

de perfeccionarlas al máximo mediante el "Cuestionario de Defunciones." Este cuestionario permite a las oficinas de la Dirección General de Sanidad la rectificación de numerosas defunciones inscritas en el Registro Civil por la sola apreciación de los testigos. La determinación de la causa primaria de muerte se hace en cada distrito sanitario de acuerdo con las siguientes reglas: (a) De dos enfermedades de la cual una es frecuente complicación de la otra, se elegirá la primitiva; (b) si la regla anterior es inaplicable, se buscará la causa más seguramente fatal; (c) si tampoco lo fuere la recomendación que precede, se tendrá en cuenta la enfermedad epidémica, si la otra no lo es; (d) si lo anterior no procediere, la enfermedad más frecuentemente fatal; (e) si no se pudiera aplicar lo antedicho, la enfermedad cuya evolución es más rápida; y (f) si la regla que antecede es inaplicable, la enfermedad que mejor caracterice el caso.

Esta determinación es de responsabilidad exclusiva del médico sanitario jefe de distrito.

Entre los trabajos especiales del Departamento se encuentran: la construcción de dos tablas de vida, por distintos métodos, para todos los habitantes del país y una tabla de supervivencia para menores de dos años.

---

## ASISTENCIA DEL PARTO EN EL SALVADOR

Por el Sr. MIGUEL ANGEL GALLARDO

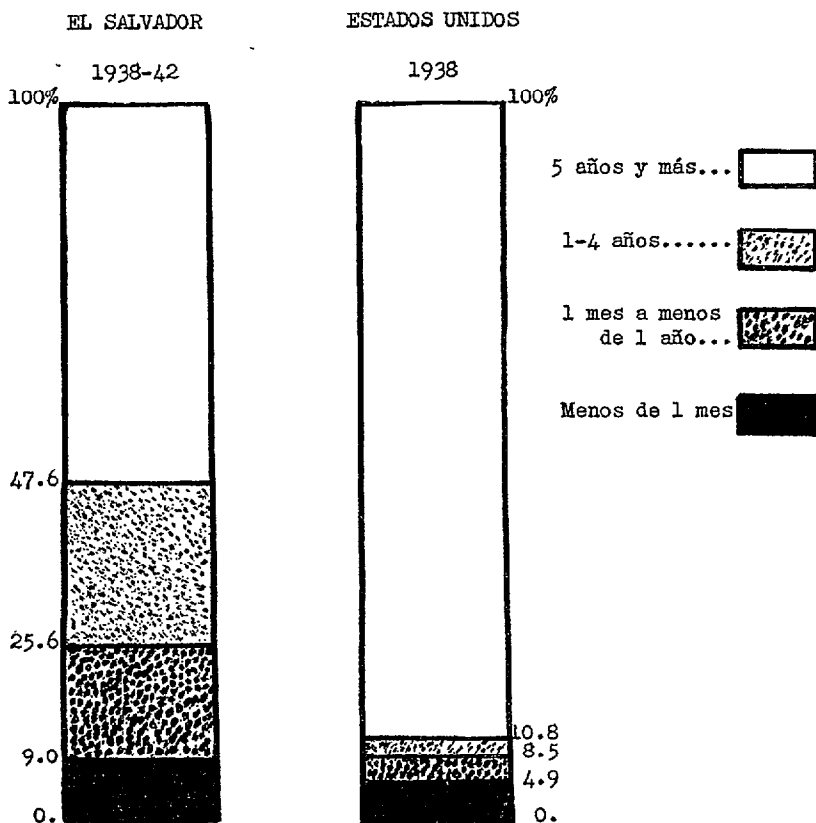
*Jefe del Departamento de Estadística, Dirección General de Sanidad*

Prolongar la vida humana ha sido una de las aspiraciones de la ciencia y para ello es necesario conocer el punto en que la vida está más amenazada. Es bien sabido de todos que el momento en que más peligra es aquel en que se nace, y para probarlo basta revisar los datos relativos a las edades en que se verifica el mayor número de muertes y observar que esto ocurre en los momentos que rodean el nacimiento. Veamos nuestras propias cifras: En el período 1939-42 murieron anualmente en El Salvador 32,500 personas, de las cuales 15,500, o sea casi la mitad, no alcanzaron el quinto año de vida; y más de la mitad de estos últimos, unos 8,000, estuvo representada por niños que no habían cumplido su primer año de vida.

No es nuestra intención comparar en la gráfica adjunta la mortalidad de El Salvador con la de Estados Unidos; queremos únicamente poner de manifiesto lo que puede lograrse cuando un pueblo se decide a prestar la atención que merece un asunto como el que nos ocupa. Se ve claramente el contraste entre las dos gráficas: en la que representa la mortalidad de los Estados Unidos se observa la poca influencia que

sobre ella ejerce la de los niños; en cambio, en la de El Salvador es elevada más que todo, por la gran mortalidad infantil.

Los datos contenidos en la gráfica pueden representarse y resumirse en esta amarga verdad: "De cada 25 embarazadas que en El Salvador logran llegar al séptimo mes de su embarazo, una de ellas tendrá un niño muerto, tres perderán al hijo antes de que éste cumpla su primer año, y tres antes de que cumpla cinco."



COMPARACIÓN DE DEFUNCIONES

También hay que admitir, aunque con dolor, que un niño menor de un año está tres veces más expuesto a morir en El Salvador que en los Estados Unidos.

Permítasenos ahora hacer un análisis de las muertes que se verifican antes del primer año de vida. Aquí, como en el estudio anterior, el número de muertes es mayor en el primer mes de vida que en los meses siguientes del primer año. Así vemos que más de la tercera parte de esas muertes ocurren en el primer mes, mientras que las otras dos terceras partes están repartidas en los once meses restantes, sin alcanzar en ninguno el alto nivel a que llegan en el primer mes. Queremos hoy, sin negar la importancia de la mortalidad en los otros meses y por

otras causas, probar, y a ello nos encaminamos en este trabajo, que nuestra situación en El Salvador es tan mala en ese primer mes de la vida, que la reducción del número de muertes en esa época aportaría grandes mejoras en la mortalidad.

No consideramos necesario seguir adelante nuestro análisis sobre las muertes del primer mes hasta llegar a demostrar por números que a medida que retrocedemos hacia el momento del nacimiento aumenta el número de muertes. Bástenos decir que el 60% de las muertes en el primer mes de vida se deben a causas prenatales y natales; que las afecciones respiratorias y digestivas representan un 30% de esas muertes; y el otro 10% se atribuye a causas diversas de menor importancia.

Si analizáramos las muertes en la primera semana de vida, encontraríamos que las causas prenatales y natales ganan en importancia sobre las digestivas y respiratorias, que en este período de la vida han perdido prácticamente su valor, llegando las prenatales y natales a ser responsables aproximadamente del 90% de las defunciones.

Al hablar de la mortalidad alrededor del parto, no hemos querido referirnos solamente a las defunciones después del nacimiento. Aunque parezca paradójico, hay un gran número de vidas que se pierden antes de ser una realidad. Nos referimos a los niños nacidos muertos. Hemos dicho que en El Salvador, de cada 25 embarazadas que logran pasar el séptimo mes del embarazo, una tiene un niño muerto, lo que quiere decir en otras palabras que más o menos a cada 2,500 partos corresponde un feto muerto, buena proporción de lo cual es debida a la falta de asistencia obstétrica adecuada. Al establecerse que en los días inmediatamente después del parto las cifras de muerte son mayores que en cualquier otro período de la vida, surge inmediatamente esta pregunta: ¿Cuáles son las causas que producen estas muertes? Hemos dicho ya que las muertes en la primera semana de la vida están representadas casi exclusivamente por las prenatales y natales, pero vale la pena aclarar un poco el punto. En cada período de la vida hay un número determinado de causas que dominan la mortalidad, y estas causas para el momento del nacimiento son, en orden de importancia: (1) Parto prematuro; (2) Malformaciones congénitas; (3) traumatismo obstétrico o infección contraída en el momento del parto; (4) debilidad congénita; (5) sífilis congénita.

Para poder reducir el número de muertes que tienen lugar alrededor del momento del nacimiento, deberá, pues, tratarse de modificar esas cinco causas. La buena salud preconcepcional y el cuidado prenatal evitarán o por lo menos reducirán el número de nacimientos prematuros y débiles congénitos, y la sífilis congénita. Las malformaciones congénitas son poco influenciadas por las medidas hasta hoy conocidas. Los traumatismos obstétricos y las infecciones contraídas en el momento del nacimiento se evitan con la buena asistencia del parto.

La buena asistencia del parto no sólo reducirá la mortalidad debida a lesiones o infecciones en el momento de nacer, sino también la mortalidad materna. Este aspecto de la mortalidad entre nosotros

es muy importante. Así de cada 100 mujeres que en el país mueren entre la edad de 15 y 45 años, casi la décima parte se atribuye a causas asociadas al embarazo, parto o puerperio, a pesar de que dos terceras partes de esas muertes pueden evitarse. En El Salvador en el período 1931-35, por cada 177 niños que nacieron vivos, murió una madre de parto.

Los partos en El Salvador son atendidos por: hospitales, médicos (en el hogar), enfermeras, estudiantes de medicina, parteras y otros. Analicemos una por una las diversas asistencias.

La asistencia del parto en hospital nos parece teóricamente la mejor, no sólo porque la persona que asiste está bien preparada para ello, sino porque las salas de los hospitales reúnen las mejores condiciones de la localidad para esa asistencia (aunque somos de parecer que en muchos casos pudieran mejorarse), y porque allí es posible en un momento dado desembarazar a la mujer por la vía quirúrgica, si el caso lo requiere.

La asistencia por médicos en hogares no es tan satisfactoria como la anterior, pues es difícil reunir en el hogar todas las condiciones necesarias para asistir un parto sin obstáculos. El parto normal puede sí recibir una asistencia satisfactoria en el hogar, pero el parto anormal debe ser atendido en el hospital. El médico que al asistir un parto en el hogar nota que se torna anormal, se verá obligado a trasladar a la paciente al hospital, sometiénola por lo tanto a los peligros de la transportación.

La asistencia de partos por enfermeras no podemos considerarla adecuada porque los estudios de enfermería no capacitan a la enfermera para asistir partos ni siquiera normales. La situación se agrava cuando la enfermera usa drogas o técnicas que realmente desconoce, pero que considera apropiadas porque las vió emplear por algún partero competente en casos que a ella se le antojan similares. Consideramos más o menos semejante la asistencia de partos por estudiantes de medicina, con la agravante de que por lo general los que se aventuran a hacerlo son los conocidos con el nombre de fósiles que no adelantaron mucho en sus estudios.

De cualquier manera, la asistencia de partos por enfermeras y estudiantes de medicina es tan limitada en la República, que no puede considerarse como entidad aparte y refunde por expuesto en la asistencia por partera.

En el extranjero, sobre todo en Inglaterra, donde hay buenas escuelas para parteras, se puede confiar a éstas la asistencia de buen número de partos normales. Entre nosotros son escasísimas las parteras que han recibido entrenamiento especial. Casi todas se dedican a asistir partos por pura casualidad; algunas porque fueron ayudantes o sirvientas en hospitales; otras porque de tanto ver nacer niños, creyeron haber aprendido lo suficiente; otras, las más, decidieron hacerse comadronas porque el azar las colocó en situación de asistir partos en familiares o vecinas que no tenían quien las ayudara en ese momento. Fácil es comprender que estas parteras no tienen ningún conocimiento científico de lo que es el parto, y algunas de las consecuencias fácil es figurárselas: Muerte del feto, de la madre o de ambos, a causa de los recursos que

a ellas se les ocurre emplear. Si a lo expuesto se agrega que la gran mayoría es analfabeta, podrá imaginarse el tipo de asistencia que una partera de esta naturaleza puede dar. La falta de higiene de que adolecen generalmente agrava el cuadro, haciendo que las madres sean fácil presa de la fiebre puerperal, y el niño de tétano umbilical o alferecía, o mal de los siete días, como mejor plazca llamársele. La partera que ha recibido enseñanza especial en obstetricia, de las que poquísimas hay entre nosotros, podría rendir un buen servicio a la comunidad si limitara su acción a lo que sabe. Algunas de ellas, queriendo manifestar mejor sus conocimientos y temerosas de que el público dude de sus capacidades, continúan prestando su asistencia aun en casos complicados y emplean procedimientos o drogas, como la pituitrina, que en manos inexpertas resultan peligrosos. La asistencia de partos por partera hemos de considerarla por lo tanto como deficiente.

La asistencia por el profano y la completa falta de asistencia en el momento del parto, que constituyen el otro grupo, no necesitan comentario.

Para nuestro estudio clasificamos la asistencia de los partos en tres grandes grupos: Hospital; médico en el hogar; y parteras y otros.

Veamos algunas cifras nuestras conforme a esta clasificación:

Asistencia del parto en El Salvador, Primer Semestre de 1943:

Municipios	En hospi- tales	Por médicos en el hogar	Por parteras y otros	Tota
San Salvador.....	1,053	111	1,731	2,895
Municipios con facilidades médicas <sup>1</sup> .....	646	113	12,052	12,811
Resto del país.....			20,994	20,994
Total.....	1,699			

<sup>1</sup> Aquí quedan incluidos 27 municipios con hospital o médico y ocho más, Mejicanos y Villa Delgado, por ej., cuya proximidad a una población grande los hace gozar de la misma facilidad.

Dos cosas saltan a la vista en el cuadro anterior: la escasa participación del hospital o el médico en el número total de partos, y la diferencia del cuadro en San Salvador en comparación con el resto del país.

En números redondos podemos decir que de los 37,000 partos que se registran semestralmente en el país, 1,700 (4.6%) tienen lugar en hospitales; 225 (0.6%) son atendidos por médicos en el hogar, y más de 35,000 (94.8%) son atendidos por parteras u otras personas de escasa idoneidad.

Aun dentro de estas cifras tan desalentadoras debemos todavía admitir que 62% de todos los partos en hospitales y 50% de los asistidos por médicos en el hogar, tienen lugar en la ciudad de San Salvador, lo cual hace más desconsolador el cuadro para el resto del país. En los Estados Unidos 10.1% de los partos reciben asistencia inadecuada, mientras que entre nosotros ésta llega a la aterradora cifra de 94.8%.

La situación ideal sería que todos los partos fueran asistidos por médicos competentes y en hospitales en buenas condiciones, pero a esta situación ideal ningún país del mundo ha podido siquiera aproximarse, y en algunos de los considerados

como adelantados más de 50% son asistidos por parteras. La *American Public Health Association* acepta que el 50% es buena cifra para la asistencia de partos en hospitales.

Volviendo los ojos a nuestra propia situación: En el país hay 23 hospitales de los cuales cuatro no pueden dedicarse a la asistencia del parto; los otros 19 tienen un total de 267 camas destinadas nominalmente a maternidad. Decimos nominalmente porque en la ciudad de San Salvador, por ej., de las 100 camas destinadas a este fin, por lo menos una tercera parte está ocupada por embarazadas enfermas y no por parturientas. Con un promedio de diez días de permanencia en el hospital por parturienta con 267 camas disponibles, podrían ser atendidos en hospitales 9,612 partos al año. Por consiguiente, si se pretende asistir en hospitales por lo menos a la mitad de los partos, necesitaríamos cuatro veces más camas de maternidad de las que existen actualmente, y que éstas fueran usadas racionalmente, pues según hemos observado solamente 3,500 partos son asistidos en hospitales, lo que representa el 36% de la capacidad teórica.

La situación en las diversas localidades de la República varía; así, por ej., nos consta que en San Salvador la penuria de camas obliga a dar de alta a muchas parturientas antes de un plazo razonable o a tener frecuentemente dos en la misma cama. Es, pues, necesario que se haga un estudio de las necesidades de cada localidad para poder hacer una distribución equitativa de las camas de maternidad en toda la extensión del país; pues es un hecho que muy pocas madres son atendidas fuera del municipio donde residen.

Conviniendo en que sería muy deseable que un 50% fuera asistido en hospitales, hay que hacer consideraciones sobre la otra mitad de los partos, cuyo número llega a 37,000 al año, de los cuales solamente 500 son asistidos por médicos en el hogar. ¿Cuáles son las razones para que este número sea tan bajo?

(a) El bajo estado económico de la mayoría de las familias; (b) el limitado número de médicos en el país y su desigual distribución, que hace que la mitad resida en la capital, mientras que hay amplias regiones abandonadas; (c) la educación del pueblo que hace que éste prefiera a menudo la asistencia por parteras. Hemos demostrado que esta asistencia no es satisfactoria, y que su participación por lo tanto debe ser mínima. Las razones de la excesiva predominancia de la asistencia son las siguientes: (a) Sus bajos honorarios; (b) la falta en la mayoría de los lugares de otra asistencia mejor; (c) la confianza que el pueblo tiene en la partera. Para ese problema que confronta la mujer salvadoreña ¿qué solución puede encontrarse?

#### RECOMENDACIONES

(1) Tratemos de conseguir el establecimiento en el país del Seguro Social de Maternidad; (2) Tratemos de aumentar las facilidades de asistencia del parto en hospitales, aumentando el número de camas para maternidad en hospitales oficiales y privados, y dotando éstos de personal técnico y material apropiado para que se pueda practicar en ellos cualquier intervención obstétrica, y estableciendo facilidades de transporte hacia esos hospitales de cualquier lugar de la República;

(3) Aumentemos el número de médicos existentes y démosles una distribución más equitativa; (4) Como medida de carácter urgente, controlemos a la partera, mediante su registro oficial en Sanidad y un reglamento apropiado; y (5) Eduquemos al pueblo para que obtenga el máximo provecho de los servicios a su disposición.

Pero si queremos resolver en forma práctica el actual problema que acosa a la madre en El Salvador, debemos dedicar la mayor parte de nuestras energías a formar de las parteras existentes parteras competentes.

---

#### MATERNITY CARE IN EL SALVADOR

**Summary.**—Of the nearly 37,000 births in El Salvador in the first half of 1943, about 4.6% took place in hospitals; 0.6% were attended by physicians in the home, and more than 94.8% were attended only by midwives or other unskilled persons. These conditions are reflected by the high infant and maternal death rates: of each 25 women in El Salvador who have reached the seventh month of pregnancy, one will have a stillborn child; three will lose the child before it is a year old; and three more before it is five years old. More than a third of the first-year deaths occur in the first month; 60% from prenatal and natal causes, including, in order of importance, premature birth, congenital malformation, obstetric trauma or childbed infection, congenital debility, and congenital syphilis. From 1931-1935, one mother died in childbirth for every 177 children born; and about 10% of the deaths of women between the ages of 15 and 45 were due to causes associated with pregnancy. Recommendations for improving the situation include: adoption of maternity insurance to assist with the financial burden; increase the number of beds, trained personnel, and equipment for hospitals and provide transportation facilities from any area (El Salvador now has 23 hospitals, four of which cannot take maternity cases; the other 19 have 267 beds for maternity cases, some of which are often occupied by ill pregnant, not parturient, women. Distribution needs to be better); increase in the number and better distribution of physicians; registration and regulation of midwives; and education of the public to demand the best care available (many women still prefer midwives even when a physician is nearby). The best immediate practical step would be to make competent midwives out of the existing ones.

---

**Los específicos y la farmacia.**—Antes de ahora, del movimiento de una farmacia el 50% constituía el trabajo científico del farmacéutico, el 30% correspondía a varios y el 20% a específicos. Hoy el recetario representa sólo de 8 a 10% del volumen total dejando el saldo amargo de que el trabajo técnico del profesional es relegado a ínfimo término, habiéndose transformado las farmacias en algo parecido a aquellos almacenes en que se vende ropa hecha que casa a muchas medidas, igual a muchos específicos que curan varios males a la vez. Y dije que perjudica económicamente al público porque los específicos curan los males que se cree tener y no siempre los que se tiene en realidad, ya que para el buen empleo y éxito de éstos se necesita el diagnóstico del médico y por otra parte son siempre más caros que una fórmula médica, que para seguir el anterior símil, está hecha a medida, es decir, que comprende el diagnóstico y la terapéutica particular de cada caso.—L. ATANÍBAR URQUIDI: *Esculapio*, 3, eno.-fbro. 1944.