

HIGIENE RURAL (1)

Por el Dr. Solón Núñez.

Es mi deseo conversar con ustedes acerca de uno de los problemas más graves que confronta la sanidad del país: la falta de personal técnico: médicos, obstétricas, enfermeras.

Nuestro país es casi totalmente rural. Nuestras ciudades son rurales; apenas si un cuarto de los habitantes del país vive en núcleos de población. La Sociedad de las Naciones en la Conferencia Europea sobre Higiene Rural definió así las regiones rurales: "Aquellas donde la agricultura es la principal o la sola actividad económica y donde todas las otras formas de industria son de poca importancia y dependen esencialmente de la agricultura."

Aún en la capital, si nos separamos ocho cuadras nada más del Parque Central, en cualquiera dirección encontramos las características de las poblaciones rurales: casas con un mal excusado de hueco; servicio de basuras nulo o deficiente; desagües en mal estado; calles de zacate; lotes desocupados; huertas y jardines para la explotación; cría de gallinas y aún de cerdos; potreros, gentes descalzas, etc.

La gran preocupación del Estado debe girar pues alrededor de la higiene y de la educación rurales, ya que nuestra población en sus tres cuartas partes es rural.

Qué requiere en primer término — al menos en apariencia — esta enorme masa ciudadana? Una asistencia médica pronta y eficaz, es la respuesta. Los intereses económicos de la familia y del estado, así lo exigen. Cada día de trabajo que un hombre pierde, es una sangría al bienestar nacional y a su propio bienestar. La seguridad social exige también un diagnóstico temprano e inmediatas normas profilácticas, para impedir la difusión de las enfermedades y una obra de misericordia, la de consolar al triste y acortar sus dolores, solicita pronto consuelo al que sufre.

Esa asistencia no la tiene el país, a pesar de sus esfuerzos económicos al tener un médico en cada cantón de la República. Por

(1) Trabajo presentado al Congreso Médico Nacional, Oct. 1944

supuesto, no se me oculta que un médico no pueda atender una población conjunta de más de 3.000 habitantes y que algunos de nuestros cantones tienen hasta de 20.000 dispersos en todo su territorio.

El siguiente es un cuadro que resume la mortalidad del país sin asistencia médica durante los últimos cinco años, y sus respectivos porcentajes sobre la mortalidad general.

MORTALIDAD GENERAL
SIN ASISTENCIA MEDICA
De 1939 a 1943

Año 1939	5343	45.71%
Año 1940	4919	43.87%
Año 1941	5042	44.11%
Año 1942	6145	43.32%
Año 1943	5043	42.97%

La asistencia médica eficaz exige un lugar de consulta; equipo; drogas indispensables y médicos competentes y abnegados; un personal subalterno de enfermeras con preparación hospitalaria, visitadoras sociales y obstétricas, así como de laboratoristas para los exámenes de rutina, e inspectores de higiene. Los núcleos de población rural que no cuentan con hospitales, deben tener al menos una sala de emergencia a razón de una cama para cada 500 habitantes. En ese sentido tiene la Secretaría de Salubridad gestiones encaminadas con el Servicio Cooperativo. Cuando en una localidad hay médicos para la asistencia y médicos sanitarios, ambos deben vivir en comunicación constante, coordinando sus actividades. La asistencia médica de una población no es fenómeno que interesa solamente al paciente y a su familia, a los médicos y enfermeras, sino a la población entera, cada uno de cuyos miembros debe ser un colaborador y a la cabeza de ellos, las autoridades políticas, religiosas y docentes de la localidad. El Seguro Social contra la enfermedad, es una organización poderosa cuya influencia en la salud del pueblo ha de hacerse sentir en breve, y que al asumir el tratamiento de los enfermos, permitirá a la Secretaría de Salubridad Pública, enfocar con más atención y mayores elementos las funciones de prevención que constituyen su razón de ser.

La higiene rural es, desde el punto de vista colectivo, más importante que la asistencia, y el mayor esfuerzo del estado debe propender a ampliarla y a mejorarla. A medida que la curva de apoyo a la higiene rural aumenta, la de la asistencia se reduce. Este fenómeno debe merecer la atención de la Caja de Seguro Social, preparándose a contribuir al mejoramiento de las condiciones sanitarias del país.

La higiene de la ciudad y del campo difieren notablemente, como difieren el género de vida y la cultura de sus habitantes. Aun cuando el medio ambiente del campo es más favorable a la salud por la abundancia de aire, de sol y de luz; por la vida quieta de sus habitantes; por la mayor facilidad para adquirir algunos alimentos fundamentales como leche, huevos, frutas y legumbres, la pobreza y la educación defectuosa impiden que el campo ejerza su influencia benéfica en la salud de sus habitantes, estableciéndose así un equilibrio entre la vida del campo y de la ciudad.

La higienización del campo es, en todo el mundo, inclusive en los Estados Unidos, muy difícil. Los fundamentos de la higiene no pueden llevarse a grandes extensiones de población escasa y no aglomerada. Todo núcleo de población por escaso que sea, debe merecer la atención del estado; pero cuando se llega a la cristalización de las cosas, vemos cuán difícil es construir cañerías, cloacas, dar servicios de basuras y asistencia médica a tales núcleos de población.

La higiene, de acuerdo con el Código Sanitario, es general o local, según alcance al país entero o a las poblaciones; y aún cuando no siempre es posible decir dónde comienza una y termina la otra, la ley hace responsables a las autoridades locales, de la higiene de sus propios lugares. En el estado de desarrollo cultural de nuestro país y habida cuenta de la pobreza de los pequeños núcleos de población, el estado no podrá desprenderse, en beneficio de la colectividad, de responsabilidades que corresponderían a los organismos locales y a los propios vecinos. De todos modos, es preciso insistir, mediante un programa activo de educación higiénica que incluya la emulación de lo que en otras localidades se hace, en que el pueblo y las autoridades colaboren en el progreso de la sanidad general, higienizando sus propias localidades y sus propios hogares. La obra sanitaria en gran parte, fracasa por falta de cooperación.

El objetivo de la educación sanitaria es despertar en la población un interés permanente por la higiene, incitarla a adoptar hábitos, y aplicar medidas que puedan ayudarla a adquirir y a conservar la salud. La población debe ser guiada, estimulada, pero no empujada, compelida ni castigada. La modificación de hábitos es una de las tareas más difíciles. Las mejoras sanitarias deben ser realizadas, hasta donde ello es posible, por los propios interesados. La población debe pagar o contribuir a pagar, en trabajo o en dinero, las mejoras que se les hacen.

En todo caso, los organismos nacionales deben aconsejar y guiar a los organismos locales.

El programa sanitario de una población rural es, en pequeño, casi el mismo que corresponde a un centro urbano, y parecido al que incumbe al país, como un todo. Los aspectos fundamentales de la salud pública, son los mismos y pueden resumirse así:

- Lucha contra las enfermedades transmisibles.
- Lucha contra las enfermedades sociales.
- Protección de la maternidad y de la infancia.
- Saneamiento.
- Protección de los alimentos.
- Coordinación.
- Educación higiénica.

No fué sino después de muchas experiencias en países preocupados por resolver el problema de la sanidad rural, que se pensó — pasando por las mismas etapas y dificultades nuestras — en establecer organismos que bajo una responsabilidad única, tomara a su cargo todos los servicios relativos a la higiene y a la asistencia, coordinando sus actividades con las de los centros que desempeñan funciones similares, aun con los no dependientes directamente del estado, y buscando como punto primordial de su labor conjunta el apoyo de las autoridades, de la escuela, de la iglesia, y, en suma, del pueblo. Tal es el origen de las unidades sanitarias. La unidad sanitaria, que tiene su centro en el lugar más poblado de la jurisdicción, se desplaza, animada del mejor espíritu de servicio público, en días fijos y en horas precisas, hacia las otras agrupaciones humanas, para continuar la obra iniciada en los centros. Ella desa-

rolla un programa semanal de trabajo que da a cada empleado la tarea que le corresponde.

Una unidad sanitaria bien organizada comprende los siguientes servicios, cuando ella está obligada a hacer prevención y tratamiento:

- a) Epidemiología;
- b) Medicina general y especializada;
- c) Lucha contra las enfermedades tropicales;
- d) Lucha antituberculosa;
- e) Lucha antivenérea;
- f) Lucha antiofídica;
- g) Protección maternal e infantil, la cual comprende también la expedición del certificado médico-prenupcial con la cooperación de las autoridades eclesiásticas;
- h) Protección pre-escolar; control y vigilancia de la población escolar, y cooperación con las autoridades docentes de la República;
- i) Protección médico-social en coordinación con el Patronato Nacional de la Infancia, y demás instituciones asistenciales de carácter público o privado;
- j) Saneamiento, en colaboración con las Municipalidades;
- k) Servicio dental;
- l) Laboratorios;
- m) Estadística vital, en colaboración con las autoridades civiles y eclesiásticas;
- n) Educación Sanitaria;
- ñ) Cooperación con el Instituto Nacional de Higiene para sus investigaciones;
- o) Cooperación con los centros hospitalarios generales y especiales;
- p) Cooperación con todas las dependencias de la administración pública y con la Caja Costarricense de Seguro Social; y
- q) Servicio médico forense.

Para cumplir este programa, requiérense elementos materiales y personal técnico. Los primeros pueden obtenerse con algún sacrificio. La dificultad estriba en la obtención del personal: médicos, enfermeras, inspectores, poseídos de un sincero espíritu público y

de un real sentido de responsabilidad. Hay falta de profesionales, y en consecuencia, no es posible seleccionar. Parece absurdo, pero desde el punto de vista asistencial, estuvieron mejor servidos nuestros pueblos en el pasado, que en la actualidad. Para citar unos pocos ejemplos, basta recordar la permanente solicitud con que el doctor Chacón Paut sirvió durante muchos años la medicatura de Desamparados, y el doctor Pupo la de Escazú. En la actualidad la mayor parte de las medicaturas oficiales, y lo que es más grave, al frente de las unidades sanitarias, hay médicos que dedican apenas algunos minutos a sus funciones. Como se comprende, tal actitud echa por tierra en la teoría y en la práctica, la institución de las unidades sanitarias y el éxito de la salubridad. La sola lectura de las diferentes actividades de una unidad sanitaria sugiere la imposibilidad de que ellos puedan ser ni siquiera malamente desatendidos por un médico que permanece en la unidad sanitaria una hora y vive el resto desvinculado de ella.

No toman en cuenta nuestros médicos las necesidades e intereses de las poblaciones sino sus propios intereses.

La administración pública requiere, en este ramo de la salubridad, que algunos de sus jefes destinen a las funciones que les están encomendadas, todo su tiempo; otros, la mitad; y exige a todos capacidad y dedicación. San Ramón, Grecia, Nicoya, Santa Cruz, no pueden estar servidas por un solo médico, y menos si este médico tiene muchas otras actividades a su cargo. Naturalmente los salarios deben fijarse de acuerdo con el tiempo servido. En resumen, si se desean obtener resultados eficaces y permanentes, no basta emplear sistemas y métodos correctos. No basta un edificio elegante: es preciso personal capaz y de buena voluntad.

La unidad sanitaria y la escuela deben ser organismos permanentemente abiertos al servicio del público. Su luz no debe ser ni un instante negada a las gentes a quienes sirve. La iglesia es más sensata y en ella a todas horas encuentra consuelo el que sufre. Un edificio para unidad sanitaria por muy elegante que sea no es una unidad sanitaria. Un edificio para escuela, por muy elegante que sea, no es una escuela. Ambos requieren un espíritu orientado hacia el bien, que se agite dentro de sus paredes: un buen médico; un buen maestro.

Son estas las razones por las cuales la Secretaría de Salubridad aceptó el concurso técnico y económico del Servicio Inter-

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Americano de Salud Pública, en el sentido de equipar y proveer de personal a tiempo completo dos o tres unidades de las construídas por el propio Servicio a fin de que sirvan de modelo y de escuela para la organización de otras unidades, y decir al país que el éxito de ellas y de la sanidad nacional depende del esfuerzo económico, de la cooperación, de la coordinación de los servicios, y, por encima de todo, de la capacidad, comprensión y sentido de responsabilidad, del personal médico.

Quisiera oír de los concurrentes sugerencias para resolver este delicado problema de la falta de médicos para las zonas rurales; mientras tanto me permito insinuar la conveniencia de:

- 1) Limitar el número de posiciones remuneradas que un médico puede desempeñar, pagando mejor las que sirve.
- 2) Promulgación de una ley que obligue a los médicos un año de práctica en puestos rurales, antes de incorporarse en el Colegio de Médicos y Cirujanos.
- 3) Promulgación de una ley que obligue a los médicos que han hecho sus estudios por cuenta del estado o por agrupaciones extranjeras que conceden becas con autorización del estado, a servir dos años en los lugares que éste les señale.