



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE SALUD
EN EL MUNICIPIO DE SAN RAFAEL ORIENTE**

INFORME DEL AÑO DE SERVICIO SOCIAL

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

ULISES IRAHETA ROSALES

PREVIA A LA OPCION DEL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

DICIEMBRE DE 1969



T
614
I65a
1969
F. Med.
9j.5

33421

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

R E C T O R

DR. JOSE MARIA MENDEZ

SECRETARIO

DR. JOSE RICARDO MARTINEZ

- o - o - o - o - o - o - o - o -

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

D E C A N O

DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ

SECRETARIO

DR. JORGE FERRER DENIS

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES DE
DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA PEDIATRICA:

Presidente: Dr. Guillermo Guillén Alvarez
Primer Vocal: Dr. Eduardo Suárez Mendoza
Segundo Vocal: Dr. Arturo Alvarez Borja

CLINICA OBSTETRICA:

Presidente: Dr. Roberto Orellana Valdez
Primer Vocal: Dr. Raúl Argüello Escolán
Segundo Vocal: Dr. René Quintanilla Aparicio

CLINICA MEDICA:

Presidente: Dr. Luis Edmundo Vásquez
Primer Vocal: Dra. Adela C. de Allwood
Segundo Vocal: Dr. José Lozano Méndez

CLINICA QUIRURGICA:

Presidente: Dr. Carlos González Bonilla
Primer Vocal: Dr. Nasif Juan Hasbún
Segundo Vocal: Dr. Alejandro Gamero Orellana.

J U R A D O D E T E S I S

Presidente: Dr. Ricardo Alberto Cea

Primer Vocal: Dr. Víctor Arnoldo Sutter

Segundo Vocal: Ing. Alirio Américo Bernal

D E D I C A T O R I A

A mis padres:

Antonio Iraheta Rosales

y

Eugenia de Iraheta Rosales

que con su ejemplo y sacrificio, fueron una guía constante

A mi novia:

María Isabel Flores

con insondable cariño.

A mis hermanos:

Gerardo Iraheta R. y

Yolanda de Rodríguez

con especial afecto.

A mis amigos y profesores.

I N D I C E

I	INTRODUCCION
II	FUENTES DE INFORMACION Y MATERIALES
III	DESCRIPCION GENERAL:
	a) Historia
	b) Geografía
	c) Clima
	d) Composición de la población y ocupación principal.
	e) Aspectos económicos
	f) Aspectos socio-económicos
	g) Saneamiento ambiental
IV	NATALIDAD Y MORTALIDAD
V	MORBILIDAD
VI	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
	BIBLIOGRAFIA

I - INTRODUCCION

El médico en su concepción actual, no es ya el científico abstracto, que se preocupa únicamente de curar los síntomas y de descubrir la etiología de las enfermedades; sino que comprendiendo la gran relación que existe entre enfermedad y medio ambiente, se interesa por las condiciones biofísicas y socio-económicas del individuo, ya que las mejoras de estas condiciones, va a hacer disminuir la incidencia de una serie de enfermedades.

En nuestro país en vías de desarrollo, estos conocimientos cobran mayor importancia, ya que la miseria, el analfabetismo que alcanza el 55% de la población, la explotación a que está sometido el campesino, son causa directa de la promiscuidad, desnutrición, ausencia de servicios sanitarios en los hogares, falta de agua potable y de drenaje de aseo; problemas que producen a su vez, una alta tasa de mortalidad infantil, bajo desarrollo sicomotor del individuo, y la proliferación de las enfermedades transmisibles.

Ahora bien, se sabe que existen estos problemas de salud, pero, qué magnitud alcanzan? Hasta dónde se pueden remediar? Están cumpliendo las Unidades de Salud con su cometido o simplemente fueron creadas como un requisito político? Qué planes se pueden trazar para los próximos años para mejorar la salud del pueblo?

Estas preguntas creo que sólo pueden contestarse haciendo

do un estudio de los problemas de salud que encara nuestro país y viendo los recursos con que se cuenta.

II - FUENTES DE INFORMACION Y MATERIALES

El presente trabajo es un estudio retrospectivo de los reportes epidemiológicos, de los libros de registro de defunción y nacimientos de la Alcaldía Municipal de San Rafael Oriente, y de los datos obtenidos de los informes mensuales de la Unidad de Salud.

Como objetivo se tiene la obtención de algunos datos sobre la morbilidad y mortalidad en el municipio. El tema es de suma importancia, ya que conociendo estos datos, pueden hacerse programas preventivos, asistenciales y de estudio, encaminados a resolver los problemas más urgentes.

Por ser una investigación que parte de datos secundarios presenta una serie de limitaciones como son: la falta de registros adecuados en la Alcaldía (por falta de personal entrenado) - la ausencia de certificados médicos de defunción, y los informes erróneos proporcionados por los individuos que dan los datos.

No obstante los datos obtenidos representan un esbozo de la realidad, aunque no exactamente su grado de intensidad.

III - DESCRIPCION GENERAL DE LA VILLA DE SAN RAFAEL ORIENTE

Historia:

Los orígenes de San Rafael Oriente son recientes. Su fecha de fundación se remonta al 28 de junio de 1880, bajo la presidencia de Rafael Zaldívar, razón por la cual, se le designó con el nombre que ostenta; aunque el sitio escogido para su creación fuera llamada "El Tempiscal" una planicie al sureste del volcán de San Miguel.

La villa dista unos 34 kms. de la ciudad de San Miguel aunque depende para los asuntos administrativos y judiciales de la ciudad de Chinameca, distante 17 kms.. El acceso más fácil para llegar a la población es por la "vía del litoral", quedando a sólo 12 kms. de Usulután por carretera asfaltada.

Entre los acontecimientos históricos, por los cuales ha transcurrido la vida de la comunidad, se destacan: el incendio que en 1885 acabó con la mayoría de las casas construídas hasta ese entonces; el título de villa que le fué otorgado en 1935. Posteriormente aparecen varias obras de progreso como son: la introducción del agua potable en 1960, la creación del puesto de salud en 1963, la colocación del servicio de luz eléctrica en 1965 y en el mes de Febrero de 1968 empieza a funcionar la Unidad de Salud, creada bajo los auspicios de la Alianza para el Progreso.

Como se puede ver la mayoría de las innovaciones cultu-

rales, han ocurrido en la última década, constituyendo la base para el futuro desarrollo de la comunidad.

Geografía:

El municipio de San Rafael Oriente se encuentra situado entre los 13°22' 54" de latitud norte y los 88°21' 12' de longitud oeste del meridiano de Greenwich. Ocupa una extensión de 47.68 km² siendo en su mayor parte terreno llano. Carece de ríos, siendo únicamente cruzado por quebradas invernales; época durante la cual la precipitación pluvial llega a los 2767 mm. de promedio anual. Su altitud varía entre los 150-200 m., perteneciendo por lo tanto a la región de sabana tropical caliente. El clima se vuelve más caluroso durante la estación seca, alcanzando los 36°C.

Al norte limita con San Jorge; al oeste con San Miguel y el Tránsito, al sur con Ereguayquín y al este con Santa Elena.

Comprende cuatro cantones que son: Piedra Azul, Santa Clara, Rodeo de Pedrón y cantón Zelaya.

Población:

La población para 1968 era de 11.918 habitantes, distribuida de la siguiente manera: (ver gráfica y cuadro No.1). Observaremos que el 50.9% de varones y el 49.9% de hembras, tienen menos de 14 años, lo que nos indica una alta tasa de natalidad. En cambio los mayores de 50 años sólo representan del 8%-10% o sea que el promedio de vida es bajo, y son pocas las probabilidades de un joven de llegar a viejo. La pirámide de población es típica de una región en vías de desarrollo. Esta nos sugiere tam-

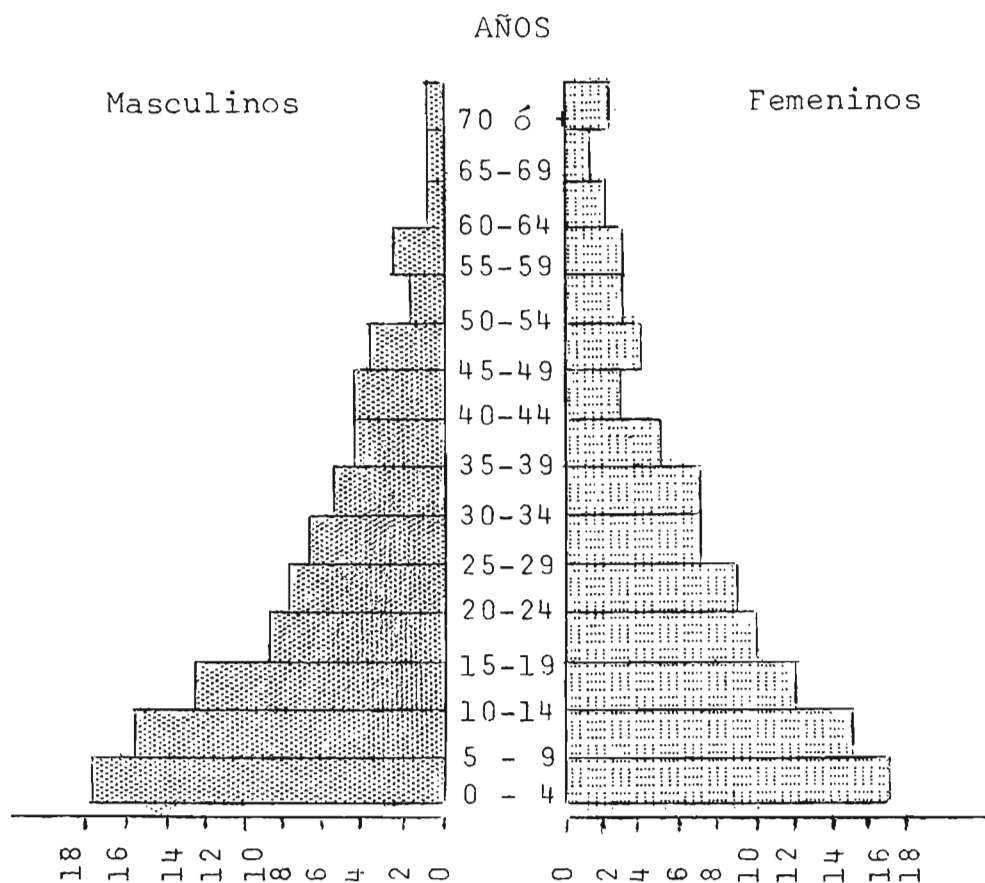
el resto de la población sin que den un beneficio a la comunidad, por el momento.

CUADRO No.1

POBLACION DE SAN RAFAEL ORIENTE? POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO ESTIMACION DEL AÑO 1968

GRUPOS DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de un año	254	226	480
1 a 4 años	634	763	1497
5 a 9 años	787	818	1805
10 a 14 años	680	721	1501
15 a 19 años	576	602	1285
20 a 29 años	886	971	1857
30 a 49 años	1040	1144	2184
50 a 69 años	513	596	1109
70 años y más	75	125	200
TOTAL	5445	5966	11.918

PIRAMIDE DE LA POBLACION EN SAN RAFAEL ORIENTE



La población en su mayoría es mestiza, no habiendo grupos étnicos indígenas. Por el predominio de la coloración clara de la piel, el color azul o verde de los ojos que es bastante frecuente, se podría pensar en un predominio de las características de la raza blanca.

La estratificación de la sociedad se ha hecho usando datos secundarios. Ya que la obtención de datos primarios por medio de una investigación se hace difícil. El esquema que se presenta en en base a la observación.

- 1.- Clase baja: Abarca a los peones, obreros agrícolas, artesanos no propietarios, cobradores de buses y minifundistas ya sean propios o arrendatarios. - Constituyen casi el 89% de la población y el 98% de los pacientes que llegan a la Unidad de Salud.
- 2.- Clase Media: Comprende maestros de escuela, administradores de fincas, artesanos propietarios, comerciantes y algunos agricultores propietarios que poseen más de 30 manzanas de tierra. Representan el 10% de la población. En este grupo se encuentran los dirigentes de la comunidad (Alcalde, Presidentes de patronatos, ect.)
- 3.- Clase alta: Es casi inexistente, si se toman en cuenta los requisitos, que han establecido los sociólogos, para pertenecer a este grupo. Tal vez podría incluirse a unos 5 a 6 propietarios grandes, y comerciantes a la vez.

Como se puede observar existe una gran polarización de la población. Por un lado una gran cantidad de necesitados y por el otro poquísimos afortunados.

BREVES CONSIDERACIONES SOCIO-CULTURALES

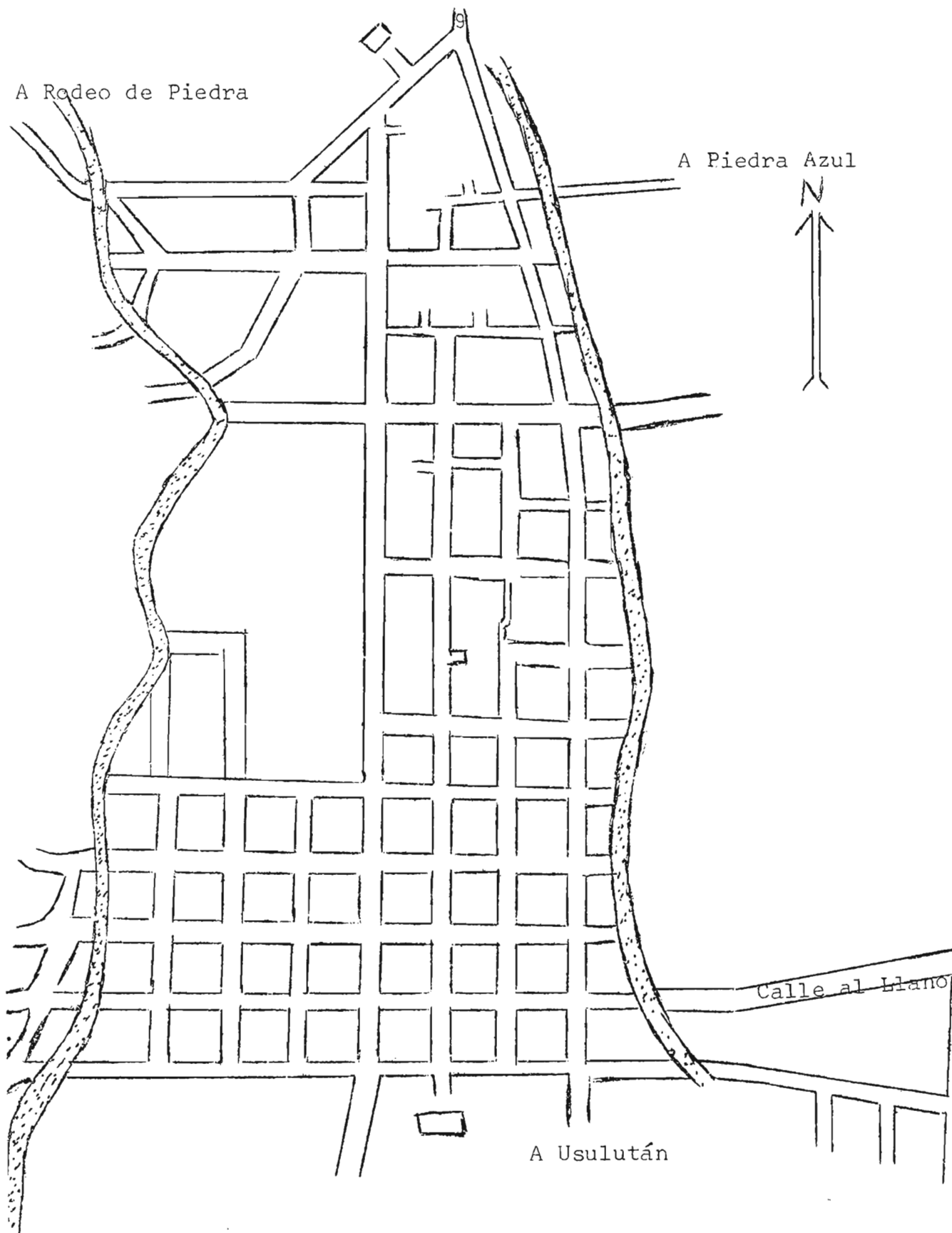
Educación:

El municipio cuenta con las siguientes escuelas y alumnos: en el área urbana: Un Instituto Nacional que en 1968 sacó su primer grupo de bachilleres, contando con 6 profesores y 160 alumnos. Una escuela de niños con 9 profesores y 563 alumnos. Escuela de varones Alberto Masferrer con 10 profesores y 500 alumnos. Escuela urbana mixta barrio La Merced, con 7 profesores y 450 alumnos.

En el área rural: se encuentran tres escuelas rurales mixtas, que albergan alrededor de 275 alumnos.

Comparando el número total de alumnos, asistentes a las escuelas en 1968 (1948 alumnos) con la población escolar (de 5 a 14 años) que fué de 3306 se ve que asiste a la escuela el 54% de niños y jóvenes en edad escolar. Si a ésto se agrega que existe una alta tasa de deserciones escolares, producidas por factores económicos y de enfermedad, necesariamente el nivel cultural del pueblo, tendrá a ser mínimo, lo que dificultará las medidas de medicina preventiva que se quieran tomar.

Los edificios de las escuelas no llenan los requisitos higiénicos ni pedagógicos, con excepción del Instituto Nacional y la Escuela de varones.



A Rodeo de Piedra

A Piedra Azul



Calle al Llano

A Usulután

SAN RAFAEL ORIENTE

Economía:

La base de la economía de la comunidad reside en la agricultura, siendo los principales productos que se cultivan en orden de frecuencia: algodón, maíz, frijol, arroz, maicillo, tabaco y caña de azúcar. En menor escala se cultiva la yuca, camote, jícama y cebolla. Son abundantes los árboles frutales.

El cultivo y sobre todo la cosecha del algodón es lo que proporciona la mayor fuente de riqueza para la comunidad. Siendo así que para los meses de noviembre, diciembre, enero y febrero, la gente tiene trabajo y ciertas facultades adquisitivas, mientras que para los meses de junio, julio, agosto, el ejército de desocupados llega a su máximo, viéndose el caso de personas que no pueden pagar el colón de consulta en la Unidad de Salud.

ACTIVIDADES DE LA UNIDAD DE SALUD

Reseña:

Desde 1963 a 1967, la población no contaba más que con los servicios de una enfermera auxiliar, durante los días hábiles de la semana, y la visita de un médico de las unidades móviles rurales los días miércoles. Es hasta 1968 con la creación de la Unidad de Salud, que llega un médico en Servicio Social a residir a la comunidad, llegándose a la cifra de un médico por 11.411 habitantes, residentes en el municipio. Lógicamente con un servicio médico deficiente tiene que haber una proliferación de curanderos, los cuales tratan a las personas más crédulas. Este

curanderismo es practicado, tanto por los dueños de farmacias - como por los clásicos yerberos e invocadores de espíritus. Existe una corriente de pacientes que va a consultar con los médicos de Usulután, sobre todo los de mejores recursos económicos.

La Unidad de Salud:

Está situada en la zona sur del pueblo en la región central de la villa. El edificio es nuevo, grande, pero está casi totalmente desequipado. Cuenta con sala para partos, para hospitalización, consulta externa, farmacia, bodega, administración, estando la mayoría inoperantes por la falta de material.

Personal:

La Unidad cuenta con un médico director, una enfermera graduada, dos enfermeras auxiliares, un inspector sanitario, una secretaria, un ordenanza y una lavandera, ésta última pagada por el patronato. No se cuenta con odontólogo.

Materiales:

Son escasos. Un equipo de sutura, de curaciones, básculas y mobiliario para dar la consulta. Se carece de aparatos para exámenes de laboratorio, atención de partos, cirugía mayor y camas para manejar pacientes ingresados. Solamente se disponía de una tijera de lona para atender partos, que no daban tiempo de referirlos.

Sistema de trabajo:

Se da atención curativa y preventiva. Consulta general durante la mañana, atención materna infantil por la tarde. Se atienden también emergencias ya sean por el médico o la enfermera. Para la consulta general son seleccionados treinta y cinco pacientes (en ocasiones más) para ser vistos por el médico y el resto de enfermos menos graves es visto por la enfermera. En atención materno infantil se controla a las madres durante su embarazo y al niño sano hasta los dos años de edad. Además se dan charlas por enfermera sobre diversos tópicos de medicina preventiva al grupo de pacientes, previa pasada de consulta. Se desarrolla permanentemente vacunación, DPT, antitetánica. Al inicio del año se puso antipolio y antitífica y al final del año antivariólica. Se mantiene una campaña de distribución de leche, a niños desnutridos y a embarazadas con pobre ingestión protéica. En el campo sanitario se promueve la construcción de letrinas, la introducción de agua potable en las casas, el saneamiento del pequeño mercado municipal y la erradicación de aguas servidas. Durante el mes de Octubre se realizó una semana de limpieza con el resultado positivo de dejar los lineamientos para la creación del tren de aseo.

Se realizan cinco grandes funciones al igual que en todas las Unidades de Salud, que son:

- a) Visita domiciliar: realizada por enfermera graduada durante la cual se controlan casos de enfermedades infecto-contagiosas

- b) Club de Madres: Para organizar a grupos de madres para recibir enseñanzas y ampliar sus conocimientos sobre cuidados de higiene materno-infantil.
- c) Club de parteras: por el cual se agrupan a señoras que se dedican a la atención de partos en el hogar a fin de adiestrarlas para que den un mejor servicio y disminuir la morbilidad y mortalidad materna. Se cuenta con ocho parteras inscritas.
- d) Promociones a la comunidad: mediante charlas, demostraciones, entrevistas, dadas en escuelas y a grupos de familia de la comunidad, haciendo hincapié sobre la prevención de enfermedades e importancia de vacunas.
- e) Adiestramientos: creados para que el personal de enfermería recuerde y se renueve en los procedimientos y normas de su trabajo.

El horario de trabajo es de 7.30 am. a 12 m. y de 2 pm. a 5 pm. los fines de semana se queda una enfermera de turno para atender las emergencias. Una enfermera auxiliar se encarga de dar la medicina recetada durante la consulta, poner las inyecciones y hacer pequeñas curaciones; la otra enfermera auxiliar se encarga de la vacunación, la cual la realiza mediante visitas domiciliarias por la mañana y en la clínica por la tarde; los pacientes que necesitan hospitalización se refieren al Hospital de Usulután y en ocasiones al de San Miguel.

Población atendida:

La población a la que la Unidad presta sus servicios

sesenta por ciento de los pacientes que llegan a consultar residen en otros cantones y municipios. Así por ejemplo es frecuente la presencia de enfermos que habitan en el Tránsito, San Jorge, Santa Elena, Batres, Ereguayquín y Jucuarán, a pesar de que en estos sitios existen puestos de Salud. Por lo tanto la consulta que se da no baja de cincuenta pacientes al día y en los días lunes se llega a ver hasta ochenta pacientes durante el día.

Sin embargo, los servicios prestados por la Unidad no podemos catalogarlos como eficientes debido sobre todo a los recursos muy limitados con que se cuenta. Esta deficiencia se hace más evidente en la relación con las medicinas. Los fármacos enviados por la región, únicamente alcanzan para una semana, teniendo que adquirirse el resto de medicina mediante el dinero que se recoge por el pago de la consulta. La medicina con la que se cuenta en mayor cantidad es del tipo sintomático, aspirinas, donnatal, jarabe para la tos, antidiarréicos. La escasez de antibióticos es aguda, recibándose en ocasiones sólo quinientas cápsulas de tetraciclina y cloranfenicol para todo el mes, volviéndose por lo tanto a veces difícil tratar por ejemplo una fiebre tifoidea. Antes de que se desarrollara la campaña anti-tuberculosa en el mes de octubre, se carecía de medicamentos antituberculostáticos, necesarios para tratar a los casos de tuberculosis que se presentaban y a los cuales se les dificultaba ir a recibir su medicina a los hospitales de las cabeceras departamentales. Por otra parte se encuentra una mala planificación -

del tipo de medicina que se necesita en la Unidad de Salud; por ejemplo, sabiendo que la mayoría de deshidratados graves son niños, no llegan a la Unidad el tipo de soluciones indicadas para estos pacientes, sino que mandan únicamente kalisal A y dextrosas. Otro problema de difícil resolución se encara con el tratamiento de los desnutridos. Careciéndose de vitaminas de sustancias ricas en proteínas que se les pueda ofrecer a estos niños, no queda más remedio que recomendarle a la madre el tipo de alimentación que su hijo necesita, cosa que ya sea por la incultura de la madre o por su tremenda pobreza no da resultado, volviéndose estas criaturas pacientes asiduos de la clínica, hasta que su desnutrición alcanza el tercer grado, condición "sine quanon" para ser admitidos en un hospital. El programa de leche es insuficiente para la cantidad de desnutridos, y si se toma en cuenta, que a veces pasan meses sin que llegue una libra de leche para ser distribuída, se llega a la conclusión que el programa no llena los resultados apetecidos.

En resumen se tiene que hay deficiencia, tanto en variedad, cantidad, como en calidad de las medicinas, contándose además con una población pobre, la mayoría incapaz de costearse un tratamiento, lo que hace difícil ejercer la medicina curativa, confiriéndole más valor a la medicina preventiva la que se debe incrementar por todos los medios.

Labores de 1968.

Se han tomado estos datos de los informes mensuales, elaborados en la Unidad de Salud con fines estadísticos. Encontraremos que el número de consultas médicas durante este año fué - de 6.601, siendo las personas atendidas por primera vez 5.382, lo que representa el 81.5% de todas las consultas. La cantidad de enfermos atendidos por enfermera fué de 1.517, lo que implica una atención general de 8.118 pacientes. La cantidad de emergencias tratadas fué 46 vistas por el médico y 74 por enfermera.

En los programas de atención materna infantil se realizó lo siguiente:

Atención a menores de dos años:

Inscritos	246
Foráneos	148
Locales	98
Menores de un mes fueron vistos	18

El número de consultas con el médico fueron 225 con enfermera 109.

Atención materna:

Inscritas	271
Locales	104
Foráneas	163
Primigestas	65
Antes de 5 meses	100
Consultas prenatales de rutina con el médico	391

Consultas post-natales con .
médico 28

Atención a desnutridos:	Menores de 2 años	2-4 años
Primer grado	203	22
Segundo grado	257	89
Tercer grado	3	38
Totales	463	149

Libras de leche repartidas al año: 3.629.2. Si tomamos el número total de desnutridos atendidos 612 y el número de libras repartidas, vemos que a cada niño le tocaron únicamente 5.9 libras, cantidad a mi parecer insuficiente. Razón que contribuyó a que fuera bajo el número de desnutridos cesados, en el programa de leche, que recobraron su peso normal; 41 en el grupo de dos años y ochenta y nueve en el grupo de dos a cuatro años.

El número de partos atendidos a término fué de 10.- Se atendieron además 347 casos de paludismo, con el mismo número de muestras tomadas. Se realizaron 73 operaciones de cirugía menor con anestesia local. En el campo de la medicina preventiva se lograron 2.677 vacunaciones con el DPT; 3.865 con antitetánica; 164 contra el sarampión y 1.630 contra la poliomielitis. Se hicieron también 13 sesiones con el club de madres, 13 con el club de parteras y 17 con el patronato de la Unidad de Salud.

Analizando los datos anteriores encontraremos que tomadas globalmente la cantidad de consultas comparadas con la población existe un 47.1% de individuos que consultan; pero teniendo

en cuenta que un 60% de consultantes son de fuera del municipio tendremos que únicamente un 18% de habitantes de San Rafael Oriente se atienden en la Clínica.

En el campo de la atención materna las conclusiones que se obtienen son las siguientes: en 1968 hubieron 553 nacimientos, de los cuales sólo 10 fueron atendidos en la Unidad de Salud, lo que da un porcentaje del 1.5% de partos que reciben atención médica. Mejora el panorama en la consulta prenatal, que da un resultado del 50% de embarazadas atendidas; volviendo a disminuir el porcentaje en la consulta post-natal que llega al 3%, lo cual probablemente sea debido a una falta de hincapié en mostrarles a las madres las ventajas de la consulta post-natal.

En cuanto a vacunaciones con DPT, tenemos que su número es aceptable comparada con la población infantil comprendida entre uno y cuatro años (cuadro 1) haciendo la salvedad que un buen porcentaje de los vacunados eran foráneos.

El motivo por el cual la cantidad de partos atendidos es menor que el número de consultas prenatales, se debe a que sólo se atendían mujeres que llegaban en el segundo período del parto, no haciéndose por otro lado promoción en la comunidad sobre la atención de partos en la Clínica por la falta de material, para atenderlos.

SANEAMIENTO AMBIENTAL

Vivienda:

La vivienda debe brindar no sólo la protección física -

contra la intemperie, sino que además debe llenar una serie de requisitos como son: permitir el desarrollo mental, físico y social de la familia; tener las condiciones higiénicas necesarias para conservar la salud de sus moradores y en el óptimo caso que sea propia para dar un sentimiento de seguridad, condición que facilita el desarrollo de programas de saneamiento ambiental.

Por ser una comunidad pequeña San Rafael Oriente no tiene el problema de la vivienda colectiva, no existen los mesones. No obstante existe cierto grado de promiscuidad, ya que las familias son numerosas y la mayor parte de viviendas tienen uno o dos cuartos. El espacio de terreno con que cuenta la menor de las casas es superior a las 400 v². Analizando el cuadro No.2, tendremos:

- a) la mayoría de familias son propietarias de sus casas
- B) el número de integrantes de un hogar pasa de seis
- c) el porcentaje de casas con agua intradomiciliar es inadecuado. 11.6%.
- d) la mayor parte de casas no llenan los requisitos de protección adecuados, al medio ambiente; pisos de tierra, techos de paja, paredes de paja o tabla.
- e) falta de obras sanitarias esenciales como son: letrinas, tren de aseo, alcantarillado.
- f) la presencia de gran cantidad de animales domésticos, perros gallinas, ganado vacuno y sobre todo cerdos que deambulan libremente por las calles

g) la cocina siempre está aparte del dormitorio.

El abastecimiento de agua se mantiene a base de pozos, existiendo un sitio donde se expende agua al público, atendiendo sobre todo al sector rural, donde la escasez de este elemento es grave, principalmente en la estación seca por carecer de ríos en la región.

Aspectos sanitarios:

Las obras realizadas en el campo del saneamiento ambiental durante el año fueron:

1 - conexiones al servicio de agua	7
2 - número de letrinas construídas	174
3 - número de letrinas mejoradas	32
4 - número de basureros eliminados o tratados	193
5 - criaderos de zancudos tratados	98
6 - criaderos de zancudos eliminados	80
7 - número de perros eliminados	45
8 - inspecciones a la vivienda	1.934
Total de casas de la comunidad	545

Las pocas instalaciones de agua logradas se debieron al alto costo exigido por el ANDA para su colocación.

No se realizaron controles de la calidad de las carnes por no haber rastro en el municipio; tampoco se tomaron muestras del agua para ser analizada. Las visitas realizadas en el mercado se encaminaron más que todo a lograr mejores medidas higiénicas por parte de las vendedoras.

Consideraciones epidemiológicas:

La escasez del agua en la comunidad, crea una serie de problemas higiénicos, que unido a la presencia de letrinas de foso, excretas de los niños en el suelo, falta de calzado, provoca una predisposición marcada para adquirir enfermedades parasitarias, micóticas y bacterianas.

La ausencia de alcantarillado, con la consiguiente presencia de aguas servidas en las calles, es un factor que aumenta la morbilidad en la comunidad.

El hacinamiento que se observa, es también causa de una alta incidencia de enfermedades respiratorias. El hecho de que la mayoría de casas, tengan paredes de bahareque y tabla, trae a cuenta la posibilidad de la presencia de artrópodos; aunque la enfermedad de chagas no ha sido reportada en la comunidad. La antracosis pudiera favorecerse por la gran cantidad de hogares que se alumbran con candil.

Como se puede ver, existe un círculo vicioso, de malas condiciones sanitarias, que provocan una morbilidad más elevada.

CUADRO No.2

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA URBANA EN EL MUNICIPIO DE SAN
RAFAEL ORIENTE (1968)

INDICES	NUMERO VIVIENDAS	% CON RELACION AL TOTAL DE VIVIENDAS
1 <u>Total de viviendas</u>	545	100%
2 <u>Condiciones de tenencia</u>		
a) propietarios	535	98.2%
b) viviendas alquiladas por		
- menos de Ø25.00	10	1.8%
- total de viviendas alquiladas	10	1.8%
3 <u>Número de cuartos</u>		
a) viviendas de un cuarto	129	26.3%
b) viviendas de 2 cuartos	340	62.3%
c) viviendas de 3 cuartos	64	10.7%
d) viviendas de 4 cuartos	12	0.7%
4 <u>Número de personas:</u>		
a) viviendas ocupadas por 2 personas o menos	3	0.2%
b) viviendas ocupadas por 3 ó 5 personas	63	11.5%
c) viviendas ocupadas por más de 6 personas	482	88.3%

CONTINUACION DEL CUADRO No.2

INDICES	NUMERO DE VIVIENDAS	% CON RELACION AL TOTAL DE VIVIENDAS
5 <u>Abastecimiento de agua:</u>		
a) viviendas con abastecimiento intradomiciliar de acueductos	66	11.6%
b) pila pública o paja de agua comercializada	1 (ANDA)	0.3%
c) pozo	3	0.1%
d) viviendas sin ningún servicio	475	87.1%
6 <u>Disposición de excretas y aguas negras</u>		
a) inodoro y tanque séptico	2	0.4%
b) letrina privada	357	65.5%
c) sin ningún sistema	186	34.1%
7 <u>Hacinamiento:</u>		
a) viviendas en que duermen dos personas por cuarto	6	1.1%
b) viviendas en que duermen tres personas por cuarto	30	5.5%
c) viviendas en que duermen cuatro personas ó más por cuarto	509	93.4%
8 <u>Basuras:</u>		
a) viviendas sin servicio de tren de aseo	545	100%
9 <u>Material del piso:</u>		
a) tierra	333	61.1%
b) ladrillo de barro	200	36.7%
c) ladrillo de cemento	12	2.2%

CONTINUACION CUADRO No.2

INDICES	NUMERO DE VIVIENDAS	% CON RELACION AL TOTAL DE VIVIENDAS
10 <u>Material del techo:</u>		
a) paja	43	7.8%
b) teja	498	91.3%
c) asbesto-cemento	1	0.4%
d) lámina	3	0.5%
11 <u>Paredes:</u>		
a) caña	43	7.8%
b) bahareque	433	79.4%
c) mixto (concreto y ladrillos)	24	4.4%
d) madera	45	8.4%
e) con ventana	457	83.8%
12 <u>Cocina:</u>		
a) con local separado	408	76.8%
b) sin local separado y fue <u>go</u> alto	137	23.2%
13 <u>Iluminación artificial:</u>		
a) con energía eléctrica	208	38.1%
b) con lámpara de gas a presión	3	0.7%
c) candil o velas	334	61.2%

IV - N A T A L I D A D

Crecimiento poblacional:

Como toda comunidad en crecimiento la población de San Rafael Oriente ha ido en aumento. Analizando el cuadro No.3, encontramos que la población urbana ha ido creciendo constantemente, pasando de 3.111 habitantes en 1959 a 5.780 en 1968, o sea que hubo un aumento del 54%. En el año de 1963 el aumento de la población se hace mucho más marcado no guardando la proporción que en los años anteriores y siguientes. En cambio en el área rural, sucedió lo contrario, ya que en 1959 se tenía 6.175 habitaciones y en 1968 solamente 6.138 habitantes, lo que indica una disminución de la población de 37 habitantes. Hay que destacar un descenso brusco de la población el año de 1963 que fué de 1.468 habitantes.

La explicación del descenso de la población en el área rural y el aumento en el área urbana durante el mismo año se puede explicar porque en el departamento de Estadística del país, se van sumando los nacimientos para calcular la población del próximo año; pero al hacer el censo en 1961 se encontró que estos datos estaban equivocados, por lo que en el año de 1963 se hizo una corrección, lo que nos podría explicar esta variación del ritmo de crecimiento de la población, pero también se podría explicar en términos de migración; ya que no ha habido un aumento de la mortalidad en el área rural, ni un aumento de la natalidad en la zona urbana. Podemos suponer que la migración fué de tipo

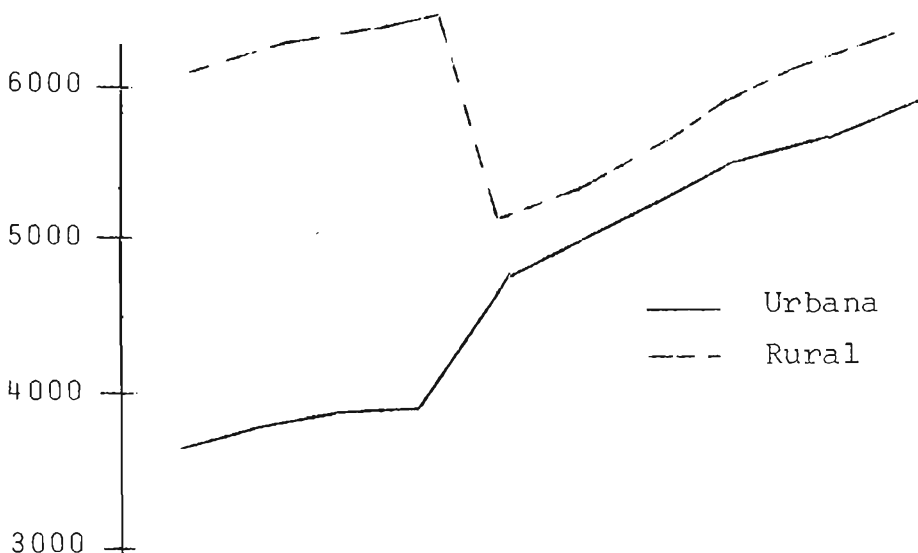
como en el masculino (804).

Migración Familiar: Probablemente no fué producida por una oferta de trabajo, ya que en dicho caso hubiera habido una preponderancia en el sexo masculino, produciéndose una reposición de la población en el siguiente año al terminarse la demanda de mano de obra, cosa que no sucedió. A manera de hipótesis, se podría deducir que esta población fué expulsada de sus minifundios debido al incremento del cultivo del algodón, favorecido por la terminación de la carretera del litoral en ese año. Parte de la población fué absorbida por la zona urbana y el resto migró a las comunidades circunvecinas, en algunos casos a Honduras.

A partir de 1964 el área rural vuelve a recobrar su ritmo normal de crecimiento, pero con una modalidad: la población masculina se vuelve más numerosa que la femenina, sucediendo el caso contrario en la zona urbana, fenómeno que se podría explicar también por la migración.

POBLACION DE SAN RAFAEL ORIENTE SEGUN AÑO Y AREA

GRAFICA No.2



Nacimientos:

En el cuadro número 4, observaremos que en términos absolutos, los nacimientos son mayores en el área urbana que en la rural, con la excepción de los años de 1960-1962 y 1965. Si a ésto agregamos que la población en el área rural es mayor que en la zona urbana tendremos por lo tanto una mayor tasa de natalidad en la zona urbana. No obstante puede que tales datos no sean del todo ciertos, puesto que muchos nacimientos del campo se registran como nacidos en el pueblo, y las mujeres que van a tener sus hijos a las clínicas y hospitales, registran a sus hijos como nacidos en la ciudad, factores que hacen disminuir la natalidad rural. La cantidad general de nacimientos se ha incrementado, así en 1968 se efectuaron 200 nacimientos más que en 1959.

En el cuadro 5 se encuentra una frecuencia mayor de nacimientos en área rural del sexo masculino y en el área urbana del femenino. Los meses en los cuales ocurren mayor número de nacimientos es en octubre, noviembre, diciembre y enero; probablemente porque los aparejamientos ocurren en los meses de febrero, marzo, abril, después de terminar la cosecha del algodón, cuando se dispone de mejores recursos económicos.

El cuadro 6 nos muestra el aumento de la tasa de natalidad general de 37 en 1959 a 47 en 1968, siendo este aumento gradual. Tanto la tasa de natalidad urbana como la rural han aumentado.

El promedio total de la natalidad está de acuerdo con la

El cuadro 7 representa el promedio mensual de los nacimientos en 1968 y 1969. Correspondiendo la más alta incidencia de nacimientos al mes de noviembre.

La Medicina Preventiva y la Salud Pública tienen un gran papel por jugar en el futuro que se avecina para lograr una mejora de las condiciones de salud en la comunidad, con el fin de producir una vida más saludable a sus habitantes.

Mortinatalidad:

Probablemente en este aspecto sea donde hay más errores en los registros de San Rafael Oriente. No pudimos encontrar anotado ni un niño nacido muerto, todos los neonatos inscritos tenían horas o días. Esto no concuerda con la realidad y probablemente su índice no sea bajo; lo que realmente sucede es que algunos de estos mortinatos no son registrados, pues los padres se conforman con enterrarlos, siendo más frecuente este hecho en la población rural. Otros probablemente son registrados como nacidos vivos por razones de la subcultura. Por lo tanto por falta de datos no podemos concluir en esta variable de la natalidad.

CUADRO No.3

POBLACION DE SAN RAFAEL ORIENTE, SEGUN AÑO, RESIDENCIA Y SEXO
(1959 - 1968)

AÑO	U R B A N A			R U R A L			T O T A L E S		
	M	F	ST	M	F	ST	M	F	T
1959	1992	1519	3511	2998	3175	6175	4990	4694	9686
1960	2070	1587	3657	3068	3236	6304	5138	4823	9961
1961	2154	1659	3813	3134	3300	6434	5288	4959	10247
1962	2221	1752	3973	3217	3367	6584	5438	5119	10557
1963	2319	2458	4777	2616	2510	5126	4935	4968	9903
1964	2410	2568	4978	2697	2575	5272	5107	5143	10250
1965	2515	2659	5174	2817	2685	5502	5332	5344	10676
1966	2639	2756	5395	2917	2794	5711	5556	5550	11106
1967	2744	2851	5595	3007	2905	5912	5731	5756	11507
1968	2831	2949	5780	3123	3011	6138	5958	5960	11918

CUADRO No.4

NACIMIENTOS EN EL MUNICIPIO DE SAN RAFAEL ORIENTE SEGUN AÑO
RESIDENCIA Y SEXO

AÑO	URBANA			RURAL			TOTAL		
	M	F	ST	M	F	ST	M	F	T
1959	93	94	187	86	82	168	179	176	355
1960	106	80	186	91	96	187	197	176	373
1961	94	104	198	93	70	163	187	174	361
1962	87	101	188	102	100	202	189	201	390
1963	132	130	262	93	93	186	225	223	448
1964	113	126	239	133	96	229	246	222	468
1965	129	105	234	119	128	247	248	233	481
1966	137	123	260	107	135	242	244	258	502
1967	125	111	236	116	116	232	241	227	468
1968	140	143	283	140	131	271	280	273	553
TOTAL	1166	1117	2280	1080	1057	2137	2236	2163	4399

CUADRO No.5

NACIMIENTOS EN EL MUNICIPIO DE SAN RAFAEL ORIENTE, SEGUN MES
RESIDENCIA Y SEXO (1968)

MES	U R B A N O S			R U R A L E S			T O T A L E S		
	M	F	ST	M	F	ST	M	F	T
ENERO	15	24	39	17	12	29	32	36	68
FEBRERO	5	9	14	9	12	21	14	21	35
MARZO	11	9	20	10	11	21	21	20	41
ABRIL	16	8	24	12	12	24	28	20	48
MAYO	17	9	26	4	12	16	21	21	42
JUNIO	5	5	10	15	15	30	20	20	40
JULIO	3	5	8	10	8	18	13	12	25
AGOSTO	4	9	13	6	10	16	10	19	29
SEPTIEMBRE	7	5	12	4	8	12	11	13	24
OCTUBRE	16	13	29	19	5	24	35	18	53
NOVIEMBRE	24	23	47	15	13	28	39	36	75
DICIEMBRE	17	24	41	19	13	32	36	37	73
TOTALES	140	143	283	140	131	271	280	273	553

CUADRO No.6

NATALIDAD POR AÑO Y AREA EN EL MUNICIPIO DE SAN RAFAEL ORIENTE
(TASAS POR MIL HABITANTES)

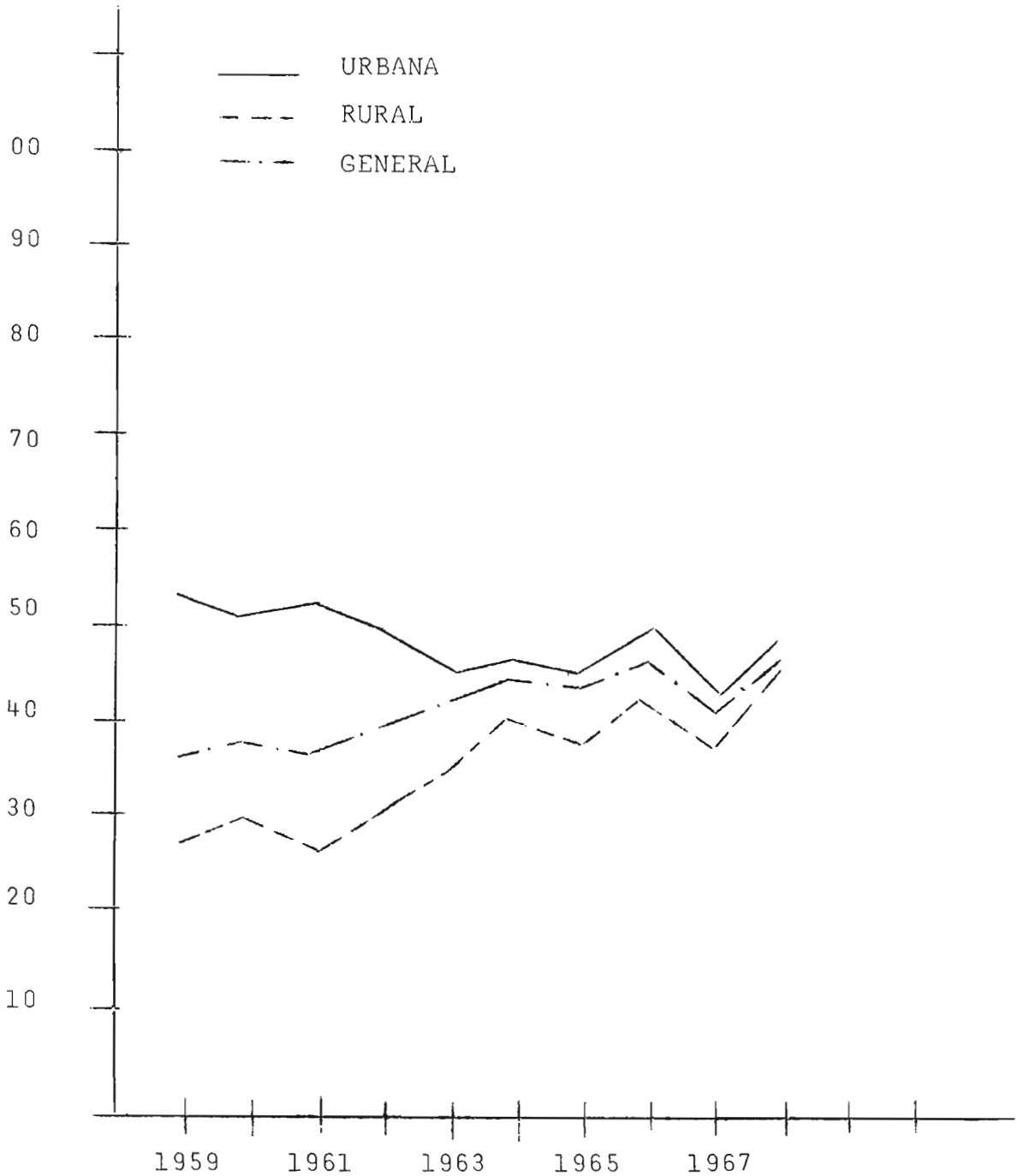
AÑO	U R B A N A	R U R A L	G E N E R A L
1959	53	27.2	36.6
1960	50.51	29.6	37.4
1961	52	25.3	35.3
1962	47.3	30	38.3
1963	54.8	36	45.2
1964	46	43	45.6
1965	45	45	45.3
1966	48	42	44.9
1967	42	39	40.7
1968	48.9	44	46.4
PROMEDIO	49	36	41.57

CUADRO No.7

PROMEDIOS MENSUALES DE NACIMIENTOS EN EL MUNICIPIO DE SAN
RAFAEL ORIENTE SEGUN RESIDENCIA Y SEXO (1967-1968)

MES	U R B A N O S			R U R A L E S			T O T A L E S		
	M	F	ST	M	F	ST	M	F	T
ENERO	13	14	27.5	12	10.5	22.5	25.5	24.5	50
FEBRERO	12	10	22	12	11	23	24	21	45
MARZO	11	14	25	10	10.5	20.5	21	24.5	45.5
ABRIL	15	9	24	11	10.5	21.5	26	19.5	45.5
MAYO	13	10	23	7	11	18	20	21	41
JUNIO	8	8	16	10	10	20	18	18	36
JULIO	6	5	11	9	8	17	15	13	28
AGOSTO	5	10	15	8	10	18	13	20	33
SEPTIEMBRE	8	6	14	7	9	16	15	15	30
OCTUBRE	11	9	20	14	10	24	25	19	44
NOVIEMBRE	16	16	32	13	11.5	24.5	29	27.5	56.5
DICIEMBRE	13	14	27	14	11.5	25.5	27	25.5	52.5

NATALIDAD GENERAL Y POR AREA EN EL MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
ORIENTE 1959 - 1968 (TASAS POR MIL HABITANTES)



MORTALIDAD:

La mortalidad puede ser influenciada por una serie de factores: edad, raza, clima, región analizada, condiciones nutricionales de los individuos, frecuencia de enfermedades infecciosas, tipo de alimentación. Todas estas variables van a ser en mayor o menor grado las causantes de la mayor o menor mortalidad de una comunidad. Al analizar estos datos por medio de la mortalidad por año y área, los promedios mensuales de muerte según residencia y sexo, la mortalidad infantil y neonatal, la mortalidad específica por grupos de edad y la mortalidad según causa y grupo de edad, podemos dilucidar cuáles son los factores que están contribuyendo más a las defunciones, para ver si pueden ser combatidos.

Siendo la mortalidad un factor dinámico de la demografía, nos puede dar valores cuantitativos, para evaluar las condiciones sociales, económicas y culturales por la que está atravesando la población.

En el cuadro 8, encontramos que la cantidad de defunciones ocurridas entre los 10 años que van de 1959 a 1968 ha decrecido. La disminución ha sido más acentuada en el área rural, donde baja casi a la mitad. Existe un hecho que hay que recalcar, y es que esta decreción no ha sido constante sino que ha presentado altibajos (un año baja para volver a subir el siguiente) ésto nos está indicando que la mortalidad se mantiene más que todo estacionaria, ya que no hay una decreción constante de la misma.

tos, considerados aisladamente, si se toma en cuenta que la población ha ido aumentando con el transcurso del tiempo, la mortalidad tiene necesariamente que haber disminuído. Así en el cuadro nueve encontramos que las tasas por mil habitantes han ido disminuyendo constantemente hasta presentar una tasa de nueve en la región urbana y de cuatro en la región rural, valores que se encuentran muy por debajo de las tasas de mortalidad encontradas para toda Centro América según publicaciones de las Naciones Unidas las cuales dan valores de 11 por mil habitantes y la cifra corregida llega a 13 por mil habitantes.

Hay que tomar en cuenta que estas tasas están subestimadas por el efecto de la omisión en el registro de las defunciones. Otras defunciones no son registradas, sobre todo cuando son producidas violentamente (asesinato). Esto influye para que la tasa de mortalidad aparezca menor de la que realmente es.

En cuanto al sexo podemos encontrar un mayor número de defunciones en los varones, tanto en el área urbana como en la rural, volviéndose más evidente este hecho comparando la cantidad total de defunciones habida en los dos sexos en los diez años de estudio; se explica por qué el sexo masculino por razones de sus actividades tiene un riesgo mayor, estando más propensos a las muertes accidentales y violentas, sobre todo bajo los efectos del alcoholismo tan común en nuestro medio.

En números absolutos las muertes son mayores en el área rural, pero tomando las tasas de mortalidad, encontramos una mayor proporción de muertes en el área urbana, cosa que probablemente

te no representa la realidad, ya que debido a la mayor cantidad de población, a las peores condiciones de salubridad, a la difícil atención médica, al analfabetismo elevado y a la poca proyección de las campañas de vacunación en el medio rural, tienen que producir forzosamente una mortalidad más alta en el área rural. La causa de que estos datos no concuerden con lo que realmente se espera, se encuentra en el descuido de los registros de las alcaldías por las razones dadas anteriormente.

El promedio de las tasas de mortalidad general fué 7, valor que se encuentra bajo, comparado con el de otras comunidades.

El cuadro 10 nos muestra los grupos de edad más afectados por las defunciones durante 1968. El grupo de los lactantes menores, nos da el mayor porcentaje de mortalidad (21%) - siendo seguido por el grupo de niños de 1 a 4 años, y por el grupo etario de los mayores de 70 años. Tomada globalmente la curva de mortalidad proporcional, nos muestra una disminución progresiva de las muertes conforme aumentan las edades, hasta llegar al grupo de 15 a 19 años (¿dónde no se presentan defunciones?) para luego aumentar progresivamente hasta el grupo de los 70 años y más.

Se evidencia de esta manera el mayor número de muertes en los extremos de la vida; con la salvedad de que la mortalidad es mayor en los primeros años de la existencia. Otro dato que nos afirma el anterior acerto es que el porcentaje de mortalidad de menores de cinco años es igual al 39% y en mayores

El adulto y el joven en nuestro medio es hasta cierto punto producto de la selección natural. Las mejores condiciones nutricionales y la resistencia desarrollada contra las infecciones hacen que estén más preparados contra las enfermedades y por lo tanto las muertes tienen que ser menores. En cambio el niño es un desnutrido en la mayoría de los casos, en ocasiones en estado anergizante, por haber sufrido las enfermedades eruptivas de la infancia, siendo una presa fácil para las bacterias y parásitos. Por lo consiguiente su mortalidad tiene que ser mayor. Hay que recordar también que desnutrición e infección actúan sinérgicamente.

En la vejez la disminución de las defensas del organismo y la aparición de las enfermedades degenerativas son los factores que hacen subir las defunciones.

Los promedios mensuales de muerte (cuadro 12) no muestran una preponderancia franca por determinado mes, manteniéndose más o menos constante en el año. En el área rural se encuentra una incidencia mayor durante el mes de septiembre, a predominio del sexo femenino; pero no creo que la causa que produjo la elevación sea permanente y más bien es producto del azar. Podría tal vez esperarse una mortalidad mayor en los meses de junio, julio, agosto; en primer lugar por la presencia de la estación lluviosa, con la consiguiente proliferación de enfermedades infecto-contagiosas por la contaminación de las aguas, y en segundo lugar porque es cuando la comunidad tiene más dificultades económicas y la desnutrición es mayor.

En el cuadro 13 tenemos que la mortalidad infantil, se encuentra en cifras muy altas, presentando tasas mayores que la mortalidad general. En el área urbana encontramos que la mortalidad en vez de disminuir ha aumentado. Los valores más altos se han alcanzado en la zona rural 113 en 1959 y 36.8 en 1968.

La mortalidad infantil mayor en el área rural, está de acuerdo con las condiciones de salud imperantes en esa región. Si tomamos en cuenta que la mortalidad general (según nuestros datos) era mayor en el área urbana, tiene que haber lógicamente una gran proporción de mortalidad infantil para hacerse evidente este porcentaje en la zona rural.

Estas proporciones de mortalidad infantil, representa nuestra condición de país sub-desarrollado, ya que en los países en pleno desarrollo, la tasa anda alrededor de uno por mil.

Dentro del primer año de vida el descenso de la mortalidad, ha sido poco, comparado con la mortalidad general, en parte debido al poco control de las causas de muerte de carácter exógeno (enfermedades infecciosas, parasitismo, diarrea) y la falta de control de las muertes de carácter endógenas que atacan al niño durante el primer mes de vida.

La mortalidad general neonatal es probablemente uno de los sectores que presente más omisiones en los registros, pues existen años en que no están reportados ningún neonato muerto, fenómeno que es imposible. En el cuadro catorce encontramos una mayor cantidad de neonatos muertos en el área rural (el doble) que en el área urbana, lo que se debe a la atención adecuada del parto y el cuidado en las primeras

horas del niño, son condiciones inexistentes en los hogares - campesinos.

Es probable que la cantidad de defunciones en niños, menor en la población urbana, sea debida en parte a las campañas de vacunación, atención prenatal y charlas sobre higiene y salud pública que se le dan a los habitantes.

Puede ser también, que la fundación de la Unidad de Salud en 1968 haya influído para que la mortalidad general, ese año, fuera menor que en los nueve años restantes de estudio.

Comparando las tasas de mortalidad general de San Rafael Oriente con las de El Salvador, encontramos que son menores que las del país, y aparentemente pudiera dar la falsa idea de buenas condiciones de salud en el municipio, cosa que no ocurre.

Comparada la mortalidad infantil de San Rafael Oriente con la de todo el país, encontramos el mismo hecho, pero conociendo las condiciones de salud tenemos que dudar de estas cifras. En resumen tenemos que:

- 1 - La mortalidad ha presentado un pequeño descenso, en parte porque antes de 1968 se podría considerar la población como rural estando abandonada a su suerte.
- 2 - La mortalidad infantil total tiene una proporción mayor y presenta un descenso menor que la general. En la zona urbana ha habido una tendencia a mantenerse estacionaria.
- 3 - La mortalidad neonatal tiende a disminuir, aunque los datos con que se cuentan no son muy fidedignos.



4 - No se encuentra una mayor incidencia de muerte por determinado mes del año.

CUADRO No. 8

DEFUNCIONES EN EL MUNICIPIO DE SAN RAFAEL ORIENTE SEGUN AÑO,-
RESIDENCIA Y SEXO

AÑO	U R B A N A			R U R A L			T O T A L E S		
	M	F	ST	M	F	ST	M	F	T
1959	30	13	43	28	21	49	58	34	92
1960	22	21	43	26	29	55	48	50	98
1961	15	23	38	20	15	35	35	38	73
1962	13	16	29	13	16	29	26	32	58
1963	28	10	38	14	20	34	42	30	72
1964	17	28	45	27	17	44	44	45	89
1965	11	16	27	20	18	38	31	34	65
1966	19	17	36	24	17	41	43	34	77
1967	25	23	48	23	25	48	48	48	96
1968	14	16	30	15	12	27	29	28	57
TOTAL	194	183	377	210	190	400	404	373	777

CUADRO No. 9

MORTALIDAD POR AÑO Y AREA EN EL MUNICIPIO DE SAN RAFAEL ORIENTE

1959 - 1968

(TASAS POR MIL HABITANTES)

AÑO	URBANA	RURAL	GENERAL
1959	12	7	9
1960	11	8	9
1961	9	5	7
1962	7	4	5
1963	8	6	7
1964	9	8	8
1965	5	7	6
1966	6	7	6
1967	7	8	8
1968	9	4	4
PROMEDIO	6.3	6.4	6.9

CUADRO No.10

VALORES DE LA CURVA DE MORTALIDAD PROPORCIONAL, AÑO 1968

GRUPOS DE EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Menores de un año	12	21
De uno a 4 años	10	17.5
De 5 a 9 años	6	10.5
De 10 a 14 años	1	1.7
De 15 a 19 años	0	0
De 20 a 29 años	8	14
De 30 a 49 años	6	10.5
De 50 a 69 años	6	10.5
De 70 y más años	8	14.3

CUADRO No.11

MORTALIDAD ESPECIFICA POR GRUPOS DE EDAD EN EL MUNICIPIO DE
SAN RAFAEL ORIENTE 1968 (TASAS POR MIL HABITANTES)

GRUPOS DE EDAD	TASA
Menores de 1 año	31.6
De 1 a 4 años	7.8
De 5 a 9 años	4.1
De 10 a 14 años	0.7
De 15 a 19 años	5.10
De 20 a 29 años	3.1
De 30 a 49 años	5.4
De 50 a 69 años	8
De 70 años y más	40

CUADRO No.12

PROMEDIOS MENSUALES DE MUERTOS EN EL MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
ORIENTE SEGUN RESIDENCIA Y SEXO 1967 - 1968

MES	U R B A N O			R U R A L			T O T A L E S		
	M	F	ST	M	F	ST	M	F	T
ENERO	2.5	2	4.5	2	2	4	4.5	4	8.5
FEBRERO	0.5	3	3.5	2.5	0.5	3	3	3.5	6.5
MARZO	1	2	3	1	2	3	2	4	6
ABRIL	2	1.5	3.5	2	2	4	4	3.5	7.5
MAYO	1	1	2	1	3	4	2	4	6
JUNIO	1.5	1.5	3	0.5	1.5	2	2	3	5
JULIO	2	0.5	2.5	1	3	4	4	1.5	5.5
AGOSTO	2	1	3	1.5	2.5	4	3	2.5	5.5
SEPTIEMBRE	1	2	3	2	5.5	7.5	4.5	4	8.5
OCTUBRE	2	1	3	1	3	4	3	2	5
NOVIEMBRE	2	2	4	1.5	2	3,5	2.5	3.5	5.5
DICIEMBRE	2	2	4	0.5	0.5	1	2.5	2.5	4.5
TOTALES	19.5	19.5	39	16.5	27.5	44	37	38	75

CUADRO No.13

MORTALIDAD INFANTIL POR AÑO Y AREA EN EL MUNICIPIO DE SAN
RAFAEL ORIENTE (1959 - 1968)

AÑO	URBANA	RURAL	TOTAL
1959	10.6	113	59
1960	26.7	26.6	26
1961	15.1	48.9	30.4
1962	37.7	24.7	30.9
1963	15.3	27.4	17.8
1964	20.9	26.2	23.8
1965	25.6	36.4	31.2
1966	3.7	74.4	39.8
1967	3.9	64.6	34.4
1968	17.2	36.8	21.7

CUADRO No.14

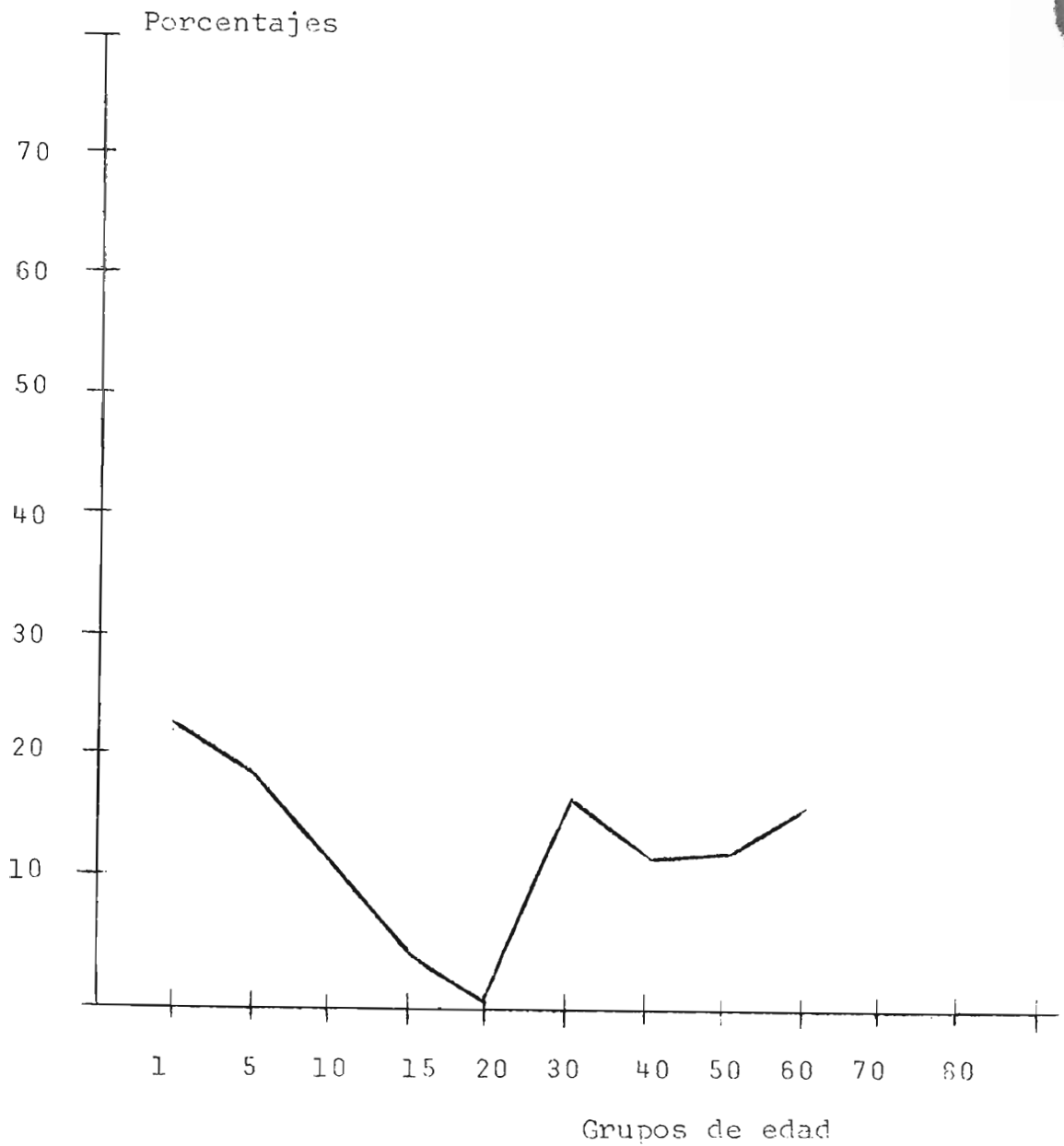
MORTALIDAD NEONATAL POR AÑO Y AREA EN EL MUNICIPIO DE SAN
RAFAEL ORIENTE (1959 - 1968)

AÑO	URBANA	RURAL	TOTAL
1959	0	41	19
1960	10	19	13
1961	5	30	16
1962	10	4	7
1963	0	5	2
1964	8	13	10
1965	12	16	14
1966	0	20	9
1967	0	12	6
1968	3	7	5
TOTAL	48	167	101

48 -A

CURVA DE MORTALIDAD PROPORCIONAL EN
SAN RAFAEL ORIENTE

1 9 6 8



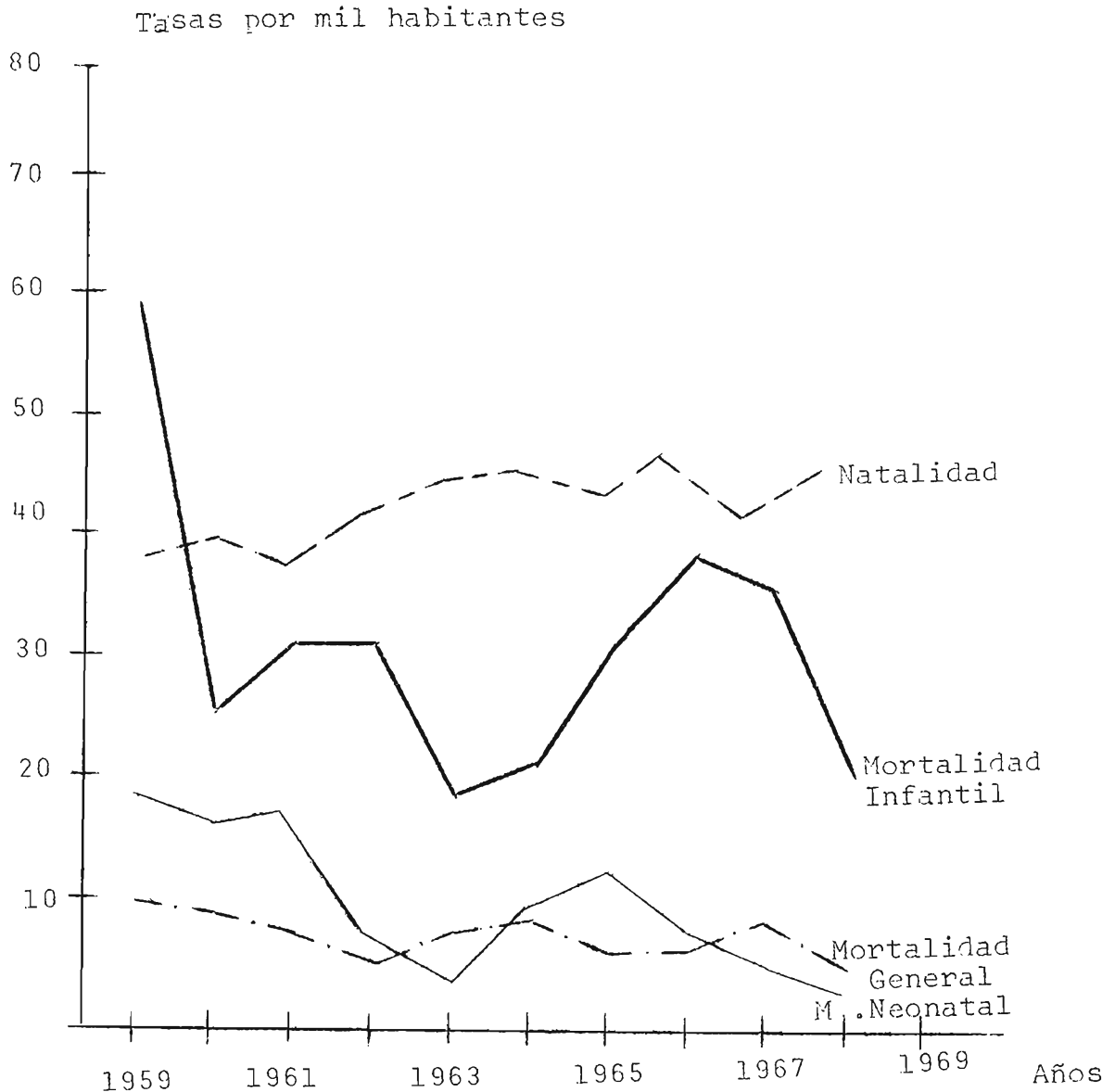
MORTALIDAD SEGUN CAUSA

Dado el caso de que hasta 1968, no había médico en San Rafael Oriente, todas las defunciones asentadas en la Alcaldía Municipal, nunca han tenido certificado de defunción extendida por un médico. De allí que no haya un sólo diagnóstico de los inscritos como causa de muerte que sea fidedigno. Generalmente la causa de muerte anotada corresponde a un síntoma, como fiebre o dolor. Otras veces son referidas al órgano afectado, por ejemplo "murió del estómago" Aparece frecuentemente el tétano pero no hay ninguna base como para pensar que el diagnóstico sea verdadero. Las infecciones intestinales se mencionan con mayor frecuencia sobre todo en los menores de nueve años. Se encuentran a veces incongruencias como son ataques cardíacos en neonatos. Como cosa curiosa se nota la ausencia de - síntomas del aparato respiratorio para explicar la muerte, probablemente porque las afecciones del aparato respiratorio cursan con fiebre, existiendo la posibilidad que sean anotadas bajo este síntoma.

Con los datos y las características anteriormente mencionadas es difícil concluir sobre las enfermedades que causan mayor número de defunciones, sin embargo, a groso modo se pueden sacar algunas conclusiones.

En el sexo masculino y en el grupo etario que va de los 19 a los 34 años se encuentra la mayor incidencia de defunciones por arma blanca y de fuego; lo mismo que los casos de sui-

NATALIDAD Y MORTALIDAD GENERAL. MORTALIDAD INFANTIL
Y NEONATAL EN SAN RAFAEL ORIENTE (1959-1968)



Como se puede observar la mayor mortalidad ocurre en el área infantil, manteniéndose la natalidad alta, compensando así el alto porcentaje de mortalidad. Hay que observar también que - la mortalidad infantil tiene poca tendencia a descender

por la intoxicación con insecticidas.

A continuación se exponen las causas de muerte anotadas en el libro de defunciones (durante los 10 años de estudio) por orden de frecuencia, no se codifican por ser vagos e inexactos los diagnósticos.

CAUSA	NUMERO DE DEFUNCIONES
Fiebre	380
Infección intestinal	237
Paludismo	24
Parálisis	23
Hidropesía	18
Ataques cardíacos	16
Lesionados con arma blanca o de fuego	18
Anemias	11
Reumatismo	9
Suicidios	8
Sarampión	7
Ulceras	6
Cáncer	5
Intoxicaciones con insecticida	4
Tétanos	4
Partos	2
Gripe	2
Derrame cerebral	1
Tifoidea	1
Leucemia	1

Como se puede apreciar casi todos los diagnósticos son vagos, así por ejemplo al decir "murió de parto", no se sabe - qué complicación presentó la parturienta que la llevó a la muerte.

Algunas causas se pueden aceptar como ciertas como son: los muertos por arma blanca o de fuego, los suicidios, los intoxicados con insecticidas, hasta tal vez los sarampiones pueden ser que reflejen algo de verdad, ya que su diagnóstico es fácil para la madre, en ocasiones. Se encuentran también causas que difícilmente van a llevar a la muerte a un individuo como es el caso del reumatismo.

Probablemente el término infección intestinal, se refiere a las gastroenteritis aguda, y como el término fiebre, no nos está diciendo nada, tenemos que aceptar que la gastroenteritis aguda ocupa el primer lugar como causa de muerte sobre todo en niños, ya que los lleva a deshidrataciones severas. El porcentaje sobre el número total de muertes es de 30.6%.

Bajo el nombre de paludismo, es de suponer que van englobados, procesos febriles, que no son paludismo; como son - neumonías y pielonefritis, ya que con la campaña antipalúdica desarrollada en la zona por la C.N.A.P. es difícil que se produjera tal cantidad de muertes por la dicha enfermedad.

Bajo el concepto de hidropesía han de ir encerradas, las desnutriciones, cirrosis, insuficiencias cardíacas, y de allí que ocupa un lugar destacado en las frecuencias de las defunciones.

Como conclusiones podemos decir:

- 1 - La primera causa de defunciones son las gastroenteritis.
- 2 - Que no contamos con los datos necesarios para decir cuál es la segunda causa de muerte, pero por la morbilidad y por la observación personal, no sería incorrecto decir - que la segunda causa de muerte, son las enfermedades del aparato respiratorio.

V - MORBILIDAD

Saber la incidencia de una enfermedad en relación con la población es uno de los métodos que nos permiten conocer - las condiciones de salud de una comunidad y por ende establecer prioridades, en las campañas de Salud Pública, para atacar una determinada dolencia, tomando en cuenta su frecuencia y - los resultados que vamos a obtener con las medidas preventivas adoptadas. Además nos permite prepararnos, con medicamentos y con experiencia personal para tratar las enfermedades más frecuentes.

De modo que el estudio de la morbilidad es importante, siendo un procedimiento sobre el que se debería hacer hincapié, y tratar de obtener la morbilidad de cada comunidad, para poder hacer un diagnóstico de salud en nuestro país.- Desgraciadamente su estudio es difícil ya que se tiene que obtener por datos primarios de investigación, en familias observadas durante cierto tiempo. (muestra aleatoria) por personas que con el entrena -

miento necesario y con el deseo de obtener datos fidedignos. Se presenta en ocasiones el problema de la falta de colaboración de las personas.

De allí que desconozcamos en su mayor parte la morbilidad del país y únicamente suponemos, cómo debe de ser.

En San Rafael Oriente por la falta de condiciones adecuadas, no se pudo efectuar la investigación arriba mencionada, de modo que se partió de datos secundarios, obtenidos de los informes epidemiológicos, de los informes mensuales, y de los censos elaborados en la Unidad de Salud. Por lo tanto vamos a tener en nuestras conclusiones cierto margen de error, ya que no toda la población enferma consulta, los enfermos menos graves, vistos por la enfermera, no son registrados en un censo y por otra parte en ocasiones no se puede confirmar un diagnóstico clínico por carecer de exámenes de laboratorio. Sin embargo, pese a sus limitaciones, los datos obtenidos son un reflejo de la realidad.

Durante el año de 1968, los motivos más frecuentes de consulta fueron:

No. de la Lista Internacional Revisión 1969	Enfermedades	No.casos	%
009.2	Gastroenteritis y colitis	596	22.1
480.486	Neumonía y bronconeumonía	534	19.8
470.474	Influenza o gripe	445	18.3
127	Otras helmintiasis intestinales	442	16.3
009	Enfermedad diarréica	144	5.4

006.9	Amibiasis sin men- ción de absceso he- pático	128	4.7
033	Tosferina	114	4.2
084	Paludismo	62	2.4
055	Sarampión	24	0.9
010-012	Tuberculosis del aparato respiratorio	21	0.7
052	Varicela	18	0.6
001	Fiebre tifoidea	18	0.6
070	Hepatitis infecciosa	15	0.6
098.0	Infección gonocócica aguda del aparato geni- to urinario	10	0.4
N989.2	Efectos tóxicos por pla- guicidas	8	0.3
099.1	Linfogranuloma venérea	5	0.2
032	Difteria	4	0.1
091	Sífilis primaria	4	0.1
040	Poliomielitis aguda para- lítica calificada como - vulvar	2	0.07
044	Efectos tardíos de polio- mielitis aguda	2	0.07
072	Parotiditis epidémica	2	0.07
097	Otras formas de sífilis y las no especificadas	2	0.07
098.1-098-4	Otras infecciones gonocócica <u>s</u>	2	0.07
0.99.0	Chancro blando	1	0.03
091	Sífilis secundaria	1	0.03
037	Tétano	1	0.03

Con estos datos, podemos comprobar, que el reporte epidemiológico semanal, por el hecho de reportar únicamente las enfermedades transmisibles, cubre solamente 2734 de las 5382 consultas dadas por primera vez en 1968, o sea el 50.8% quedando un 49.2% que engloba a las heridas, traumatismos, enfermedades neoplásicas y degenerativas, que no son reportadas.

Encontramos que las enfermedades de vías respiratorias son las que ocupan el primer lugar como causa de consulta; tomando las gripes, neumonías y bronconeumonías en conjunto, lo cual representa un 38.1%. La alta incidencia de la influenza se vió favorecida por la epidemia sufrida para los meses de noviembre y diciembre que fué clasificada como la cepa de Hong Kong. En el grupo de las neumonías y bronco-neumonías, es probable que hayan incluídas bronquitis agudas y afecciones de vías respiratorias altas, por un probable error de la encargada de la transcripción de los datos, ya que la cantidad es excesiva.

En segundo lugar encontramos las afecciones del tubo digestivo como son, las gastroenteritis agudas los procesos desinteriformes y diarréicos en un porcentaje del 32.1%.

Ocupa una alta frecuencia, probablemente muy superior a la señalada en el cuadro anterior, el parasitismo. La mayoría de las gastroenteritis se presentan en individuos parasitados existiendo otro grupo asintomático. Varios de los enfermos parasitados son diagnosticados en base a su síntoma principal, olvidándose en ocasiones el parasitismo. La amibiasis, aunque ninguna fué comprobada por la presencia de la amiba en el examen de heces

nos está indicando por lo menos la presencia frecuente de procesos desintéricos, aunque no se pueda comprobar si son producidos por amibas, shiguella, balantidium, etc.

Llama la atención la alta incidencia de la tosferina, lo cual se hizo más evidente durante los meses de septiembre y octubre.

El paludismo ocupa el 4.4% sobre el número total de enfermedades transmisibles.

Existen en la comunidad y sus cantones, puestos de la C.N.A.P. donde se toman gotas gruesas y se da tratamiento por colaboradores voluntarios, y los casos no son reportados a la Unidad de Salud por lo tanto hay omisión en el registro del total de casos. En cuanto al sarampión, probablemente la incidencia es mayor, ya que los que no se complican, raramente son llevados a consultar.

Los casos de tuberculosis, constituyen un dato más exacto, ya que fueron encontrados durante la campaña antituberculosa llevada a cabo en el municipio durante el mes de octubre, el cual fué seguido acuciosamente, con la puesta de la tuberculina a la mayoría de la población y con RX de tórax en los casos dudosos.

La varicela debe de presentarse en un mayor porcentaje que el que tiene en el cuadro anterior; pero debido a su benignidad, hay muchos pacientes que no llegan a consultas.

La tifoidea se ve en el 0.6% de los casos, observándose la mayor frecuencia durante Mayo y Junio.

Las enfermedades venéreas ocupan una incidencia muy baja. Tal vez una de las causas es la ausencia de prostíbulos dentro - del área y por otra parte a la automedicación. La difteria tiene una baja incidencia lo mismo que la poliomielitis.

Comparando los resultados de la morbilidad con la mortalidad, vemos que no corren paralelas. Ya que la primera causa de mortalidad corresponde a enfermedades del tubo digestivo y la de la morbilidad corresponde al aparato respiratorio. Esto nos podría hacer concluir, que las enfermedades de vías respiratorias cursan con menor gravedad que la del tubo digestivo. Hay que hacer notar que la mayor incidencia de las enfermedades de vías - respiratorias es logrado gracias a la gran cantidad de procesos gripales que hubieron a fines de 1968.

Las intoxicaciones con insecticidas fosforados, se presentan con bastante frecuencia, durante el cultivo del algodón. La baja incidencia con que se reporta (0.3%) se debe a que los intoxicados son llevados directamente al Hospital para ser tratados.

Para terminar tenemos que decir que por carecer de datos, no podemos saber la frecuencia de las enfermedades no infecciosas, pero es probable que los traumatismos y las heridas tengan una morbilidad bastante alta.

Factores muy importantes que afectan la morbilidad son: el nivel cultural de la comunidad y sus condiciones económicas. Las creencias, mitos, tabús, productos de la subcultura de un pueblo son capaces de subir la incidencia de una enfermedad. -

A veces estas creencias constituyen un obstáculo para la labor del médico y enfermera, al tratar de introducir cambios.

Es singular el concepto que tiene la mayoría de los pacientes, sobre las propiedades de algunos medicamentos; así consideran al suero, (de cualquier tipo que sea) como un talismán, que le va a devolver las fuerzas a un debilitado y va a engor - dar al desnutrido. A la penicilina le adjudican propiedades anemizantes. Las vitaminas constituyen una panacea capaz de rever - tir cualquier enfermedad.

Sobre el embarazo existe una serie de creencias, simi - lares a las observadas en el resto de comunidades de El Salva - dor. Es frecuente escuchar, la explicación de un aborto por la insatisfacción, por la cólera o por un susto.

Una pregunta de rigor posterior a la sutura de una heri - da es la clase de "dieta" que va a observar, ya que existe la - creencia muy arraigada por cierto, de que la carne, los huevos, la leche, son capaces de producir infección. Este concepto se extiende al puerperio, de allí que a la mujer que ha tenido un hijo le den únicamente chocolate y queso.

El lactante es sometido a una serie de ritos para poder defenderse de las personas que le puedan hacer maleficio, una - de ellas es la imposición de la semilla de "avellana" la cual - se destruye al recibir el niño el "mal de ojo" preservándolo de esta manera. Es problemático también hacer comprender a las mu - jeres las ventajas del baño durante la menstruación, ya que si presentan un síntoma por leve que sea lo atribuyen al baño. Pro

bablemente esta simbiosis de religión y superstición sea algo inherente a la idiosincracia del pueblo, ya que los habitantes se sienten perfectamente, sin reflexionar, ni indagar, sobre la realidad de las cosas.

Por último el factor económico influye en la morbilidad debido a que la miseria con sus secuelas de desnutrición, parasitismo, constituyen un campo abonado para las enfermedades. Es un factor que mientras no sea mejorado, es poco probable que se lleguen a obtener condiciones de salud aceptables, para determinada comunidad. Bienestar físico, mental y social son metas que deben proponerse alcanzar con un buen programa de Salud.

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

- 1 San Rafael Oriente es una comunidad pobre, que presenta su mayor prosperidad económica durante la cosecha del algodón.
- 2 Confronta serios problemas de salud, falta de tren de aseo, rastro municipal, mercado adecuado, alcantarillados, todos ellos factores que hacen aumentar la morbilidad en una comunidad.
- 3 El índice de analfabetismo es del 50% y a la escuela concurre únicamente el 32.14% de niños y jóvenes en edad escolar.
- 4 Las condiciones higiénicas de las viviendas, dejan mucho que desear. Faltan letrinas en el 34% de las casas y el agua en el 87% de hogares del área urbana.
- 5 El número de pacientes atendidos por primera vez, representa el 47.1% de la población del municipio. Los partos atendidos por médico fueron únicamente el 1.5%.
- 6 La mitad de la población es menor de los 15 años. La tasa de natalidad se ha incrementado, sobre todo en el área rural, donde casi se ha duplicado.
- 7 La tasa de mortalidad ha disminuído. Su frecuencia mayor se encuentra en los menores de cuatro años y en segundo lugar los mayores de 70 años.
- 8 La causa más frecuente de muerte son las gastroenteritis agudas. No podemos concluir sobre la segunda causa por fal

ta de datos, pero es de suponer que se deba a enfermedades del aparato respiratorio.

9 La causa más común de consulta fueron las afecciones - del aparato respiratorio.

R E C O M E N D A C I O N E S



- 1 Reforzar la instrucción del estudiante de medicina sobre los problemas que va a encontrar en el desempeño de su Servicio Social, para que tenga más preparación, para dirigir la Unidad de Salud.
- 2 Dar cursillos de refrescamiento para que enfermeras y secretarias de la Unidad de Salud, elaboren bien los reportes mensuales.
- 3 Aumentar el equipo quirúrgico y de atención de partos, así como adquirir camas para la Unidad, aumentando de esta manera la atención del paciente.
- 4 Hacer hincapié para que sea un individuo entrenado el que tome los datos para el registro de defunciones en la Alcaldía.
- 5 Hacer gestiones ante ANDA, para que dé mayores facilidades económicas, para aumentar la instalación de agua intradomiciliar.
- 6 Introducir el servicio odontológico, dentro del plan de trabajo de la Unidad de Salud, ya que es un servicio que se está necesitando.
- 7 Intensificar las campañas de vacunación y los cuidados pre y post-natales, lo mismo que la atención del niño sano para disminuir la mortalidad infantil y neonatal.
- 8 Debe dársele mayor protección al trabajador, en la época de la riega de insecticidas, para disminuir la frecuen -

- 9 Deben proyectarse las campañas de Medicina Preventiva al área rural, ya que es una zona generalmente olvidada.
- 10 Tiene que elevarse el nivel económico de la población, cambiando las estructuras político-sociales del país, ya que ésto traería como consecuencia, el bienestar económico y social y por consiguiente la mejoría de las condiciones de salud al momento tan deplorables.

B I B L I O G R A F I A

- 1 ALLWOOD PAREDES, JUAN. Los recursos de Salud Pública en Centro América, San Salvador, El Salvador, C.A. Secretaría General de la ODECA.
- 2 ARIAS BOJORQUEZ, GUIDO. Estudio de la natalidad, mortalidad y morbilidad en San Juan Opico. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. San Salvador, Julio de 1964. (tesis doctoral)
- 3 DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS. REPUBLICA de El Salvador, C.A. Anuario Estadístico, años de 1959 a 1968.
- 4 DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS. República de El Salvador, C.A. Hechos y Cifras de El Salvador, 1956.
- 5 DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS. República de El Salvador, C.A. Tercer censo Nacional de Población, 1961.
- 6 DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS. República de El Salvador, C.A. Diccionario Geográfico - de la República de El Salvador, 1959.
- 7 GINZBERG, ELI. Tecnología y Cambio Social, 14 ciencias sociales. U.T.E.H.A. México. 1965.
- 8 HERRERA RUBIO, ENGELBERTO. Algunas consideraciones - sobre salud en el Municipio de Chalchuapa. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. San Salvador, Septiembre de 1969. (Tesis doctoral).
- 9 LARDE Y LARIN, JORGE. El Salvador. Historia de sus Pueblos, Villas y Ciudades. San Salvador, Ministerio de Cultura. Departamento Editorial, 1967.
- 10 LIBROS DE REGISTROS DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES. Alcaldía Municipal de San Rafael Oriente, años de 1959 a 1968.
- 11 REPORTE MENSUALES de la Unidad de Salud de San Rafael Oriente, año 1968.
- 12 REPORTE EPIDEMIOLOGICOS de la Unidad de Salud de San Rafael Oriente, año de 1968.