial: _____

c) Cualquier método curativo adicional: _____

d) Búsqueda de servicios médicos tradicionales o modernos: _____

19. En que momento busca usted atención médica, y donde la busca? _____

20. Cree usted que hay manera de evitar las diarreas? SI _____ NO _____

Como? (EN CASO DE "SI") _____

21. Que hace cuando le parece que, a usted o a otro miembro de su familia, le va a pegar un catarro?

a) Automedicación usada _____

b) Dieta especial _____

c) Cualquier método curativo adicional _____

d) Búsqueda de servicio médico tradicionales o modernos _____

22. En que momento busca usted atención médica, y donde la busca? _____

23. Cree que hay manera de evitar catarros? SI _____ NO _____

Como? (EN CASO DE "SI") _____

24. Que hace usted para los dolores de la cabeza y del cuerpo?

a) Automedicación usada _____

b) Dieta especial _____

c) Cualquier método curativo adicional _____

d) Búsqueda de servicios médicos tradicionales o modernos _____

25. En que momento busca usted atención médica, y donde la busca? _____

26. Cree que hay manera de evitar dolores? SI _____ NO _____
Como? (EN CASO DE "SI") _____

27. Que alimentos, en su opinión, constituyen una buena alimentación? _____

28. Es esa la dieta que come su familia? SI _____ NO _____
(SI "NO") PORQUE? _____

29. Ha ido al Puesto de Salud? SI _____ NO _____
(SI "NO") PORQUE? _____

30. Cuando va a una clínica, a quien prefiere ver: al Doctor, a la Enfermera, o a la Auxiliar de Enfermería?
_____ doctor
_____ enfermera
_____ auxiliar de enfermería
PORQUE? _____
31. La clínica aquí ofrece una variedad de servicios, entre ellos son: Curación, Consulta, Vacunación, Control Materno Infantil, Planificación Familiar, y Alimentación Suplementaria. Para usted personalmente, cuales de ellos son los tres más valiosos? (MARQUE CON 1,2,3, de acuerdo al valor dado por el entrevistado).
_____ curación/consulta
_____ vacunación
_____ control materno-infantil
_____ planificación familiar
_____ alimentación suplementaria
_____ otro
"todos son buenos"

32. Cuando ha ido a la clínica, se ha quedado satisfecho (a)? SI _____ NO _____
(SI "NO") PORQUE? _____

33. Siendo que nada es perfección en este mundo, tiene algún comentario sobre como la clínica podría mejorar su servicio?. En otras palabras, hay cambios que se pueden hacer que hicieran la clínica más util para esta comunidad? SI _____ NO _____
QUE CAMBIOS? _____

34. Ha usado otro servicio del Ministerio de Salud Publica, como un hospital u otro establecimiento de salud, cual de ellos, para qué?
SI _____ NO _____ CUAL _____
PARA QUE? _____

35. Se quedó satisfecho (a)? SI _____ NO _____
(SI "NO") PORQUE? _____

36. Ha ido a un médico particular, y si ha ido, para que clase de enfermedad?
SI _____ NO _____
PARA QUE? _____

37. Se quedó satisfecho (a)? SI _____ NO _____
(SI "NO") PORQUE? _____

38. Usted acostumbra buscar los servicios de un farmaceútico, y para que fin lo busca? SI _____ NO _____
PARA QUE? _____

39. Se ha quedado satisfecho (a) con esos servicios? SI _____ NO _____
PORQUE? _____

40. Usted acostumbra buscar los servicios de alguien que da inyecciones fuera de la farmacia, y cuanto le cobra por inyección?
SI _____ NO _____ COSTO POR INYECCION _____
41. Ha usted empleado los servicios de una partera, y cuanto le cobró por parto? SI _____ NO _____ COSTO POR PARTO _____
42. Se quedó (quedaron) satisfecho (s) con los servicios que le rindió?
SI _____ NO _____ N.A. _____
(SI "NO") PORQUE? _____

43. Ha buscado los servicios de un médico parchero o curandero? SI _____ NO _____
44. Para que clase de enfermedad?
ENFERMEDAD _____ N.A. _____
45. Puede decirme cuanto le cobró, y si se quedó satisfecho (a)? N.A. _____
COSTO _____ SATISFECHO (A) _____ NO SATISFECHO(A) _____
(SI "NO") PORQUE? _____

46. Si recibieran un entrenamiento especial los farmacéuticos, inyectadores, parteras, y curanderos, adicional a la experiencia que tienen, estaría usted dispuesto (a) a buscar sus servicios? SI _____ NO _____
(SI "NO") PORQUE? _____

47. Si otro miembro de su comunidad recibiera un entrenamiento especial en ciertos conocimientos básicos de la medicina, estaría usted dispuesto (a) a buscar sus servicios y bajo que condiciones?
SI _____ CONDICIONES _____
NO _____ PORQUE? _____
48. Si la invitara a usted a recibir cursillos en el puesto de salud, u otro sitio en la comunidad, estaría usted dispuesto (a) a participar?
SI _____ NO _____

(SI "NO") PORQUE? _____

49. Que materia le interesaría? _____

50. (SI APLICA) Cuales horas serían más factibles para usted recibir esa clase de instrucción?

N.A. _____ HORAS _____

51. Dentro de los servicios que ofrece el Puesto de Salud, hay un programa de Planificación Familiar. Usted ha oído de ello, y por parte de quién?

SI _____ NO _____ QUIEN _____

52. Hablando de eso, usted cree que es bueno planificar el tamaño de su familia o el espacio entre los nacimientos, o no es bueno?

BUENO _____ NO ES BUENO _____

53. Porqué es bueno o no es bueno? _____

54. Cuántos hijos le parece ser el número ideal para una familia? (CIRCULE EL NUMERO INDICADO)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

_____ los que vienen

_____ los que Dios mande

_____ depende

_____ otros

55. Tiene el Señor o la Señora de esta casa la misma opinión suya?

SI _____ NO _____

56. Quien toma las decisiones en su familia sobre el número de hijos que van a tener, y cuando van a tenerlos?

_____ la pareja junta

_____ el solo

_____ ella sola

_____ no se decide

57. Que sabe usted de los métodos de Planificación Familiar, el número de hijos que tiene uno? Por ejemplo, que sabe de "la pastilla"? Les ha usado?/Las ha usado su señora?

CONOCIMIENTO: SI _____ NO _____ USO: SI _____ NO _____

COMENTARIO: _____

58. Y "el aparato"?

CONOCIMIENTO: SI _____ NO _____ USO: SI _____ NO _____

COMENTARIO: _____

59. Y las inyecciones?

CONOCIMIENTO: SI _____ NO _____ USO: SI _____ NO _____

COMENTARIO: _____

60. Los preservativos?

CONOCIMIENTO: SI _____ NO _____ USO: SI _____ NO _____

COMENTARIO: _____

61. Y, finalmente, la esterilización del hombre o de la mujer?

CONOCIMIENTO: SI _____ NO _____ USO: SI _____ NO _____

COMENTARIO: _____

62. (SI APLICA) Siendo que he usado un método, piensa seguir usándolo?

SI _____ NO _____

(SI "NO") PORQUE? _____

63. (SI APLICA) Quisiera recibir información sobre como puede Planificar su familia? SI _____ NO _____ N.A. _____

64. (SI APLICA) Piensa usted que el señor o la señora de la casa tendría igual interés? SI _____ NO _____ N.A. _____

65. Cree usted que es mejor que los hombres den pláticas sobre Planificación Familiar a los hombres, y las mujeres a las mujeres, o no cree que hace diferencia?

SI _____ NO _____ NO HAY DIFERENCIA _____

SECCION PARA MUJERES SOLAMENTE

66. Cuando piensa (pensaba) que está (estaba) embarazada, busca (ó) la atención de un médico? SI _____ NO _____
(SI "NO") PORQUE? _____

67. Como se siente (sintió) cuando sabe (supo) que está (estaba) embarazada?

_____ feliz
_____ triste
_____ los dos
_____ conforme
_____ N.A.

68. Le tiene (tuvo) miedo al parto? SI _____ NO _____
PORQUE? _____

69. Preferiría ir a un hospital para tener su niño, o con una partera?

_____ partera
_____ hospital
_____ ningún
_____ N.A.

70. Porqué? _____

SECCION PARA ENTREVISTADOR SOLAMENTE

71. Materiales principales de construcción de la casa:

FISO:

_____ Madera

TECHO:

_____ Paja/palma

_____ Ladrillo

_____ Adobe

_____ Tierra

_____ Otro

_____ Tejas

_____ Madera

_____ Deshechos

_____ Otros

PAREDES:

_____ madera

_____ adobe

_____ bahareque

_____ caña/palos

_____ láminas metálicas

_____ cemento/bloque

_____ ladrillo

_____ otro

72. Número de cuartos que tiene la casa? _____

73. Nivel de higiene (esta incluye tales cosas como: tirajas y artículos de comida tapados; presencia de animales, especialmente de chanchos; preparación y presentación de comida con manos sucias; falta de aseo casero o personal general, etc.)

_____ alto

_____ mediano

_____ bajo

74. Grado de cooperación del entrevistado

_____ deseo de cooperar

_____ generalmente cooperador

_____ poco cooperador

75. Grado de comprensión del entrevistado

_____ comprensión completa

_____ comprensión general

_____ poca comprensión

COMENTARIOS DEL ENTREVISTADOR:

BIBLIOGRAFIA

- Adams, Richard N. CULTURAL SURVEYS OF PANAMA--NICARAGUA--GUATEMALA--EL SALVADOR--HONDURAS. Washington, D.C.: Pan American Sanitary Bureau. 1957.
- Araúz Aguilar, Carlos María. EXPERIENCIAS DE UN AÑO DE SERVICIO SOCIAL EN LAS UNIDADES DE SALUD DE COATEPEQUE Y TEXISTEPEQUE, OCTUBRE 1958 - SEPTIEMBRE 1959. Doctoral thesis, University of El Salvador, Faculty of Medicine. September 1960.
- Browning, David. EL SALVADOR, LANDSCAPE AND SOCIETY. Oxford: Clarendon Press. 1971.
- Canelo, Menandro Alcibiades. LOS SERVICIOS MEDICOS RURALES DE SALUD PUBLICA Y LA MEDICINA POPULAR: ESTUDIO DE CINCO COMUNIDADES DEL DEPARTAMENTO DE SAN MIGUEL. Doctoral thesis, University of El Salvador, Faculty of Medicine. December 1964.
- Clará de Guevara, Concepción. CREENCIAS Y PRACTICAS EN LA MEDICINA TRADICIONAL DE EL SALVADOR. Paper presented in the Public Health Section, Sixteenth Central American Medical Congress, San Salvador. December 1975.
- Claros Calderón, María Elena; Mercedes Alférez Ayala; Ana Leticia Benavides de Durán; Elsy Esperanza Figueroa de Meléndez. ALGUNOS RASGOS CULTURALES DE CIEN PARTERAS EMPIRICAS TRADICIONALES DE EL SALVADOR. Thesis, School of Social Work, Ministry of Education, San Salvador. May 1975.
- Cornejo Granados, René Virgilio. CONSIDERACIONES DE DIEZ MESES DE SERVICIO SOCIAL EN LA CIUDAD DE ATQUIZAYA. Doctoral thesis, University of El Salvador, Faculty of Medicine. September 1959.
- Díaz del Pinal, Carlos, et al. ORGANIZACION DE NIVELES DE ATENCION PARA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD: UNA PROPUESTA PARA EL SALVADOR, C.A. Paper presented in the Sixteenth Central American Congress on Public Health, San Salvador. December 1975.
- Grupo Multidisciplinario, Región Oriental de Salud. DIAGNOSTICO BASADO EN LA ENCUESTA EN EL AREA SAN MIGUEL-MORAZAN. San Miguel, El Salvador. April 1976.
- Henríquez de Paredes, Querubina. UN DILEMA: LA EDUCACION SEXUAL ; ESTUDIO A NIVEL NACIONAL EN PADRES DE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA. San Salvador: Asociación Demográfica Salvadoreña. 1970.
- INCAP, NIH, and the Salvadoran Ministry of Public Health and Social Welfare. EVALUATION NUTRICIONAL DE LA POBLACION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA : EL SALVADOR. Guatemala 1969.

- Allen LeBaron Associates. INVESTIGATION OF THE SOCIAL AND ECONOMIC ASPECTS OF A TENURE AND PRODUCTION PROGRAM IN EL SALVADOR. (Contract No. AID-519-119). Logan, Utah and San Salvador. September 1975.
- Marroquín, Alejandro Dagoberto. PANCHIMALCO, INVESTIGACION SOCIOLOGICA. San Salvador: Editorial Universitaria. 1959.
- Millar, Hilary E.C., M.D. APPROACHES TO ADOLESCENT HEALTH CARE IN THE 1970's. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Bureau of Community Health Services. (DHEW Pub. No. HSA 75-5014). 1975.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, División Materno Infantil y Planificación Familiar. LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACION DEL PROGRAMA DE PENETRACION RURAL A TRAVES DEL AYUDANTE DE SALUD RURAL. San Salvador. March 1976.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Salud. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LOS SERVICIOS NACIONALES DE SALUD. May 1974.
- Payne, Phillip; Frederick Trowbridge; and Víctor Valverde. METHODOLOGY FOR THE DEFINITION OF THE NUTRITION PROBLEMS OF THE COUNTRIES OF CENTRAL AMERICA AND PANAMA. San Salvador and Guatemala: INCAP. 1976.
- Quan, Angel, et al. ABORTO EN EL HOSPITAL DE MATERNIDAD DE EL SALVADOR: UN PROBLEMA ASISTENCIAL. Paper presented at the Sixteenth Central American Medical Congress, San Salvador. December 1975.
- Sánchez Lemus, Alvaro Alfonso. CULTURA Y MEDICINA : EXPERIENCIA DE UN AÑO DE SERVICIO SOCIAL EN LA UNIDAD DE SALUD DE OPICO. Doctoral thesis, University of El Salvador, Faculty of Medicine. August 1967.
- U.S. Department of Health, Education, and Welfare. CHILD HEALTH IN AMERICA. Rockville, Maryland: Bureau of Community Health Services. (DHEW Pub. No. HSA 76-5015). 1976.
- U.S. Agency for International Development, Office of Population, Family Planning Services Division, Bureau of Population and Humanitarian Assistance. FAMILY PLANNING SERVICE STATISTICS, ANNUAL REPORT 1974. Washington, D.C.
- USAID/El Salvador. INTERIM REPORT ON THE PROPOSED SMALL FARMER TENURE AND PRODUCTION PROGRAM. San Salvador. February 1975.
- USAID/El Salvador. SECTOR DISCUSSION: HEALTH, NUTRITION, AND POPULATION (DAP REVISION). San Salvador. November 1975.
- White, Alistair. EL SALVADOR. New York: Praeger. 1973.
- Wooley, P.O., Jr., et al. SYNCRISIS: THE DYNAMICS OF HEALTH-- EL SALVADOR Washington, D.C.: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Office of International Health, Division of Planning and Evaluation. (DHEW Pub. No. OS 72-35). October 1972.

Zacapa Claros, José Humberto. EXPERIENCIAS DURANTE UN AÑO DE SERVICIO EN IZALCO. Doctoral thesis, University of El Salvador, Faculty of Medicine. July 1961.