



Discusiones

Técnicas



Washington, D. C.
Septiembre 1955

CD8/DT/2 (Esp.)
5 agosto 1955
ORIGINAL: ESPAÑOL

EXPOSICION PRELIMINAR SOBRE EL TEMA

"LA ATENCION MEDICA EN EL MEDIO RURAL"

Por el Dr. J. A. Díaz Guzmán
Médico Jefe de la División de Sanidad Rural
del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
de Venezuela

"LA ATENCION MEDICA EN EL MEDIO RURAL"

Exposición Preliminar

Por el Dr. J. A. Díaz Guzmán, Médico Jefe de la División de Sanidad Rural del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, para la discusión técnica que habrá de tener lugar durante la VIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, VII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud

	<u>Página</u>
I.- Introducción	1
II.- El Medio Rural	4
III.- Preparación de Personal	7
IV.- Programas de atención médica	10
a) Curativa	
b) Preventiva	
V.- Problemas a solucionar	14
VI.- Conclusiones	19
Bibliografía	22

En la "Declaración Universal de los Derechos Humanos", proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su artículo 25, figura la siguiente afirmación: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".

La Organización Mundial de la Salud, por otra parte, ha definido la **salud** como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" y ha establecido que élla es un derecho fundamental a todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica-social. La Constitución de este máximo organismo sanitario internacional, por otra parte, considera que la nutrición, la vivienda, la asistencia médica, la prevención de accidentes y la higiene mental son objetivos sanitarios tan importantes como la supresión de las enfermedades epidémicas.

En estos dos principios figura el término "asistencia médica" no como un fin en sí mismo, sino como uno de los medios que sirven para lograr un desarrollo balanceado y armonioso un fin superior, noble y elevado: la obtención de un nivel de vida adecuado al mantenimiento de la salud, para todos los componentes del género humano.

Todo este ideario encaja bien dentro de la ya clásica definición del Dr. Charles A. Winslow, quien asienta que: "Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la eficiencia física y mental, a través de los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades infecto-contagiosas, la educación del individuo en la higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para un diagnóstico precoz y terapéutica de alcance preventivo de la enfermedad y el desarrollo de una maquinaria social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud, organizados estos beneficios de modo que garanticen a cada ciudadano su innato derecho a la salud y la **longevidad**".

Y, una vez más, vemos como la "asistencia médica" es sólo un aspecto de un programa conjunto, sólo un eslabón de una más completa cadena, sólo una etapa de una lucha más compleja,

A esta exposición preliminar sobre "asistencia médica en el medio rural" deberían acompañarse otras sobre saneamiento, alimentación, vivienda, educación sanitaria, previsión social, etc., y luego, precisados los objetivos que deben ser logrados en dicho medio por una acción de conjunto, proponer planes de acción concretos, inmediatos, sobre cada uno de estos ingentes problemas del medio rural, a todos y cada uno de los Estados Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana.

Con esa idea fundamental nos hemos abocado a la redacción de esta exposición. Toda élla, en sus diversos capítulos de Preparación

de Personal, Programas de atención médica, Problemas a solucionar, etc., estará saturada de ese espíritu integralista. Integralista en su sentido más amplio, que hace referencia no solamente a la identidad de fines entre lo preventivo y lo curativo, sino también aquellos aspectos no exclusivamente médicos de la salud pública local: nutrición, vivienda, cultura, nivel de vida, etc.

Integralista también en el enfoque territorial del problema. Queremos decir con esto que no perderemos de vista la evidente interacción y dependencia que existe entre los dos medios aparentemente antagónicos: el urbano y el rural. Si esta dependencia es fácilmente constatable en los aspectos económicos, culturales y sociales, lo es con mucha mayor evidencia en los aspectos médicos. Sería ilusorio aspirar a tener servicios médicos de alta calidad en el medio rural, sin el obligado componente urbano sobre el cual aquellos deben asentarse para la provisión de recursos difícilmente obtenibles en dicho medio.

Esta interacción entre los dos medios hace que, por otra parte y en determinados momentos epidemiológicos, el medio rural se convierta en reservorio para mantener con morbilidad y mortalidad pres-tadas, los coeficientes anuales de las localidades urbanas. La solución de los problemas epidemiológicos del medio rural es útil, por lo tanto, para consolidar los resultados obtenidos en el medio urbano. No puede ser indiferente entonces a los responsables por la solución de los problemas en el medio urbano, el estado de los mismos en el medio rural.

Estas consideraciones, al afirmar una vez más la indivisibilidad de los problemas sanitarios en el espacio y la imposibilidad de hacer administración sanitaria por islotes, nos imponen como condicionante obligada para la mejor organización de la "asistencia médica en el medio rural", la coordinación e integración, sobre una base regional más o menos amplia, de los recursos y actividades que hayan de aplicarse en las distintas localidades urbanas y rurales. Los programas de regionalización sanitaria y de consolidación del sistema de distritos subsecuentes, para la articulación de los servicios locales dentro de una red orgánica de instituciones en la que cada servicio realiza funciones que son complementadas por otros de la misma zona sociodemográfica, aparecen así como los más racionales para impulsar el progreso de los servicios de Salud Pública en el medio rural, especialmente aquellos que tienen relación con los cuidados médicos, preventivos y curativos.

Será esa organización regional sobre una base unificada con los servicios urbanos, la que permitirá asegurar a los servicios rurales una adecuación con los fines por ellos perseguidos, similar a la que disfruten los servicios médicos que se ofrecen a las poblaciones urbanas, atendidas por organismos sanitarios más complejos y diferenciados: Unidades Sanitarias, Centros de Salud, Hospitales, etc., etc. Y así el principio de "un solo servicio, el óptimo y una sola clase, el paciente", vendrá a ser operante en el medio rural en la misma medida en que él sea alcanzable en el medio urbano.

Dentro de la red orgánica de instituciones que va a quedar constituida por las regiones y distritos sanitarios, la célula más simple, el puesto de avanzada de la institución: "centro de higiene rural", "medicatura rural", "puesto de salud rural", como quiera llamársele, viene a resultar entonces apenas un eslabón, en modo alguno completo en sí mismo, que se articula con las organizaciones

más complejas y diferenciadas situadas más alto, en las localidades urbanas pequeñas o rurales mayores, para constituir así la super-estructura más simple de la red institucional: el distrito sanitario urbano rural, algo similar a lo que en los Estados Unidos se conoce como el "multi-county health department" o el "city and county health department".

De la reunión de varios distritos en una unidad administrativa mayor, dotada de cierta autonomía en cuanto a financiamiento y suministros como organización descentralizada, surge la región sanitaria. Sus límites pueden no coincidir necesariamente con los de los estados o provincias de la división político-administrativa de la Nación, sino en la medida que ello facilite los convenios relativos a financiamiento, entre el Gobierno Central y los Gobiernos Regionales. El asiento administrativo de la región sanitaria será la ciudad más importante de la zona sociodemográfica cubierta por la red institucional. Allí estarán también asentados aquellos servicios como el Hospital Central Regional y el Laboratorio Central de Salud Pública, que permitirán dar solución adecuada a los diversos problemas médicos: preventivos y curativos, que no hayan podido ser solucionados en los eslabones inferiores de la red institucional.

No es nuestro propósito extendernos aquí con la descripción detallada de los diversos elementos que habrán de componer los distritos y regiones sanitarias. Sabemos bien que nuestra principal tarea debe consistir en "el examen, de una manera especial, de los programas de atención médica en los centros de higiene rural".

Pero como, a nuestro juicio, no se concibe una programación racional de la atención médica en los centros de higiene rural, sino en la medida en que ellos puedan alcanzar el nivel de eficiencia y adecuación científicas que les garantiza su coordinación con los centros sanitarios situados más alto, no era posible dejar de describir, siquiera en forma bastante somera, el sistema de distritos y regiones sanitarias, para la formación de una red única y orgánica de instituciones que condicione y oriente todo el trabajo local de salud pública en los centros de higiene rural, con especial referencia a la atención médica, preventiva y curativa.

La presentación de ese sistema de trabajo está tanto más justificada cuanto que, como se verá más adelante, de él extraemos las orientaciones más auspiciosas para mejorar la calidad de los programas médicos en los centros de higiene rural. En los diversos capítulos de Preparación de Personal, Programas de Atención Médica y Problemas a solucionar, campea siempre la idea fundamental de la articulación y coordinación de servicios en escala regional, como la forma verdaderamente racional para impulsar el progreso de los servicios médicos y superar los inconvenientes que se oponen a que ellos alcancen, en el medio rural, la más alta calidad científica posible, similar a la que disfrutaban esos mismos servicios en el medio urbano.

II - El Medio Rural

Antes de seguir adelante, queremos dedicar un capítulo de este trabajo a definir lo que entendemos por medio rural y a estudiar las características que en el mismo condicionan el desarrollo de los diversos programas de salud pública, la atención médica incluida entre ellos.

No ha habido siempre acuerdo para una definición exacta del medio rural. Ni en el número de habitantes en el casco de la principal población del Municipio, que algunos fijan en 5.000, otros en 2.000 y la Oficina del Censo de los Estados Unidos en 2.500; ni en las características económicas, sociales, ocupacionales, de saneamiento, de servicios públicos, etc.,

Pero es evidente que si, en los extremos, es fácil distinguir los dos medios: el urbano y el rural, es también difícil, en una población de características intermedias, definir en un momento dado si ésta debe ser clasificada como urbana o como rural, habiendo elementos que la asimilan a un tipo de medio y otros al otro. Esto hace que algunos autores sientan la necesidad de establecer este tipo intermedio como un grupo aparte y nos hablan así de "medio semi-rural". Llamamos la atención sobre este hecho para concluir en que es, precisamente, la existencia de esas poblaciones de tipo intermedio lo que explica la dificultad que siempre encuentran los autores para marcar una clara línea de demarcación entre medio urbano y medio rural, tan fácil de establecer, lo repetimos, en el caso de los ejemplos extremos. Esto es lo que hace que esa línea de demarcación en los límites imprecisos, tenga que establecerse siempre sobre una base convencional, arbitraria, que generalmente hace referencia al número de habitantes del casco de la localidad más importante.

Dentro de nuestro ideario integralista en lo territorial, para el desarrollo de los programas de salud pública, tiene en realidad poco valor práctico esta necesidad de encasillar en una u otra denominación las poblaciones intermedias. Mayor importancia tendría el estudio local de las circunstancias en estas poblaciones, que en un momento dado pueden parecernos rurales mayores o urbanas pequeñas. Si las vías de comunicación, el nivel económico-social, los recursos médicos y educativos, la magnitud de la población definitivamente rural circundante e influenciada, etc., son favorables, estas poblaciones intermedias estarían llamadas a diferenciarse en centros de acción sanitaria de mayor importancia, verdaderas cabeceras de distrito. Si no lo son y nos encontramos que ellas lucen relativamente aisladas, con un bajo nivel económico-social, carentes de recursos en el orden médico y educativo y con una escasa población rural influenciada, esas poblaciones intermedias no obstante su población concentrada un poco mayor, no ofrecen nada que amerite una diferenciación local de sus organismos sanitarios más allá de su puesto de salud rural más simple, más allá de su puesto de avanzada elemental de la red institucional.

Como límite de población en el casco de la localidad más importante, generalmente la cabecera del Municipio, creemos debe aceptarse, con vistas a una uniformidad continental, la cifra de la Oficina del Censo de los Estados Unidos: menos de 2.500 habitantes.

El aspecto de las localidades rurales es, en general, como sigue: casas separadas entre sí por amplios espacios deshabitados, generalmente pequeños campos de cultivo y que no se diferencian mayormente en cuanto al material usado para su construcción y en sus condiciones higiénicas, de las que vemos en el medio rural diseminado de haciendas y caseríos; abastos de agua, disposición de excretas y disposición de basuras sobre una base individual, convivencia obligada con los animales domésticos que circulan libremente en los patios y corrales de las casas o en los amplios espacios intermedios; ocupación de la mayoría de los habitantes en labores conexas con la agricultura y con la cría y subsecuente bajo nivel económico, ya que, por lo menos en la gran mayoría de los países latinoamericanos, es casi nula la industrialización lograda por ambos tipos de ocupaciones.

No ignoramos que en algunos países todavía imperfectamente industrializados, especialmente aquellos ligados con la industria del petróleo, existen localidades que reúnen junto a las desventajas del bajo nivel higiénico y de saneamiento que hemos descrito para las rurales, las resultantes del hacinamiento y del desarrollo desordenado y sin planificación. Son los medios llamados "industriales petroleros" por los autores venezolanos, pero los cuales creemos no deben ser considerados en el estudio de los problemas del medio rural, siendo su solución como lo es, eminentemente urbana.

Tampoco ignoramos que, en contrapartida, existen cada día más en muchos de nuestros países latinoamericanos, áreas extensas de territorio, estados enteros en muchos casos, en las cuales las condiciones del medio rural son completamente distintas de lo arriba descrito. Estados pequeños, densamente poblados, con buenas vías de comunicación, donde las áreas consideradas como rurales no llegan a estar nunca más allá de una hora de distancia de los grandes centros urbanos, por buenas vías carreteras, traficables todo el año. Localidades rurales en franca vía hacia la urbanización, por aumento de sus poblaciones, por elevación en su nivel de vida, por construcciones de casas modernas e higiénicas en los espacios antes vacíos entre casa y casa. Habitantes que, por otra parte, ya no dependen tan estrechamente de la agricultura y de la cría para ganar el sustento o que dependen de un tipo de agricultura y de ganadería eminentemente industrializadas y que aseguran, por lo mismo, mayores ganancias y mejor nivel de vida.

Este tipo de áreas, del cual la parte central de los Estados Aragua y Carabobo, son buenos ejemplos en Venezuela y del cual deben haber muchos semejantes en casi todos los países latinoamericanos, son la excepción positiva con respecto al medio rural que venimos describiendo. Ellas podrían quedar como un ejemplo, como un ideal a alcanzar en un sentido de mejoramiento integral del medio rural, pensamos que así debería ser el medio rural en todas partes. Pero no pueden nuestros planes, tomar estos medios rurales perfeccionados, como asiento típico para el desarrollo de los programas que vamos a proponer, pues pasarán todavía muchos años, desafortunadamente para que esa situación sea mayoritaria en los países de Latinoamérica.

Con esas pocas aunque esperanzadoras excepciones, el tipo del medio rural en Latinoamérica corresponde bien a lo que Stampar describe, en su trabajo presentado a la Séptima Asamblea Mundial de la Salud, como características socio-económicas del medio rural de los países escasamente desarrollados: sus habitantes "viven dentro de

una gran pobreza, sus condiciones de vida son miserables, las condiciones de sus viviendas son malas, su nivel de educación es bajo y sus servicios sanitarios y educativos son pequeños".

Fácil es entender la influencia que tales condiciones pueden tener sobre la asistencia médica en el medio rural si éstas no son corregidas por poderes superiores: Gobierno Nacional, Gobierno Regional u Organizaciones Internacionales. El personal médico y auxiliar no querrá establecerse en esas localidades, a menos que la organización sanitaria los provea, de una vez, con un nivel de subsistencia económica adecuado, unas condiciones de vivienda siquiera elementales y unas condiciones de trabajo que garanticen el nivel científico de los servicios y el avance profesional del personal.

Cualquier otro enfoque del problema pecaría de teórico y perdería de vista las verdaderas raíces del mismo. Obligar a los médicos y al personal auxiliar a permanecer y trabajar en el medio rural sin ese mínimo de condiciones de vida y de trabajo, es exponerse a que lo hagan de mala gana, sin verdaderos propósitos de permanencia, desligados del medio que consideran hostil y al cual no pueden, por lo mismo, influenciar. Sería la forma de lograr, para el medio rural, solamente servicios de inferior calidad, que es precisamente lo contrario de lo que debemos aspirar. En un capítulo ulterior estudiaremos las soluciones que se nos ocurren para este grave problema de la escasez de personal en el medio rural y la poca tendencia que él tiene para establecerse en dicho medio.

III. - Preparación de Personal

Es ya casi un lugar común en salud pública, que la eficacia de los servicios depende, en gran medida, de la debida capacitación técnica que haya recibido y continúe recibiendo el personal encargado de atenderlos.

En ningún otro aspecto se hace más evidente esta verdad, como en el trabajo en el medio rural. El conjunto de dificultades que se oponen a una acción de alta calidad, la carencia de recursos, la falta de colaboración de las gentes cuyo nivel higiénico hay que incrementar; exigen una gran dosis de doctrina, de convicción y de fe. Por bien elaborados que estén los programas, por completa y bien concebida que esté la organización administrativa de los servicios, por mucho que se hayan esmerado los dirigentes superiores en prever los detalles económicos, de local y dotación, etc., lo que cuenta, en último análisis, es la capacidad de los médicos y personal auxiliar, colocados en el propio sitio de los acontecimientos. Ningún esquema de trabajo, por lo tanto, es superior al personal encargado de realizarlo. De allí que en un programa de asistencia médica en el medio rural, deba concedérsele importancia fundamental al aspecto ligado con la debida capacitación del personal, antes de entrar a prestar servicios y durante el tiempo en que esté prestándolos. El médico rural, si bien único y principal responsable por la atención médica curativa de la población confiada a su custodia, tiene un papel aún mucho más amplio como administrador local de Salud Pública. Nada hay en lo económico, en lo social, en la vida toda de su comunidad que pueda serle indiferente. Se espera de él que sea dirigente de avanzada en la lucha por el mejoramiento comunal, en una forma integral, y él debe estar debidamente preparado para esas funciones.

La necesidad de preparar médicos jóvenes que hayan de asumir más adelante esas responsabilidades, debe ser un acicate para que las Escuelas de Medicina superen todos los inconvenientes y rémoras que tradicionalmente, en casi todas ellas, se han opuesto a la renovación de los métodos de enseñanza y a que ellos sean puestos a tono con las presentes exigencias colectivas y sociales. Muy al contrario de lo que pudo alguna vez pensarse: que la futura práctica en el medio rural podría ser excusa para una preparación incompleta, la serie de obligaciones y realizaciones positivas que esa práctica envuelve, debe pesar ante los llamados a formar esos médicos dentro del más alto nivel científico posible. Sabemos muy bien que no todos los egresados de nuestras Facultades de Medicina, van a llenar la etapa del médico rural. Pero en la medida que los avances de la ciencia sanitaria van impregnando cada vez más de su esencia a toda la práctica médica, no es aventurado afirmar que será siempre una garantía de acierto y cabal desenvolvimiento, cualquiera que sea la senda que se vaya a trillar en la medicina, una sólida preparación universitaria en las disciplinas de la Salud Pública y una etapa, aunque sea corta, de ejercicio de las mismas en el medio rural. Ello, cuando menos, serviría para aquilatar la vocación, el carácter, la personalidad, y la sensibilidad social de los jóvenes médicos y eso de por sí ya sería bastante.

Es sabido que debe haber una revisión universitaria en la preparación básica de los médicos en medicina social y salud pública. Sin

embargo, como no está entre las posibilidades de los dirigentes sanitarios el lograrla en el plazo deseado, mientras élla ocurra, tenemos que esforzarnos por dar a los jóvenes médicos que hayan de ocupar posiciones en nuestros servicios rurales, la orientación sanitaria y social que nuestras universidades no han podido darles.

Creemos, que, en Venezuela, se está logrando el establecimiento de un sistema docente racional, jerarquizado de acuerdo con las diversas posiciones a ocupar por los médicos rurales y el cual exponemos aquí, con la esperanza de que él sea de utilidad a los demás países de latinoamérica.

Las etapas de ese sistema docente las hemos denominado como sigue: Pasantía de preorientación, Curso de Orientación para médicos ya en servicio, Curso Básico de Sanidad Rural y Curso de Médicos Higienistas. Estas etapas se van llenando progresivamente, con intervalos más o menos largos entre una y otra, durante los cuales el médico aplica en su sitio de trabajo los conocimientos adquiridos en la etapa anterior y va ganando experiencias y credenciales para las etapas sucesivas.

La pasantía de preorientación es obligatoria para todos los médicos recién egresados de la Universidad que aspiren a entrar a prestar servicios como médicos rurales y se realiza mientras ellos esperan los trámites administrativos del respectivo nombramiento. En dos pequeños centros docentes situados en localidades suburbanas cercanas a Caracas, bajo la dirección de dos competentes médicos rurales, durante un tiempo no mayor de dos a tres semanas, el candidato observa el funcionamiento de las clínicas preventivas: de lactantes, de prenatales, de escolares, etc., al mismo tiempo que se entera de los procedimientos administrativos que va a usar en su pequeña jurisdicción local de salud pública. Se procura además, ponerlos en contacto con los dirigentes nacionales de la División de Sanidad Rural, quienes de un modo muy sencillo les explican lo que se espera de ellos y lo que ellos pueden esperar de su trabajo en las medicaturas rurales.

Esta pasantía de preorientación aspira hacer con los médicos recién graduados lo que la Universidad no hizo: darles la noción emocional y trascendente que va a tener su misión en el medio rural, despertar en ellos una inquietud de tipo social. Que ello se logre o no, en el cien por ciento de los casos, poco importa, ya que ese médico no va a ser perdido de vista: se continúa vigilando su desenvolvimiento por el estudio de los informes mensuales que él debe enviar de su trabajo, por las visitas de supervisión que él debe recibir, por el contacto que se le obliga a mantener con sus dirigentes regionales y distritales.

Sabe, además, ese médico que después de un intervalo no muy largo, pues se aspira a que él no pase de doce meses, será llamado a realizar la segunda etapa: la del Curso de Orientación para médicos ya en servicio, de siete semanas de duración y la cual tiene lugar en un centro más completo, especialmente organizado para esta función ductora: el Centro Experimental Rural y Docente de Santa Teresa del Tuy, a dos horas de Caracas, lo cual permite a la División de Sanidad Rural y demás Divisiones del Ministerio de Sanidad, mantenerse en contacto estrecho con este importante Centro. En el anexo N° 1 está la descripción completa de este curso.

Para los médicos rurales que se destacan en el trabajo y que deben ser llamados, por lo mismo, a posiciones dirigentes de una categoría superior, en un nivel intermedio entre el médico rural corriente y el médico higienista, está organizado el Curso Básico de Sanidad Rural o Curso de Preparación Sanitaria Básica, como también ha sido llamado. En el anexo N° 2 aparece la descripción del Quinto

de estos cursos, el último de los celebrados hasta ahora. Puede verse que él imparte conocimientos, si no completos, por lo menos suficientes para las labores que se aspiran desarrollar en el nivel asignado en las siguientes materias: Administración Sanitaria, Estadística, Epidemiología, Saneamiento, Tuberculosis, Venereología, Higiene Materno-Infantil, Higiene Escolar, Educación Sanitaria, Laboratorio, Nutrición, Lepra, Malariología y Control de Enfermedades Metaxénicas.

La duración total de este curso es de 17 semanas y en ese tiempo creemos que se logra bien el objetivo fundamental del mismo: formar dirigentes locales de salud pública de un nivel intermedio entre el médico rural corriente y el médico higienista. Se logran además, dos objetivos adicionales de no menor importancia: formación de un personal directivo de reserva para llenar las fallas que puedan ocurrir en los niveles superiores y constitución de un grupo ya probado en su orientación vacacional para escoger en él los candidatos a los futuros cursos de médicos higienistas. La aguda escasez que hay de estos últimos y la necesidad de administradores locales para los distritos nuevos que se hace necesario organizar, pone de relieve la importancia que en nuestra organización sanitaria están llamados a tener estos cursos cortos e intensivos de capacitación en los aspectos básicos del trabajo local de salud pública.

Como etapa de culminación viene el curso de Médicos Higienistas sobre el cual nada tendríamos que decir, pues ello se saldría de los límites de nuestro trabajo, como no sea él que visualizamos grandes progresos para el trabajo de salud pública en el medio rural, cuando aquellos que hayan llenado satisfactoriamente las cuatro etapas descritas, se incorporen de nuevo al trabajo de campo. Ellos serán representación viva del ideario integralista y sentirán íntimamente la verdad de la constante dependencia entre lo urbano y lo rural, de la imposibilidad de hacer administración sanitaria por islotes. Ellos tendrán visión amplia, mirada de águilas, en vez de la concepción estrecha de aquellos acostumbrados a refugiarse en el mundo de privilegio del medio urbano, ilusos que pretenden ignorar el peligro restante en el medio rural, enterrando como el avestruz la cabeza en la arena.

No hay que perder de vista también, la necesidad de organizar y mantener sistemas de mejoramiento para la capacidad científica de los médicos, cuya aplicación tenga lugar en el propio sitio de trabajo. Envío regular de revistas y publicaciones científicas, de artículos multigráficos de especial interés, asistencia a convenciones sanitarias regionales donde se estudien los diversos problemas, conferencias por parte de profesores y especialistas visitantes, oportunidad de presentar a éstos algunos casos interesantes etc., etc.

Un similar programa de capacitación para el personal auxiliar, antes de entrar a prestar servicios y mientras los esté prestando, debe también ser organizado, pues es importante que dicho personal auxiliar esté imbuido del mismo espíritu de progreso y mejoramiento profesional que debe animar a los médicos.

IV. - Programas de atención médica

Los servicios médicos que se ofrezcan en los centros de higiene rural, deberán ser tan adecuados a los fines por ellos perseguidos, como lo sean los que se ofrecen a los habitantes de las poblaciones urbanas más favorecidas, atendidas por organismos sanitarios más complejos y diferenciados: Centros de Salud, Unidades Sanitarias, Hospitales, etc.

Pero como en la práctica, no van a estar las diversas organizaciones nacionales en capacidad de ofrecer esa adecuación de servicios integrales en todos los niveles y como, durante mucho tiempo, subsistirá la actual escasez de recursos de todo orden a nivel de los centros de higiene rural, la única manera de lograr para estos últimos el nivel adecuado, será integrándolos con los otros en una red única, articulada y jerarquizada, que permita irradiar hacia los centros rurales las facilidades de laboratorio, rayos X, inspección sanitaria, etc., existentes en los centros urbanos y drenar hacia estos últimos, por un buen servicio de ambulancias, aquellos problemas curativos cuya magnitud impide su solución al nivel indiferenciado de los centros de higiene rural. Se alcanzaría así el ideal tantas veces proclamado de que "ningún ciudadano de la Nación, en ninguna circunstancia, debe verse privado de los óptimos recursos de que la ciencia médica moderna, tanto preventiva como curativa, dispone para evitar sufrimientos, invalideces y muertes."

El centro de higiene rural más simple debe disponer cuando menos de los servicios de un médico, una o dos auxiliares de enfermería y un encargado del despacho de las fórmulas médicas. De las dos auxiliares, una sería responsable por la atención de partos. Algunas veces podría disponerse también de los servicios de una auxiliar de puericultura, en donde ~~haya~~ sido posible organizar una estación de puericultura y de una ecónoma en el comedor escolar, quien debe ayudar en todo lo relativo al servicio de higiene escolar.

Este personal auxiliar, trabajará bajo la vigilancia del personal mejor calificado de los centros distritales, quienes a intervalos regulares deben practicar visitas de supervisión y capacitación. En una primera etapa, el personal distrital podrá realizar algún trabajo directo relacionado con alguna especialidad: tuberculosis, higiene infantil, etc., pero luego, en las etapas ulteriores, este trabajo de especialidad deberá ser realizado totalmente por el personal auxiliar local, quien debe quedar preparado para ello en el curso de la primera etapa. Con esto queremos decir que el personal de los centros de higiene rural deberá ser generalizado por excelencia y que todos los problemas que tengan relación con especialidades deben ser solucionados localmente.

En cuanto a lo curativo, el centro de higiene rural deberá prestar los servicios de: consulta externa general (medicina, cirugía y pediatría), asistencia médica domiciliaria en los casos que así lo ameriten y hospitalización. Esta última, por las limitaciones del personal y dotación, estará reducida al mínimum indispensable.

La gran variedad de servicios que está obligado a prestar el médico rural, hace que su tiempo y sus energías deban ser muy bien administrados para que den el máximo rendimiento posible. De allí que

las visitas domiciliarias tengan que estar reservadas a los casos estrictos en que éllas sean indispensables y el médico se esforzará por hacerlo entender así a la colectividad.

En cuanto a los servicios preventivos, siendo el centro de higiene rural el puesto de avanzada de la red institucional médico-sanitaria de la Nación, deberá actuar como un verdadero servicio local de salud pública, con todos los elementos básicos que tal papel supone.

A este respecto, apoyamos ampliamente las siguientes ideas del Dr. Haven Emerson, máximo impulsador del establecimiento de servicios locales de salud pública en las áreas rurales de los Estados Unidos: "No podemos decir que tenemos un programa nacional de salud o un programa de cuidados médicos para su aplicación en escala nacional, a menos que incluyamos específicas indicaciones para el establecimiento de servicios locales de salud pública que sirvan a toda la población. Lo menos que podemos aceptar como servicios locales de salud pública son el registro y la interpretación de los hechos biológicos relativos a nacimientos, enfermedades y muertes, el control de las enfermedades transmisibles, el manejo del ambiente físico a través de la ciencia del saneamiento y el uso de los laboratorios de salud pública. Cada uno de estos cuatro servicios requiere, en algún aspecto, el ejercicio del poder y la autoridad del Estado. Mucho podemos hacer, además, a través de la aplicación de la higiene materno-infantil y a través de los casi ilimitados recursos de la educación higiénica, para la prevención de muchas condiciones de defectuosa salud en todas las edades".

Seis son, por lo tanto, los servicios que, de acuerdo con las ideas del Dr. Emerson, deben estar previstos como básicos, elementales, para que todo centro de higiene rural pueda cumplir su papel como verdadero servicio local de salud pública, así sea del tipo más sencillo:

- 1º. - Estadística Vital: natalidad, mortalidad y morbilidad.
- 2º. - Control de enfermedades transmisibles, tanto epidémicas como endémicas: tuberculosis, venéreas, parasitosis, buba, lepra, malaria, etc. para citar las más importantes. En el medio rural tienen especial importancia, en este renglón, algunas zoonosis: tuberculosis bovina, brucelosis, rabia e hidatidosis.
- 3º. - Saneamiento del medio físico: agua, excretas, basuras, moscas, control de alimentos.
- 4º. - Laboratorio de Salud Pública: para un correcto diagnóstico etiológico de las diversas enfermedades y conducción verdaderamente científica de la lucha contra las mismas.
- 5º. - Higiene Materno-Infantil: para la lucha específica contra la morbilidad y mortalidad maternas y la morbilidad y mortalidad infantiles. Incluido en este renglón estaría también la asistencia sanitaria del niño en la edad escolar.

- 6º. - Educación Higiénica: que como asienta el Dr. Emerson, posee recursos casi ilimitados para la prevención de muchas condiciones de defectuosa salud en todas las edades. Incluida en la educación higiénica estaría la educación alimenticia.

El mayor o menor énfasis que en el trabajo local deba darse a alguna o algunas de las actividades enumeradas arriba, estará determinado por el estado de los problemas respectivos en el propio sitio de estudio, tal como él es revelado por la encuesta general de la población que debe preceder a la organización de todo el trabajo. En el anexo N° 3 mostramos el modelo usado en Venezuela, como guía en la elaboración de la encuesta general médico-geográfica que se les exige a todos los médicos rurales.

Pero como el estado de esos problemas no es estático sino dinámico, esa encuesta general deberá recibir periódicas revisiones que den cuenta de los progresos alcanzados y de los cambios de énfasis que se hacen necesarios. Una revisión anual o bianual de los coeficientes generales demográficos y de los coeficientes específicos para cada enfermedad, será siempre muy útil en este sentido. Será también el estudio de esos coeficientes, especialmente aquéllos ligados con la morbilidad, el que regule nuestra acción con respecto a las medicinas de que deberá estar provisto el centro de higiene rural para el desarrollo de sus servicios curativos o con respecto a las diversas campañas preventivas sobre las cuales se debe hacer énfasis. Esto último deberá hacer referencia especial al movimiento estacional de las diversas enfermedades endemo-epidémicas.

Dentro de ese orden de ideas y al igual de lo que ocurre en el medio urbano, cuando se van logrando resultados en determinados campos de acción, nuevos problemas se hacen entonces aparentes tomando el lugar de aquellos que han pasado a un segundo plano. Y aquí es que debe ponerse de manifiesto la habilidad del administrador local de salud pública, para encarar los nuevos problemas sin descuidar la consolidación de los resultados obtenidos anteriormente. Y así al mejorar la situación **en cuanto** a enfermedades transmisibles, mortalidad infantil desnutrición, parasitosis, etc., empiezan a ganar importancia los problemas mentales y los relativos a enfermedades crónicas y degenerativas.

Las dificultades mayores que el médico rural **confronta** en cuanto a la aplicación de los procedimientos sanitarios, hacen que dependa de la colaboración de todos y cada uno de los componentes de las colectividades confiadas a su custodia, en una medida mayor de lo que depende su colega urbano. De allí que no se hará nunca exagerado hincapié en la importancia de las labores que en los centros de higiene rural, tienen relación con la organización y mejoramiento de la comunidad y la educación higiénica. Bien conducidas, ellas son una garantía de éxito; menospreciadas o incompletamente desarrolladas, ellas comprometen totalmente el resultado de los esfuerzos.

Una buena recomendación para los médicos rurales, en el sentido de la necesidad de ganarse la confianza y el apoyo de su colectividad, es la de, en un principio, tratar de lograr resultados impresionantes que puedan ser bien visualizados por el público, con respecto a un especial renglón sanitario: mortalidad infantil, enfermedades diarreicas agudas, viruela, coqueluche, etc., concentrando en él los recursos y las energías hasta obtener un resultado evidente que le asegure de una vez el apoyo colectivo.

Será la doble colaboración recibida, por una parte de su centro distrital y por la otra de su propia colectividad, lo que permitirá al centro de higiene rural superar sus debilidades específicas y cumplir cabalmente su papel como verdadero e integral servicio local de salud pública, así sea en su tipo más sencillo,

V. - Problemas a solucionar

a) Financiamiento: Al igual de lo que lo es para los programas urbanos, el financiamiento es el problema número uno a solucionar para la buena marcha de los servicios en el medio rural. La pobreza del medio no hace sino aumentar las dificultades financieras.

De allí que, en una proporción sustancial, se depende de los presupuestos nacionales y regionales para la marcha de los programas de atención médica en el medio rural. Es deber de los dirigentes sanitarios el hacer valorar los servicios por parte de los gobernantes ejecutivos y cuerpos legislativos, encargados de elaborar los respectivos presupuestos y asignar la parte que corresponde a los servicios de salud pública.

Logrado un porcentaje apreciable del presupuesto general de gastos de la Nación y del presupuesto de los Estados para los servicios sanitarios, queda entonces el problema de repartir esos fondos entre los diversos aspectos del programa. Responder a esta pregunta en un terreno teórico es relativamente sencillo: los recursos deben utilizarse allí donde den el máximo rendimiento posible al menor costo. Una aplicación indiscriminada de este principio nos llevaría a preferir en todo caso, al medio urbano sobre el medio rural y a las actividades preventivas y de saneamiento sobre las actividades curativas. Pero hemos visto que hay dependencia entre ambos medios y que es imposible hacer administración sanitaria por islotes.

Por otra parte, el desarrollo de los servicios curativos es indispensable para completar ciertos esquemas sanitarios, donde la terapéutica precoz de alcance preventivo juega un papel primordial. Además, los pueblos exigen en forma enfática cuidados médicos curativos antes que cuidados preventivos y labores de saneamiento, cuya apreciación por las comunidades tiene más bien que ser promovida por los dirigentes de la salud pública. Los gobernantes se encuentran en ocasiones perplejos ante los reclamos inmediatos de las poblaciones, orientados hacia el campo curativo y los consejos de los técnicos que piden más para saneamiento y para actividades preventivas. Tomar en cuenta todos estos hechos y desarrollar habilidosas maneras de verdaderos "vendedores de ideas" ante los gobernantes y ante la opinión pública, es hoy en nuestros países una de las obligaciones más indeclinables para los administradores de la salud pública.

Donde las circunstancias sean favorables (y desgraciadamente no es ese el caso para la mayoría del medio rural de América latina) habrá que esforzarse por promover otros aportes financieros distintos de los presupuestos nacionales y regionales: unas veces serán los gobiernos municipales, otras empresas privadas. Deberá intentarse la extensión del Seguro Social Obligatorio a aquellas zonas rurales donde ello se estime factible, pues es el método más promisor para el financiamiento de los servicios médicos.

Los mismos pobladores deben contribuir en la medida de sus posibilidades al financiamiento de los servicios médicos llamados a beneficiarlos. En muchas ocasiones ello no será posible en dinero, pero entonces es realizable una colaboración en trabajo propio para

alguna obra que esté haciendo falta y que no disponga de recursos financieros adecuados. La construcción de la letrina en el propio domicilio es el mejor ejemplo de esta colaboración en trabajo.

Queda por último, el pago directo de los servicios recibidos por parte de aquéllos que pueden y deben hacerlo. Es necesario establecer normas precisas en este sentido y hacerlas conocer por todos aquéllos interesados en ellas.

El procedimiento seguido en Venezuela, de dejar esa reglamentación a la libre decisión de los médicos y de las personas pudientes, quienes de mutuo y común acuerdo deciden sobre el cobro de la atención médica y el monto de los honorarios, no nos parece el más conveniente a los fines de la mejor organización de los servicios. Esa libertad para el ejercicio privado que se otorga a los médicos rurales, es una fuente de conflictos y de privilegios enojosos. El desarrollo de procedimientos como "la cédula del pobre", para evitar la utilización de los servicios gratuitos por parte de aquellas personas que pueden pagar por ellos, no es tampoco conveniente, ya que él pone trabas a la universal utilización de los servicios preventivos. El sistema que debemos propugnar debe ser muy otro, más serio, más complicado si se quiere, pero de una aplicación más justa para todos. Algo similar a lo que se viene ensayando en los hospitales urbanos, con participación de las Trabajadoras Sociales hasta donde sea posible, deberá ser ensayado también para la solución de este interesante problema en los centros de higiene rural.

a) Escasez de Personal: Este problema está íntimamente ligado al anterior, pues si los médicos y el personal auxiliar son reacios a aceptar posiciones en los centros de higiene rural y a permanecer en ellos, no es si no por las dificultades financieras que esos centros confrontan, lo que hace que no puedan garantizar, ni a unos ni a otros, el nivel económico de subsistencia adecuado.

Por otra parte, si no se garantizan al médico las facilidades y dotación necesarias para una realización satisfactoria de sus actividades y un nivel de confort y de higiene adecuado a sus costumbres y a su categoría de profesional universitario, es humanamente imposible solicitar de ese médico que permanezca en un sitio que tan pocos atractivos le presenta, especialmente si en los centros urbanos tiene todavía perspectivas suficientes de un ejercicio satisfactorio de su profesión. Los centros de higiene rural deben proveer, por lo tanto, facilidades de local, dotación, instrumentos, recursos, personal auxiliar, etc., para que el ejercicio de la medicina se realice en ellos con un mínimo de satisfacción para el médico.

Con estas facilidades logradas, con la mejor orientación vocacional que garantiza un sistema docente racional como él que ya fué descrito, con la constatación en la práctica de las oportunidades de mejoramiento profesional que el sistema ofrece, no creemos difícil atraer y mantener profesionales bien capacitados para el trabajo en el medio rural y que ellos desempeñen sus labores con plena conciencia de estar cumpliendo un deber y obteniendo satisfacciones por lo mismo.

Por otra parte, las condiciones del medio rural aún siendo como son, llevan evidentemente una tendencia al mejoramiento: mayores

facilidades cada día en cuanto a la educación de los hijos, más posibilidades de recreación, mejores vías de comunicación y consiguiente mayor cercanía a los centros urbanos, mayores facilidades en cuanto a producción de alimentos, etc., etc.,

Por último, como dicen con tanta propiedad Mott y Roemer en su libro, "Rural Health and Medical Care": "Hay valores psicológicos y sociales en la vida rural que necesitan haber sido vividos para ser apreciados, hay una satisfacción inefable en la realización de un trabajo que sabemos útil y en sentirse un respetado dirigente en la vida de una comunidad, valores espirituales inapreciables menos probables de encontrar en la vida azarosa y competitiva de las ciudades.

Tanto el personal médico como el auxiliar, una vez asentado satisfactoriamente en el medio rural, deberá ser garantizado también de aquel mínimo de estabilidad, escalafón y previsión social ofrecido al personal de los centros urbanos. No se puede predicar a los demás lo que no vemos realizado en nosotros mismos. Los ideales de salud, bienestar, seguridad y previsión sociales, se predicar mejor cuando sus beneficios se sienten en carne propia. De otra manera nuestra prédica nos parecerá, en lo íntimo de nuestra conciencia, hueca palabrería.

c) Necesidad de nuevos Servicios: Es probable que, en la mayoría de nuestros países, las facilidades existentes permitan la organización de los centros de higiene rural dentro del esquema de trabajo distrital que proponemos, en una forma variable.

Pero existirá siempre un buen número de centros de higiene rural no englobables alrededor de centro distrital alguno, por estar situados más allá del límite de una y media a dos horas, recomendable para la organización distrital. Todo lo que se aparte de ese límite crea dificultades a veces insuperables, pues si con visitas esporádicas desde el centro distrital se puede realizar algún trabajo directo, éllas no permitirán ese doble flujo constante de servicios e informaciones que constituye la verdadera utilidad del trabajo distrital. Habrá necesidad, por lo tanto, de fomentar centros distritales nuevos para incorporar alrededor de ellos a los centros de higiene rural aislados.

En Venezuela nos están sirviendo para tal fin las llamadas Medicaturas Hospitales, donde la existencia de dos y en algunas ocasiones tres médicos, mayor número de auxiliares de enfermería, servicio de laboratorio, rayos X, etc., nos permiten visualizar la posibilidad de perfeccionar esos servicios en aquellos detalles deficientes como son: enfermeras de salud pública e inspectores de sanidad y darles así categoría de centro distrital, todo lo cual les permitirá a la par que perfeccionar en sus propias localidades los servicios de salud pública, extender los beneficios de los mismos a un número de centros de higiene rural subsidiarios que se les fijará en cada caso.

Además de la creación de estos centros distritales nuevos, habrá también necesidad de aumentar el personal y mejorar los servicios en los centros distritales ya existentes. Una iniciativa en este sentido es la de que los médicos adjuntos de los centros distritales, deban realizar el Curso Básico de Sanidad Rural y estar así en

capacidad de ofrecer una colaboración invaluable a los médicos higienistas directores de esos centros.

Aun con la creación de los centros distritales nuevos, quedará siempre un porcentaje variable de centros de higiene rural, no englobables en distritos sanitarios por sus condiciones de especial aislamiento. Sin perder la esperanza de que más tarde puedan esos centros ir siendo incorporados paulatinamente al movimiento distrital, mientras el aislamiento subsista, deberán los respectivos médicos rurales esforzarse en desarrollar los servicios curativos y preventivos con todas las limitaciones que él impone.

d) El Medio Rural disperso: Como lo hemos dicho ya varias veces, el "Centro de Higiene Rural", la "Medicatura Rural", el "Puesto de Salud Rural", la "Posta de Salud", como se ha llamado en diversos países al puesto de avanzada de la red institucional médico-sanitaria de la Nación, está ubicado en la localidad más importante del municipio. Los recursos allí disponibles y los servicios que hemos esbozado, están en primer lugar a la disposición de los habitantes del casco de esa localidad y de los ubicados en el medio rural diseminado más cercano. Hasta ellos pueden extenderse, con relativa facilidad, los beneficios de los distintos servicios médicos que se prestan en el centro de higiene rural. Más allá de ese límite, es posible establecer dependencias del centro de higiene rural en los caseríos más poblados del municipio, atendidas permanentemente por un personal auxiliar y donde el médico asiste una o dos veces a la semana. Estos subcentros de higiene rural, llamados dispensarios foráneos en Venezuela, deben ser también incorporados dentro del esquema de trabajo integral de salud pública que hemos descrito. Para ello se debe tratar de obtener el mayor grado de rendimiento posible del personal auxiliar que los atiende, capacitándolos debidamente y supervisándolos con la debida frecuencia con la ayuda del personal de los centros distritales.

Más allá de los caseríos importantes y sus zonas circunvecinas, están los habitantes del medio rural disperso, aquéllos no asentados en caseríos importantes y diseminados en ranchos, en haciendas y en caseríos de muy pocas casas. La importancia de esta población rural dispersa es muy variable de una región a otra, incluso dentro de un mismo país. ¿Cómo extender hasta esta población rural dispersa la protección de nuestros centros de higiene rural? Pretender hacerlo con el personal de esos centros, trasladando la acción de los mismos, con sus médicos y su personal auxiliar, al medio rural disperso, sería anti-económico. La dispersión de la población y las primitivas vías de comunicación, harían menguado el rendimiento obtenido por ese médico y ese personal móvil, con el agravante de que el centro de higiene rural, el principal foco de actividades, quedaría mientras tanto abandonado. La única manera de proteger íntegramente esa población rural dispersa, de un modo que resulte económicamente posible, es utilizando un personal auxiliar extraído de ese mismo medio, buen conocedor del ambiente y a quien se dará una capacitación bastante elemental en aquellos aspectos en que nosotros queremos influenciar y proteger esa población.

El Dr. Víctor Obregón Gavidia, Director del Centro Experimental Rural de Santa Teresa del Tuy, quien está conduciendo actualmente una interesante experiencia con este tipo de personal, di-

ce al respecto lo siguiente: "La visitadora rural sería el auxiliar que ligaría al médico y su oficina con la familia y la colectividad campesina del medio rural disperso, sería el eslabón indispensable entre el centro de higiene rural y la población dispersa o diseminada. Sería el ente que llevaría conocimientos, cultura, enseñanza y asistencia a toda esta comunidad rural diseminada, en un programa amplio de mejoramiento colectivo".

Según el trabajo del Dr. Obregón, las funciones de estas visitadoras rurales no estarían limitadas al puro aspecto sanitario, sino que incluirían, además, consejos para el mejoramiento de los cultivos y de la cría, para el mejoramiento de la vivienda y sus anexos, para la protección de los alimentos y el uso debido de los mismos, etc., etc. Estas funciones se desarrollarían en íntimo contacto con la maestra rural y con los funcionarios del Ministerio de Agricultura y Cría cuya acción se desenvuelva también en este medio rural disperso.

Las diversas Divisiones especializadas del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, tienen alguna experiencia en este medio por la acción que en él ha tenido lugar en cuanto a lucha antimalárica, antianquilostomíasis, antibubosa, antileprosa, anti-valiorosa, etc., pero con el grave inconveniente de que se trata de labores unilaterales, inconexas, que no se han abocado al mejoramiento integral de la familia campesina.

Como dice el Dr. Obregón: "Cada quien tiene sus especialistas y personal subalterno preparados para atacar los problemas que les son inherentes específicamente, mas no ha habido una coordinación de ellos en el sentido de mirar al campesino y su familia como una unidad social, que vive, piensa y actúa en su medio vital, que tiene una mentalidad peculiar y un trabajo diferente al hombre de las ciudades, que está menos preparado y más olvidado de todos. Este personal subalterno es el que queremos preparar, hacer una experiencia local, controlar los resultados y ver si es posible conquistar el campo al modificar la mentalidad de nuestro campesino, hacia la racionalización de sistemas y de métodos mucho más productivos en la integración que buscamos". Como decimos arriba, esa experiencia local que deseaba hacer el Dr. Obregón, está actualmente en marcha y se están preparando en el Centro Experimental Rural de Santa Teresa del Tuy, seis visitadoras rurales, tres hombres y tres mujeres.

VI. - Conclusiones

1. - La organización de la atención médica, curativa y preventiva, en los centros de higiene rural, no es un fin en sí, sino uno de los tantos medios que coordinadamente deben ser usados, en una organización integral de Salud Pública, para garantizar a los habitantes de las poblaciones rurales, el mismo grado de salud que se aspira alcanzar para las poblaciones urbanas.
2. - En este orden de ideas, también los problemas de saneamiento, vivienda, producción agrícola, mejoramiento del hogar y del nivel general de vida, nutrición, cultura, etc., deben recibir al mismo tiempo la debida atención.
3. - Los servicios médicos que se ofrezcan a los habitantes de las poblaciones rurales, deben ser tan adecuados a los fines por ellos perseguidos, como lo son los que se ofrecen a los habitantes de las poblaciones urbanas. A este fin, los centros de higiene rural deben integrarse con los servicios urbanos, constituyendo regionalmente una red institucional única, en la que cada servicio realiza funciones que son complementadas por otros de la misma zona socio-demográfica.
4. - Esta organización de una red institucional única, a la vez urbana y rural, está tanto más justificada, cuanto que existe una constante interacción entre los medios urbanos y rural, que hace que en determinados momentos epidemiológicos el último se convierte en reservorio restante, para mantener con morbilidad y mortalidad prestadas, los coeficientes anuales del primero. Hay pues una indivisibilidad de los problemas sanitarios en el espacio, que nos impide la administración de la salud pública por islotes.
5. - No ha habido, hasta ahora, acuerdo para una definición exacta del medio rural. Nosotros nos acogemos al límite de 2.500 habitantes para el casco de la población más importante del municipio, establecido por la Oficina del Censo de los Estados Unidos, con el agregado de que se trata de localidades que en su área de población tienen casas separadas entre sí por amplios espacios deshabitados, casas cuya construcción se diferencia poco de las que vemos en el medio diseminado de haciendas y caseríos; localidades donde el abasto de aguas y la disposición de excretas y basuras se hace sobre una base individual y cuyos habitantes viven mayoritariamente de la agricultura y de la cría.
6. - Reconocemos, por otra parte, que a partir de ese ejemplo típico, existen muchas excepciones en el medio rural de **América Latina**. Concretamente, existen poblaciones intermedias, difícilmente diferenciables y para las cuales habría

que establecer un criterio práctico, que en determinados momentos nos permita asimilarlas a la categoría de centros distritales con rango más bien urbano. Hay, además, regiones densamente pobladas, con buenas vías de comunicación y un nivel socio-económico superior, donde el medio rural tiene características de suburbano.

7. - El personal médico y auxiliar que ha de prestar servicios en los centros de higiene rural, deberá estar tan bien capacitado para el desempeño de sus funciones, como lo esté aquel que presta servicios en los centros sanitarios urbanos. A este fin, en el programa que se estudie para los servicios de atención médica en los centros de higiene rural, se debe conceder una importancia fundamental al aspecto ligado con la debida capacitación del personal, antes de entrar a prestar servicios y durante el tiempo en que esté prestándolos. Un sistema docente racional, jerarquizado de acuerdo a las diversas posiciones a ocupar por los médicos rurales, similar al que ha sido descrito en este trabajo, deberá ser estudiado para todos y cada uno de los países de la América latina.
8. - En los centros de higiene rural más simples, puestos de avanzada de la red médico-sanitaria de la Nación, se deberán desarrollar programas de atención médica integral, a la vez curativa y preventiva. En el aspecto curativo: estos programas incluirán consulta externa general de medicina, cirugía y pediatría, asistencia domiciliaria en los casos que lo ameriten y hospitalización en muy contadas excepciones. Todo lo demás deberá ser derivado hacia los centros curativos distritales, donde hay probabilidades de un servicio de superior calidad, por medio de un buen sistema de ambulancias. En el aspecto preventivo, los centros de higiene rural deberán prestar los seis servicios básicos, elementales, siguientes: estadística vital, lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas, saneamiento ambiental, laboratorio de salud pública, higiene materno-infantil y educación higiénica.
9. - Una encuesta general médico-sanitaria, deberá ser realizada previamente en cada localidad donde vaya a asentarse un centro de higiene rural, para que sirva de guía en la determinación de la importancia relativa de cada problema y sobre el énfasis que se le debe dar a cada aspecto del programa. La revisión periódica de esas encuestas y el estudio anual de los coeficientes generales demográficos y de los coeficientes específicos para cada enfermedad, determinarán cualquier cambio de énfasis que se deba imprimir a programas ya en marcha.
10. - Las dificultades mayores que el médico rural enfrenta, hacen que él dependa de la colaboración de todos y cada uno de los componentes de la colectividad confiada a su custodia, en una medida mayor que su colega urbano. De allí que no se hará nunca exagerado hincapié, en la importancia de las labores que en los centros de higiene rural, tienen relación con la organización y mejoramiento comunales y la educación higiénica.

11. - Al igual de lo que lo es para los programas urbanos, el financiamiento es el problema número uno a solucionar para la buena marcha de los servicios en los centros de higiene rural. Aunque, en una proporción sustancial, se depende de los presupuestos nacionales y regionales, esto no debe hacer descuidar otros aportes: municipales, entidades privadas y posible extensión del Seguro Social Obligatorio. Un estudio serio debe ser hecho, para reglamentar el pago de los servicios recibidos por aquellas personas que pueden pagar por ellos. Esto hará referencia solamente a los aspectos curativos, pues no debe haber trabas de ninguna especie a la universal aplicación de los procedimientos preventivos.
12. - Si en la planificación de los programas se toman en cuenta la necesidad de edificios y dotaciones apropiadas para los servicios, vivienda y salario adecuados para el médico y el personal auxiliar, además de lo ya dicho de la necesaria capacitación y oportunidades de mejoramiento antes de entrar al servicio y mientras se permanezca en él, no será difícil atraer y mantener profesionales bien capacitados para el trabajo en el medio rural. Esto será tanto más cierto cuanto que hay un innegable movimiento general de mejoramiento en el medio rural de latinoamérica y cuanto que la vida rural, a pesar de todo, tiene valores que la hacen espiritualmente apreciable, frente a la vida de las ciudades cada vez más azarosa y competitiva. Este personal sanitario del medio rural deberá ser garantizado también de aquel mínimo de estabilidad, escalafón y previsión social, que tenga el de los centros urbanos.
13. - Para la incorporación a la red institucional única de servicios, de aquellos centros de higiene rural relativamente aislados con respecto a los centros distritales urbanos, habrá necesidad de perfeccionar los servicios en algunos centros rurales mayores o urbanos menores para darles categoría de centros distritales, así sean del tipo más simple. Estos centros de higiene rural mayores, llamados a diferenciarse en verdaderos centros distritales tendrán algunas características pre-existentes en cuanto a mayores recursos y mejor nivel socio-económico, de modo que no haya sino que complementar los detalles que estén incompletos para su conversión en centros distritales.
14. - Más allá de los cascos de las poblaciones donde se asientan los centros de higiene rural, en los caseríos menores, en las haciendas y en los ranchos diseminados, está la población rural que se ha denominado dispersa y cuya importancia varía mucho de una región a otra, incluso dentro de un mismo país. Esta población dispersa deberá ser protegida también por los servicios médicos de los centros de higiene rural, quienes dispondrán para tal fin de un personal auxiliar especial: los visitadores rurales. Las funciones de éstos no serán exclusivamente sanitarias sino que estarán orientadas también en un sentido de mejoramiento de la vivienda y de la producción agrícola y pecuaria, del mejoramiento del hogar y de la protección y debido consumo de alimentos.

Bibliografía

Dres. Orellana, Daniel y González, Carlos Luis.- "La asistencia Médica en el Medio Rural". Correlato de Venezuela a la ponencia de igual título del III Congreso Médico Social Panamericano.

Dres. Ríquez Iribarren, Rafael y Alegría, Ceferino.- "La Asistencia Médica en el Medio Rural". Ponencia del III Congreso Médico Social Panamericano.

Dres. Baldó, J. I. y Díaz Guzmán, J. A..- Contribución al Tema: "Unidad Sanitaria y Lucha Antituberculosa". Trabajo leído en el IX Congreso Panamericano de la Tuberculosis.

Dr. Hanlon, J.J.- "Principles of Public Health Administration".

Dr. Abraham Peña, Antonio J.- "Esquema de Distritalización Sanitaria". Comunicación particular.

Dr. Obregón, Víctor.- "Ensayo de Organización de un Centro Rural de Sanidad Integral". Cuaderno Nº 11 del Instituto Nacional de Nutrición.

Dr. Obregón, Víctor.- "Visitadoras Rurales". Cuaderno Nº 16 del Instituto Nacional de Nutrición.

Dr. Ruesta, Santiago.- "Medicina y Salud Pública". Conferencia dictada en la Asociación Venezolana de Salud Pública.

División de Sanidad Rural.- "Resumen del Manual de Pautas y Procedimientos para Médicos Rurales".

Dr. Castillo Plaza, A.- "Medicina Rural: Medicina Preventiva y Curativa". Revista Unidad Sanitaria, Nº 30. Marzo-Abril-1952.

Dres. Cárdenas, Gonzalo, González Mijares, P., Sequera, Antonio M. y Vaso Uranga, Rodrigo.- "Programa de actividades de las Unidades Sanitarias tipo "C". Ponencia presentada en la II Conferencia Anual de Médicos Jefes de Unidades Sanitarias de Venezuela.

Dr. Díaz Guzmán, J. A.- Observaciones a la Ponencia "Programa de Actividades de las Unidades Sanitarias tipo "C".

Dr. Sequera, Antonio María.- "Función coordinadora de las Unidades Sanitarias y de las Medicaturas Rurales". Revista "Unidad Sanitaria" Nº 24. Marzo-Abril-1951.

Dr. García Maldonado, Leopoldo.- "Notas Preliminares sobre Doctrina y Plan de Asistencia Social en Venezuela". Rev. de San. y Asis. Soc., Nº 1 y 2. Abril de 1947.

Díaz Guzmán, Dr. J. A.- "Incorporación de las Medicaturas Rurales al Trabajo Integral de Salud Pública".- Trabajo leído en la Asociación Venezolana de Salud Pública y publicado en la Rev. "Salud Pública", órgano de dicha Sociedad. Vol. I N° 2. 1954.

Bengoa, Dr. José María.- "Medicina Social en el medio rural venezolano". Cuaderno Amarillo N° 2, publicado por la XII Conferencia Sanitaria Panamericana.

Comité de Expertos en Administración Sanitaria de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Informe de la Primera Reunión. Diciembre de 1953.

"Methodes a appliquer pour l'elaboration d'un programme coordonné d'action sanitaire dans les zones rurales".- Deuxième rapport du Comité d'experts de l'Administration de la Santé Publique (O.M.S.) Juin 1954.

Instituto Nacional de Nutrición de Venezuela.- "Nutrición y Salud Pública. Resumen de los problemas de la Nutrición aplicados al campo social".

Hydrick, Dr. J.L. "La Higiene Rural en las Indias Holandesas".1944.

Aguirre Beltrán, Dr. Gonzalo.- "Los Programas de Salud, Interpretados en la situación intercultural". 1955.

Stampar, Professor A.- "Background to Rural Health" Seventh world Health Assembly.

Meyer, K.F.- "The Zoonoses in their relation to Rural Health". Seventh World Health Assembly.

Brockinton, Dr. Fraser.- "The Development of Health Units". Seventh World Health Assembly.

Swaroop, Dr. S.- "Demographic and Health Statistics Relating to Urban and Rural Areas". Seventh World Health Assembly.

"Informe de la Tercera Conferencia sobre los Problemas de Nutrición en la América Latina". Publicaciones científicas de la Oficina Sanitaria Panamericana. Diciembre de 1954. N° 12.

Emerson, Dr. Haven.- "The Hospital Survey and Construction Act and a Nation Wide Health Program". Chapter VII of the book "Ecology of Health". The New York Academy of Medicine. Institute of Public Health.

Emerson, Dr. Haven.- "Local Health Units for the Nation". The Commonwealth Fund. 1945.

The American Public Health Association.- "Desirable minimum functions and organization Principles for Health Activities". An Official Declaration. 1940.

Inter-American Economic and Social Council.- "Pilot Projects for Rural Development". Third Extraordinary Meeting. Caracas. 1953.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela. Memoria del Ministerio ante el Congreso Nacional. 1955.

Aguilar Rivas, Dr. Alberto. "Area de Demostración Integral en El Salvador". Archivos del Colegio Médico de El Salvador. Vol. 6 Nº 2. Junio 1953.

Mott and Roemer.- "Rural Health and Medical Care". Mc Graw-Hill 1938.

CURSO DE ORIENTACION PARA MEDICOS RURALES QUE YA ESTAN PRESTANDO SERVICIO.-

I.- Origen y objetivos.-

Este curso sustituye al antiguo curso de tres meses para Médicos Rurales extranjeros, en el Centro Experimental Rural de Santa Teresa del Tuy.

Con la limitación del número de Médicos Rurales extranjeros al servicio del Despacho, la mayoría de los cuales, por lo demás, ya realizó dicho Curso en Santa Teresa, se ha pensado sea conveniente extender la invitación para que reciban esta orientación general en cuanto a labor de Salud Pública en las Medicaturas Rurales, a todos los Médicos Rurales que están actualmente prestando servicios: no solamente a los extranjeros que no lo hayan hecho anteriormente, sino también a los venezolanos que iniciaron su trabajo en las Medicaturas Rurales, sin el mínimo indispensable de conocimientos en Salud Pública, para una labor exitosa en las actividades integrales que deben ser realizadas en dichos organismos sanitarios elementales.

El objetivo fundamental de estos cursos, por lo tanto, será la orientación básica que el Despacho considera deben tener los Médicos Rurales en relación a la Salud Pública y sus diversos aspectos: curativos, preventivos, de saneamiento, de medicina social, etc. Dentro de las ideas y propósitos de incorporación de las Medicaturas Rurales al trabajo integral de Salud Pública, que viene desarrollando la División de Sanidad Rural, se considera a la actividad docente como verdaderamente fundamental.

Consideramos nuestro sistema docente como articulado con la preparación universitaria por una parte y con las disciplinas superiores de especialización sanitaria, en su aspecto general como higienismo o en algunas de las especialidades conexas, por la otra.

Aspiramos, por lo tanto y en un futuro inmediato, ofrecer los servicios de nuestros Centros Docentes: Santa Teresa, Antimano, Macarao y Baruta, a la Cátedra de Higiene y Medicina Social de la Universidad Central, para algunas pasantías de los alumnos de dicha Cátedra que puedan en esa forma, iniciar, ya al nivel universitario, su orientación en Salud Pública. Inmediatamente después y con el Médico recién graduado que va a prestar servicios en las Medicaturas Rurales, aspiramos continuar las actividades orientativas que se han venido realizando desde Julio de 1.954 en Macarao y Baruta, con los recién egresados de la Universidad y recién ingresados en nuestros cuadros. Esta pasantía rápida de orientación general en Baruta o Macarao, de dos semanas de duración, necesitamos complementarla, para el Médico que ya está prestando servicio, con un curso un tanto más completo, si bien que corto. Este es el Curso de siete semanas en Santa Teresa, que hoy estamos presentando.

Como etapas ulteriores de nuestro sistema docente, podemos anotar: el Curso Básico de Sanidad Rural, de 17 semanas de duración, que se realiza en Caracas bajo la vigilancia directa de la División de Sanidad Rural y con la colaboración decidida de casi todas las Divisiones especializadas. A este curso son llamados aquellos Médicos Rurales que se han destacado en el trabajo y que deben ser capacitados para posiciones dirigentes de una categoría un tanto superior, ocupando niveles intermedios entre el Médico Rural y los Médicos Higienistas: son los dirigentes de los llamados Distritos Sanitarios tipo C. Culmina, por último, el sistema docente, con el Curso de Médico Higienista, especialización definitiva de la carrera sanitaria, en su aspecto general, o con un curso en alguna de las especialidades conexas: Puericultura y Pediatría, Fisiología, Neuro-Psiquiatría, Nutrición, etc.

Dentro del orden de ideas que venimos desarrollando, se considera como obligante para la culminación del proceso en alguna de esas especialidades, el haber llenado las 3 etapas anteriores.

Elas han sido bautizadas, por los médicos rurales nuevos y de un modo ingenioso, como "Kindér, primaria y bachillerato". El "doctorado" vendría a ser la culminación de especialización: Curso de Higienista o de Director de Hospitales, en su aspecto general, o curso de alguna de las especialidades conexas.

II. Duración, etapas y pasantías del Curso.

El curso tendrá una duración de siete semanas y estaría dividido en dos etapas de 3 semanas cada una y una semana adicional de Práctica Pediátrica con la División de Higiene Infantil.

La primera etapa podríamos denominarla como general y teórico-práctica; la segunda sería llamada como especial y fundamentalmente informativa.

Para la primera etapa: los alumnos serán divididos en tres grupos no mayores de 4 alumnos cada uno. Esto con objeto de facilitar la enseñanza práctica. Esta será rotativa para los tres grupos, como se muestra en los horarios adjuntos: en la segunda semana los del grupo "A" toman el horario del grupo "B", éstos los del "C" y éstos los del "A" y así sucesivamente, de modo que todos reciban la misma enseñanza práctica. En cuanto a las clases teóricas: éstas sí serán conjuntas para los tres grupos, como puede verse.

En la segunda etapa, también de tres semanas de duración, se dará a los alumnos la información especial complementaria, según la siguiente distribución:

En la primera semana (cuarta del curso en riguroso orden cronológico) los alumnos presentarán los exámenes correspondientes a las materias vistas en la primera etapa y recibirán conferencias sobre Nutrición, Educación Sanitaria, trabajo de Distritalización, Campañas Especiales, etc.

En la segunda semana (quinta del curso) los alumnos se trasladarán a Caracas para recibir bajo la enseñanza directa de la División de Ingeniería Sanitaria, todo lo relativo al Saneamiento. Dada la particular importancia de ese aspecto del trabajo en el medio rural, se ha creído conveniente dedicarle una semana íntegra en la realización del Curso.

En la tercera semana (sexta del curso) los alumnos se trasladarán a Maracay para recibir, bajo la enseñanza directa de la División de Malaria y Control de la Malaria y lucha contra las enfermedades metaxénicas. También por la importancia de la materia, se ha considerado necesario dedicar una semana del curso íntegramente para tal fin.

En la semana adicional de Práctica Pediátrica, los alumnos se trasladarán a Caracas a recibir, bajo la dirección de la División de Higiene Infantil y la Cátedra de Puericultura y Pediatría del Profesor Pastor Oropeza, una semana intensiva, esencialmente práctica, de Pediatría, en el Hospital de Niños. Se ha tomado esta determinación al constatar que más del 45 % del trabajo realizado en Medicina Curativa en las Medicaturas Rurales, es trabajo de Pediatría.

En resumen cada alumno recibirá:

- 9 clases teóricas de Administración Sanitaria.
- 9 clases teóricas de Bioestadística y 6 horas de ejercicio prácticos.
- 9 clases teóricas de Epidemiología.
- 6 horas teórico-prácticas de Consulta Prenatal.
- 5 horas teórico-prácticas de Higiene Infantil
- 5 horas teórico-prácticas de Higiene Escolar
- 2 horas teórico-prácticas de Higiene Pre-escolar
- 2 horas teórico-prácticas de Venereología
- 6 horas teórico-prácticas de Consulta Curativa
- 6 horas teórico-prácticas de Visitas Domiciliarias.

Más demostraciones prácticas sobre el funcionamiento de los siguientes servicios:

Unidad de Nutrición: Estación de Puericultura
Comedor de Prenatales
Comedor de Pre-escolares
Comedor Escolar

Jardín de Infancia
Casa Cuna
Archivos del Centro
Inspección Sanitaria
Laboratorio.

Medicaturas Rurales del Distrito Sanitario
Red Secundaria de Tuberculosis
Películas de Educación Sanitaria y Control de Comadronas

Y además tres semanas adicionales sobre:

Saneamiento con la División de Ingeniería Sanitaria
Control de Malaria y lucha contra las Enfermedades Metaxénicas:
con la División de Malariología.
Práctica de Pediatría con la División de Higiene Infantil y la
Cátedra de Puericultura y Pediatría del Profesor Pastor Oronoza.

III.- HORARIOS DE LA PRIMERA ETAPA

Pasantía de Médicos Rurales. Grupo "A"

MAÑANAS

TARDES

LUNES:	8 a 9,30:	Administración Sanitaria	2,30 a 3,30:	Epidemiología
	9,30 a 10:	Receso	3,30 a 5,30:	Inspección Sanitaria. Control de Bodegas
	10 a 11:	Nutrición		
	11 a 12:	Bioestadística		
MARTES:	8 a 9:	Informes de la Medicatura	2,30 a 3,30:	Higiene Escolar
	9 a 12:	Medicatura Rural en Santa Teresa. Consulta Curativa	3,30 a 5,30:	Consulta Escolar
MIÉRCOLES:	8 a 9,30:	Administración Sanitaria	2,30 a 3,30:	Epidemiología
	9,30 a 10:	Receso	3,30 a 5,30:	Laboratorio
	10 a 11:	Bioestadística		
	11 a 12:	Comedor Escolar		
JUEVES:	8 a 9:	Informes de Medicaturas	2,30 a 3,30:	Higiene Prenatal
	9 a 12:	Medicatura Rural en Santa Teresa. Consulta Curativa	3,30 a 5,30:	Consulta Prenatal
VIERNES:	8 a 9,30:	Administración Sanitaria	2,30 a 3,30:	Epidemiología
	9,30 a 10:	Receso	3,30 a 5,30:	Consulta Escolar
	10 a 11:	Bioestadística		
	11 a 12:	Control de Comadronas		
SABADO:	8 a 10:	Ejercicios de Estadística		
	10 a 12:	Películas de Educación Sanitaria		

Este horario es válido para el Grupo "A" en la primera semana de pasantía. En la segunda semana se registrará por el horario del Grupo "B" y en la Tercera por el horario del Grupo "C".

III.- HORARIOS DE LA PRIMERA ETAPA

Pasantía de Médicos Rurales. Grupo "B".

MAÑANAS

TARDES:

<p>LUNES:</p> <p>8 a 9,30: 9,30 a 10: 10 a 11: 11 a 12:</p>	<p>Administración Sanitaria Receso Periódico Mural Bioestadística</p>	<p>2,30 a 3,30: Epidemiología 3,30 a 5,30: Consulta Infantil</p>
<p>MARTES:</p> <p>8 a 9: 9 a 12:</p>	<p>Archivo Visita Domiciliaria</p>	<p>2,30 a 3,30: Estación de Leche 3,30 a 5,30: Archivo de la Medicatura</p>
<p>MIÉRCOLES:</p> <p>8 a 9,30: 9,30 a 10: 10 a 11: 11 a 12:</p>	<p>Administración Sanitaria Receso Bioestadística Casa-cuna</p>	<p>2,30 a 3,30: epidemiología 3,30 a 5,30: Consulta Pre-escolar</p>
<p>JUEVES:</p> <p>8 a 9: 9 a 12:</p>	<p>Archivo Visita Domiciliaria</p>	<p>2,30 a 3,30: Higiene Infantil 3,30 a 5,30: Consulta Infantil</p>
<p>VIERNES:</p> <p>8 a 9,30: 9,30 a 10: 10 a 11: 11 a 12:</p>	<p>Administración Sanitaria Receso Bioestadística Jardín de Infancia</p>	<p>2,30 a 3,30: Epidemiología 3,30 a 5,30: Consulta de Venereología</p>
<p>SABADO:</p> <p>8 a 10: 10 a 12:</p>	<p>Ejercicios de Estadística Películas de Educación Sanitaria</p>	

Este horario es válido para el grupo "B" en la Primera semana de pasantía. En la Segunda semana se registrará por el horario del grupo "C" y en la Tercera por el horario del grupo "A".

III.- HORARIOS DE LA PRIMERA ETAPA

Pasantía de Médicos Rurales. Grupo "C"

MAÑANAS

TARDES

LUNES:	8 a 9,30: 9,30 a 10: 10 a 11: 11 a 12:	Administración Sanitaria Receso Viviendas Bioestadística	2,30 a 3,30: 3,30 a 5,30:	Epidemiología Laboratorio
MARTES:	8 a 12:	Medicatura de Santa Lucía	2,30 a 3,30: 3,30 a 5,30:	Higiene Prenatal Consulta Prenatal
MIERCOLES:	8 a 9,30: 9,30 a 10: 10 a 11: 11 a 12:	Administración Sanitaria Receso Bioestadística Inspección Sanitaria	2,30 a 3,30: 3,30 a 5,30:	Epidemiología Certificados de Salud
JUEVES:	8 a 12:	Medicatura de Yare	2,30 a 5,30:	Unidad Sanitaria y Red Secundaria de Occumare
VIERNES:	8 a 9,30: 9,30 a 10: 10 a 11: 11 a 12:	Administración Sanitaria Receso Bioestadística Laboratorio	2,30 a 3,30: 3,30 a 5,30:	Epidemiología Inspección Sanitaria
SABADO:	8 a 10: 10 a 12:	Ejercicios de Estadística Películas de Educación Sanitaria		

Este horario es válido para el grupo "C" en la primera semana de pasantía. En la segunda semana se registrará por el horario del Grupo "A" y en la Tercera por el horario del Grupo "B".

Q U I N T O C U R S O B A S I C O D E S A N I D A D R U R A L
Primera etapa: 17 de enero al 5 de marzo de 1955

MAÑANAS

GRUPO "A"

TARDES

<p>LUNES:</p> <p>7,30 a 10,30:</p> <p>11 a 12:</p> <p>8 a 9:</p> <p>9 a 10,30:</p> <p>10,30 a 11:</p> <p>11 a 12:</p> <p>8 a 12:</p>	<p>Práctica Dispensarial: 3 en cada Dispensario Antituberculoso</p> <p>Bacteriología de la Tuberculosis: Todo el grupo en el Instituto de Tuberculosis con el Sr. Velasco</p> <p>Seminarios de Estadística con el Dr. Frin- cipe en el Instituto de Tuberculosis</p> <p>Clases teóricas con el Dr. Baldó en el Instituto de Tuberculosis (Tuberculosis y Neumonología)</p> <p>Réceso</p> <p>Clases teóricas y prácticas con los Drs. Valledares, Lozano, Díez Guzmán o Urdane- ta en el Instituto de Tuberculosis</p> <p>Clases teóricas y prácticas de Pediatría en el Hospital de Niños con los Drs.</p>	<p>2 a 4:</p> <p>4,30 a 5,30:</p> <p>2 a 4:</p> <p>4,30 a 5,30:</p> <p>2 a 4:</p> <p>4,30 a 5,30:</p> <p>2 a 4:</p>	<p>Práctica de Tuberculosis con el Dr. Pérez Lozano en la Escuela Nacional de Enfermeras</p> <p>Nutrición: 7 lunes. Con los Drs. Bangoa, Castillo Plaza, Liendo, etc. en el Instituto respectivo</p> <p>Práctica y clases teóricas de Consulta Prenatal con el Dr. Viso Pittaluga en el Instituto de Puericultura</p> <p>Clases y Seminarios de Epidemiología en la División respectiva con los Drs. Osuna y Curriel</p> <p>Práctica de radioscopias y radiografías con el Dr. en el Sanatorio "Simon Bolívar"</p> <p>4,30 a 5,30: Administración Sanitaria en el Instituto de Higiene con el Dr. Apreaza</p> <p>Prácticas de Tuberculosis con el Dr. Pérez Lozano en la Escuela Nacional de Enfermeras</p> <p>Prácticas y clases técnicas de Venereología en la División respectiva con los Drs. Alarcon, Medina, etc.</p> <p>Práctica y clases teóricas de Higiene Infantil en el Instituto de Puericultura con los Drs. Oropeza y Vizcarrondo</p> <p>4,30 a 5,30: Estadística Vital en la División de Epidemiología con el Dr. Curriel y Sr. De Shelly</p>
<p>MARTES:</p> <p>8 a 9:</p> <p>9 a 10,30:</p> <p>10,30 a 11:</p> <p>11 a 12:</p> <p>8 a 12:</p>	<p>Clases de Higiene Escolar y Educación Sanitaria con los Drs. Ortega, Alegria y Demetrio Castillo</p>	<p>2 a 4:</p> <p>4,30 a 5,30:</p> <p>2 a 4:</p> <p>4,30 a 5,30:</p> <p>2 a 4:</p>	<p>Práctica y clases teóricas de Higiene Infantil en el Instituto de Puericultura con los Drs. Oropeza y Vizcarrondo</p> <p>4,30 a 5,30: Estadística Vital en la División de Epidemiología con el Dr. Curriel y Sr. De Shelly</p>
<p>MIERCOLES:</p> <p>8 a 9:</p> <p>9 a 10,30:</p> <p>10,30 a 11:</p> <p>11 a 12:</p> <p>8 a 12:</p>	<p>Reunión clínica en el Sanatorio "Jose Gregorio Hernandez"</p> <p>Clase de Prácticas de Laboratorio en la División de Laboratorios.</p>	<p>2 a 4:</p> <p>4,30 a 5,30:</p> <p>2 a 4:</p> <p>4,30 a 5,30:</p> <p>2 a 4:</p>	<p>Práctica y clases teóricas de Higiene Infantil en el Instituto de Puericultura con los Drs. Oropeza y Vizcarrondo</p> <p>4,30 a 5,30: Estadística Vital en la División de Epidemiología con el Dr. Curriel y Sr. De Shelly</p>
<p>JUEVES:</p> <p>8 a 9:</p> <p>9 a 10,30:</p> <p>10,30 a 11:</p> <p>11 a 12:</p> <p>8 a 12:</p>	<p>Igual al Lunes</p>	<p>2 a 4:</p> <p>4,30 a 5,30:</p> <p>2 a 4:</p> <p>4,30 a 5,30:</p> <p>2 a 4:</p>	<p>Práctica y clases teóricas de Higiene Infantil en el Instituto de Puericultura con los Drs. Oropeza y Vizcarrondo</p> <p>4,30 a 5,30: Estadística Vital en la División de Epidemiología con el Dr. Curriel y Sr. De Shelly</p>
<p>VIERNES:</p> <p>8 a 9:</p> <p>9 a 10,30:</p> <p>10,30 a 11:</p> <p>11 a 12:</p> <p>8 a 12:</p>	<p>Igual al Martes</p>	<p>2 a 4:</p> <p>4,30 a 5,30:</p> <p>2 a 4:</p> <p>4,30 a 5,30:</p> <p>2 a 4:</p>	<p>Práctica y clases teóricas de Higiene Infantil en el Instituto de Puericultura con los Drs. Oropeza y Vizcarrondo</p> <p>4,30 a 5,30: Estadística Vital en la División de Epidemiología con el Dr. Curriel y Sr. De Shelly</p>
<p>SABADÓ</p> <p>10,30 a 12:</p>	<p>Igual al Lunes</p>	<p>2 a 4:</p> <p>4,30 a 5,30:</p> <p>2 a 4:</p> <p>4,30 a 5,30:</p> <p>2 a 4:</p>	<p>Práctica y clases teóricas de Higiene Infantil en el Instituto de Puericultura con los Drs. Oropeza y Vizcarrondo</p> <p>4,30 a 5,30: Estadística Vital en la División de Epidemiología con el Dr. Curriel y Sr. De Shelly</p>

QUINTO CURSO BASICO DE SANIDAD RURAL

Primera etapa: 17 de enero al 5 de marzo de 1955

MAÑANAS

GRUPO "B"

TARDES

LUNES:	7,30 a 10,30: Práctica Dispensarial: 3 en cada Dispensario Antituberculoso	2 a 4: Práctica de Tuberculosis con el Dr. Urdaneta en el Centro Demostrativo de Antimano
	11 a 12: Anatomía Patológica. Todo el grupo en el Instituto de Tuberculosis con el Prof. Lamanna	4,30 a 5,30: Nutrición: 7 lunes. Con los Drs. Bengoa, Castillo Plaza, Liendo, etc. en el Instituto respectivo
	8 a 9: Seminarios de Estadística con el Dr. Principa en el Instituto de Tuberculosis	2 a 4: Práctica de Higiene Infantil con el Dr. Urdaneta en el Centro Demostrativo de Antimano
MARTES:	9 a 10,30: Clases teóricas con el Dr. Baldó en el Instituto de Tuberculosis (Tuberculosis y Neumonología)	4,30 a 5,30: Clases y Seminarios de Epidemiología en la División respectiva con los Drs. Curiel, Osuna, etc.
	10,30 a 11: Receso	
	11 a 12: Clases teóricas y prácticas con los Drs. Vellido, Lozano, Díaz Guzman o Urdaneta en el Instituto de Tuberculosis	
MIÉRCOLES:	8 a 12: Clases teóricas y prácticas de Pediatría en el Hospital de Niños con los Drs. Oropeza, Vizcarrondo, Figueroa o Urdaneta	2 a 4: Práctica de radioscopias y radiografías con el Dr. Lozano Gomez en el Sanatorio "José Gregorio Hernández"
JUEVES:	Igual al Lunes	4,30 a 5,30: Administración Sanitaria en el Instituto de Higiene con el Dr. Arpeaza
		2 a 4: Práctica de Tuberculosis con el Dr. Urdaneta en el Centro Demostrativo de Antimano
VIERNES:	8 a 9: Clases de Higiene Escolar y Educación Sanitaria con los Drs. Ortega, Alegria y Demotrio Castillo	4,30 a 5,30: Prácticas y clases teóricas de Venereología con los Drs. Alarcon, Medina, etc. en la División respectiva
	9 a 12: Igual al Martes	2 a 4: Práctica y Clases teóricas de Higiene Infantil con el Dr. Urdaneta en el Centro Demostrativo de Antimano
SABADO:	8 a 10: Reunión Clínica en el Sanatorio "José Gregorio Hernández"	4,30 a 5,30: Estadística Vital en la División de Epidemiología con el Dr. Curiel y Sr. De Shelly
	10,30 a 12: Clase de Práctica de Laboratorio en la Div. resp.	

NOTA: En la Segunda Etapa: del 7 de marzo al 23 de abril inclusive, los del grupo "A" pasan a registrarse por el horario del grupo "B" y los del grupo "B" pasan a registrarse por el horario del grupo "A". La única modificación para ambos grupos, es que el lunes de 4,30 - 5,30 en las tardes, se dedica a Lepra: 7 lunes, en vez de nutrición como en la primera etapa.

Cada etapa comprende 7 semanas.

Los exámenes tendrán lugar en el curso de la 14ª semana, la que se extiende del lunes 18 al sábado 23 de abril.

Las 15ª y 16ª semanas, entre el lunes 25 de abril y el sábado 7 de mayo inclusive, serán dedicadas a Saneamiento, bajo la dirección de la División de Ingeniería Sanitaria y a una visita de 2 1/2 días al Centro Experimental Rural de Santa Teresa del Tuy.

La 17ª y última semana, entre el lunes 9 y el sábado 14 de mayo inclusive, será dedicada íntegramente a Malaria y control de Enfermedades Metaxénicas, bajo la dirección de la División de Malaria.

En resumen cada grupo tendrá:

- 28 mañanas de práctica Dispensarial de Tuberculosis.
- 14 clases teórico-prácticas de Anatomía Patológica de la Tuberculosis.
- 14 clases teórico-prácticas de Bacteriología de la Tuberculosis.
- 28 clases teóricas de Tuberculosis y Neumonología con el Dr. Baldo. De estas, algunas serán cedidas para las exposiciones sobre Higiene Infantil que hagan falta.
- 28 clases teórico-prácticas de Tuberculosis con los Drs. Valladares, Lozano o Díaz Guzmán. Algunas de estas serán cedidas al Dr. Urdaneta para exposiciones sobre Higiene Infantil.
- 14 clases de práctica de radioscopias y radiografías con los Drs. Lozano, Gomez o
- 14 sesiones prácticas de Tuberculosis con el Dr. Urdaneta en el Centro Demostrativo de Antimano.
- 14 sesiones prácticas de Tuberculosis con el Dr. Pérez Lozano en la Escuela Nacional de Enfermeras.
- 14 sesiones clínicas de Tuberculosis en el Sanatorio "José Gregorio Hernández".
- 14 clases y prácticas de Laboratorio en la División de Laboratorio.
- 7 clases y prácticas de Consulta Prenatal con el Dr. Viso Pittaluga en el Instituto Nacional de Puericultura.
- 7 sesiones teórico-prácticas de Higiene Infantil con los Drs. Oropeza y Vizcarrondo en el Instituto Nacional de Puericultura.
- 14 sesiones teórico-prácticas de Higiene Infantil con el Dr. Urdaneta en el Centro Demostrativo de Antimano.
- 14 sesiones teórico-prácticas de Pediatría en el Hospital de Niños con los Drs. Oropeza, Vizcarrondo, Figueroa o Urdaneta.
- 7 clases teórico-prácticas de Nutrición con el Instituto Nacional de Nutrición.
- 7 clases teórico-prácticas de Lepra con la División de Lepra.
- 14 seminarios o clases de Epidemiología con la División respectiva.
- 14 clases de Estadística Vital con la División respectiva y
- 14 Seminarios de Estadística con el Dr. Príncipe.
- 14 clases de Administración Sanitaria con el Dr. Arreaga Guzman.
- 14 clases teórico-prácticas de Venereología con la División respectiva.
- 8 clases y prácticas de Higiene Escolar con los Dr. Ortega y Alegría.
- 6 clases de Educación Sanitaria con los Drs. Demerzio Castillo y Jiménez Arráiz.
- 1 1/2 semanas teórico-prácticas de Saneamiento, con la División de Ingeniería Sanitaria.

- 2 1/2 días de visitas al Centro Experimental Rural de Santa Teresa del Tuy.
- 1 semana completa, teórico-práctica, de Malariaología y Control de Enfermedades Metaxénicas, con la División de Malariaología.
- 322 Sesiones de Trabajo o clases en 14 semanas de 2 etapas y 3 semanas adicionales, de un curso intensivo que comprende:
- 1°.- Tuberculosis: Clínica, Bacteriología, Anatomía Patológica, Inmunología y Administración. Neumonología.
 - 2°.- Higiene Materno-Infantil; Clínicas de puericultura y pediatría, administración.
 - 3°.- Venereología: Clínicas y administración.
 - 4°.- Epidemiología: Teoría y administración.
 - 5°.- Estadística: Teoría y problemas.
 - 6°.- Laboratorio: Teoría y práctica.
 - 7°.- Administración Sanitaria: Seminarios
 - 8°.- Nutrición: Información teórica.
 - 9°.- Lepa: Teoría y prácticas.
 - 10°.- Saneamiento: Teoría y prácticas
 - 11°.- Malariaología y Control de Enfermedades Metaxénicas: Teoría y prácticas.
 - 12°.- Higiene Escolar y Educación Sanitaria: Teoría y práctica.

DIRECTORIO DE SERVICIOS

- Dispensario N° 1.- Calle Colombia, N° 15.- Catia.- Telef. 90239
- Dispensario N° 2.- Esquina de Delicias, San Juan.- Telef. 84152
- Dispensario N° 3.- Pinto a Miseria. Sta. Rosalía.- Telef. 82959
- Dispensario N° 4.- Avenida México, Frente al Hotel Savoy, Candelaria. telef. 50030.
- Sanatorio "Simón Bolívar".- El Algodonal.- Antímano.- Telef. 24212-24138- 24123- 24124.
- Instituto de Tuberculosis.- Algodonal.- Antímano.- Telef. 24212-24138- 24123-24124.
- Sanatorio Infantil.- El Algodonal.- Antímano. Tlef. 23605.
- Hospital de Niños.- Detrás del Hospital Vargas, San José Telef. 52121.
- Sanatorio "José Gregorio Hernández".- Cotiza.- Telef. 56649.
- Centro Docente de la Escuela Nacional de Enfermeras. Cotiza Telef. 51162.
- División de Laboratorios.- Cruz de La Vega a Palo Grande 223. Telef. 87279-85011.
- Instituto de Nutrición.- Esquina de El Carmen. San Juan Telef. 96648
- Instituto de Puericultura.- Dos Pilitas a Portillo.- Telef. 85323
- Centro Demostrativo de Antímano.- Urbanización "Guzmán Blanco", Dispensario Leopoldo Aguerrevere, Antímano. Telef. 82
- División de Epidemiología y Estadística Vital.- 7° Piso.- Edificio Sur. Ave. Bolívar. Telef. 93167
- Sección de Preparación de Personal (Dr. A. Arreaza Guzmán) Instituto de Higiene.- Ciudad Universitaria. Telef. 59524
- Instituto de Venereología.- Manduca a Ferrenquín. Telef. 55231
- División de Ingeniería Sanitaria.- 6° Piso, Edificio Sur. Avenida Bolívar. Telef. 85603
- División de Lepra.- Cuartel San Carlos a Dos Pilitas N° 4.- Telef. 96885.
- División de Sanidad Rural.- 6° Piso Edificio Sur. Ave. Bolívar. Telef. 96884.

BOLETIN INFORMATIVO PARA ALUMNOS Y PROFESORES DEL CURSO BASICO DE SANIDAD RURAL.

Necesidad de prolongar la Segunda Etapa y todo el Curso, una semana mas.

Visto que la semana del 4 al 9 de abril, inclusive, corresponde a la Semana Santa, lo cual hace imperativo suspender durante esos días las actividades docentes y como todos los programas incluyen 7 semanas útiles en la segunda etapa, se hace necesario prolongar la duración de esta última hasta el sábado 30 de abril inclusive.

Los exámenes tendrán lugar en el curso de la semana que se extiende entre el lunes 5 y el sábado 30 de abril inclusive.

Las dos semanas dedicadas a Saneamiento y a la pasantía por el Centro Experimental Rural de Santa Teresa del Tuy, se extenderán, por lo tanto, entre el lunes 2 y el sábado 14 de mayo inclusive.

La última semana, la dedicada a Malariología será la comprendida entre el lunes 16 y el sábado 21 de mayo inclusive.

El curso en total viene resultando, como se había programado, de 17 semanas de trabajo, ya que la Semana Santa no queda considerada como semana de trabajo.

C O N T R I B U C I O N A L A G E O G R A F I A
M E D I C A S A N I T A R I A
DE
V E N E Z U E L A

Encuesta General de Geografía Social de:

Municipio:

DISTRITO:

Estado:

Plan de Trabajo.

Introducción.

Trabajo.

- I.- Caracteres Geográficos.
- II.- Censo de población, datos etnográficos e históricos.
- III.- Administración Pública y Servicio Médico-Sanitarios.
- IV.- Datos Sociales.
- V.- Datos Económicos.
- VI.- Datos Demográficos.
- VII.- Nosografía.

Resumen.

Conclusiones y Plan de Saneamiento.

Bibliografía.

Indice.

Encuesta General de Geografía Social.

Estado
Distrito
Municipio
Ciudad
Pueblo
Caseros
Vecindarios
Población dispersa

1.- Caracteres Geográficos.

Situación geográfica, límites, superficie.

- 1.- Coordenadas geográficas.
- 2.- Altura sobre el nivel del mar.
- 3.- Límites.
- 4.- Áreas en hectáreas del poblado y en kilómetros del municipio
- 5.- Distancia a las capitales del Distrito, Estado y a la capital de la República.
- 6.- Distancia a otras ciudades o sitios a los cuales esté vinculada la localidad.

Datos sobre los caracteres fisiográficos de la Zona en que se encuentra situada la Medicatura.

- A.- Paisaje.-Breve reseña sobre los caracteres generales de la región (llanura, valle, montaña, Terrenos altos, región cercana a lago, ríos, etc) mencionando los principales nombres de los accidentes geográficos.
- B.- Caracteres Geológicos.
 - 1.- Sistema orográfico a que pertenece la región su aspecto y descripción general.
 - 2.- Origen y constitución de los terrenos en que se encuentra emplazado el poblado y alrededores.
 - 3.- Tipo de suelo (arcilloso, silíceo, arcilloso-silíceo, calcareos, arenosos, etc.).
 - 4.- Grado de permeabilidad del suelo en el poblado y sus alrededores.
 - 5.- Talla del agua del subsuelo, profundidad en los sitios accesibles como algibes, taladros pozos, etc.
- C.- Hidrografía.
 - 1.- Cuenca hidrográfica a que pertenece el Municipio. Ríos, arroyos, Quebradas, Manantiales, Lagunas, fuentes termales, ciénagas, y otras colecciones de aguas temporales o permanentes y sus distancias del poblado.
 - 2.- Inundaciones que ocurren en la región; su origen, si debidas a lluvias, a levantamientos en el nivel de los ríos, por interrupción del drenaje natural el tiempo en que ocurren, la parte de área afectada etc.

D.- Datos Meteorológicos.-

- 1.- Temperatura, variación entre el día y la noche, media mensuales, y anuales en Máxima y Mínima.
- 2.- Lluvia, épocas y régimen pluviométrico.
- 3.- Vientos reinantes, frecuencia, intensidad, dirección etc.
- 4.- Presión atmosférica.
- 5.- Humedad relativa (términos medio anual).
las Estaciones Meteorológicas del Ministerio de Agricultura y Cría o de Malariología, en caso de encontrarse en una población de la región, pueden suministrar estos datos.
En caso de no disponer de datos precisos, consignar las impresiones personales sobre los asuntos mas arriba enumerados relativos al clima.

II.- CENSO DE POBLACIONA.- Habitantes.

- 1.- Según el último censo nacional.
 - a) del casco del poblado
 - b) aldeaños o caseríos
 - c) población dispersa.
- 2.- Del Municipio y porcentaje en relación con los habitantes del Estado y del Distrito.

B.- Distribución de la población.

- 1.- Por sexo
- 2.- Grupo de edades
- 3.- Estado civil
- 4.- Estado cultural
- 5.- Grupos sanitarios. (Infantil, pre-escolar, escolar, juvenil adulta).

C.- Zona de influencia de la Medicatura.

- 1.- Constituye un núcleo denso o está disperso sin formar un núcleo apreciable, (caseríos y vecindarios rurales, precisar las características de la distribución y si ésta se efectúa alrededor de un punto determinado: estación de ferrocarril, escuela, autoridad nacional o policial, fabrica, mina, etc.)
- 2.- Migraciones, población estable; breve informe acerca de la existencia de movimientos migratorios, épocas del año en que cada uno se produce, origen y destino de los mismo, causas que lo determinan (colectas de café) importancia numérica y consecuencia de estos fenómenos en la vida de la localidad.

ETNOGRAFIA

A.- Datos generales sobre los aborígenes y la composición actual racial de la población.

- 1.- Indios.
- 2.- Negros.
- 3.- Blancos.
- 4.- Mestizos.

B.- Distribución geográfica de la población según su origen étnico, dentro de la localidad y sus inmediaciones.

DATOS HISTORICOS

A.- Sobre la fundación del pueblo.

- 1.- Documentos.
- 2.- Leyendas.

B.- Personajes incluyentes en el poblado.

- 1.- Ligera reseña de sus méritos (personajes muertos)

III.- ADMINISTRACION PUBLICA Y SERVICIOS MEDICOS SANITARIOS

A.- Rentas y Gastos Públicos.

- 1.- Presupuesto de ingresos y egresos para el Estado, Municipio, Junta Comunal, etc. para los diferentes capítulos. Porcentaje dedicado a Sanidad y Asistencia Social.

B.- Legislación Sanitaria.

- 1.- Informe sobre las disposiciones sanitarias que contengan las leyes estatales y ordenanzas municipales:
Constitución del Estado.
Código de Policía.
Ley de Arancel Judicial.
Ordenanzas sobre Aseo Urbano.
Ect. Etc.

C.- Edificios Públicos.

- 1.- Condiciones sanitarias de cada uno de ellos en lo que se refiera al abasto de agua, disposición de excretas, capacidad de las habitaciones, ventilación, iluminación, asistencia médica etc.
- 2.- Materiales empleados en las diferentes construcciones, paredes, piso, techo. Sugerencias para sus mejores, etc.

D.- Servicios Públicos.

- 1.- Abastecimiento de agua para bebida.
 - a) Acueducto, si lo hay, Propiedad: pública o particular.
 - b) Origen de sus aguas: condiciones de captación, aducción, almacenamiento y red de distribución, Juicio sobre las condiciones higiénicas del agua y posibilidad de su contaminación.
 - c) Citar si se han hecho exámenes químico-bacteriológicos del agua y resultados obtenidos.
 - d) Si es posible, dar cifras sobre consumo por cápita y por día, indicar si hay épocas de sequía que disminuyen su consumo.
 - e) Casas en conexión con el acueducto y número de Surtidores Públicos.
 - f) Valor del derecho de agua, duración del suministro, hay vendedores particulares, transporte, precios, etc.
 - g) Procedimiento de purificación o de tratamiento usado para su consumo.
 - h) Depósitos para conservar el agua de las casas, su tipo mas general, comentarios, tipo de filtro, piedras.
 - i) Otras fuentes de agua usadas en la localidad (corriente, pozo, algibe, bomba, molino, represa Jaguelles, acequia) comentar las posibilidades de contaminación.
 - j) Si se trata de aguas de ríos, emitir juicio sobre sus condiciones, paso del río por áreas habitadas y si atraviesa terrenos agrícolas o pecuarios y peligros de contaminación aguas arriba de la toma.. (Desembocadura de cloacas, sitios de baños, lavaderos, paso de caminos, etc.) Distancia del río a la población y medios de transporte del agua.
 - k) Comentarios sobre mejoras en el sistema de abastecimiento, inmediato, mediato.

2.- Cloacas.

- a) Sistema de vacunación de que dispone la localidad. (cloacas, letrinas, hoyos, superficial, etc.)
- b) Juicio sobre el total de casas con letrinas, condiciones; que campañas se han hecho en la localidad para mejoras de disposición de excretas. Es reacia la población al uso de letrinas, etc.
- c) Comentarios sobre mejoras inmediatas y mediatas que se pueden establecer en la localidad en la disposición de excretas.

3.- Asco Urbano y Domiciliario.

- a) Existencia de dicho servicio o si los particulares se encargan de ello.
- b) Destino de las basuras, sitio en que botan, tratamientos ulteriores, etc.
- c) barrido de las calles, horas en que se hace, cada cuanto tiempo se hace el barrido, es limpio el poblado, etc.
- d) Comentarios y plan para su mejora.

4.- Matadero.

- a) Emplazamiento, Condiciones higiénicas, facilidades de lavado, protección contra las moscas, servicios sanitarios.
- b) Derechos que se pagan, costos de transporte, precio de ganado en pie, hay permisos para matar en las casas, etc.
- c) Control de la matanza (ante-mortum y post-mortum) enfermedades frecuentes encontrados en el ganado de la región.
- d) Comentarios y plan de mejoras.

5.- Mercados.

- a) Emplazamiento y condiciones higiénicas, servicios sanitarios.
- b) Comentarios y plan de mejoras,

6.- Cementerios.

- a) Emplazamiento y distancia al poblado, clase de terreno cercano a viviendas y tomas de agua, etc. etc.

E.- Educación y Cultura.

1.- Instrucción Pública.

- a) Nivel general de instrucción, analfabetismo.
- b) Población Escolar.
- c) Inscripción y asistencia media a las escuelas.
- d) Número de escuelas, ubicación en la localidad, su índole (federal, estatal, municipal, particular, graduada, unitaria, etc. Aroescuela, Escuela de Artes y Oficios etc.
- e) Maestros, graduados, su número, sus sueldos respectivo, edad, rendimiento, colaboración con la Medicatura etc.
- f) Edificios Escolares, sus condiciones sanitarias, dotación del material escolar apropiado a la localidad.
- g) Organismos escolares existentes en la localidad. (Sociedades de Padres y Maestros y Amigos de la Escuela, Centro de Colaboración Pedagógico, Cruz Roja Escolar, Periódico Mural, Biblioteca Escolar, Museo Escolar, etc., ayuda que pueda prestar la Medicatura para su creación.
- h) Los maestros cumplen en tener su Certificado de Salud.
- i) Existencia de Comedores Escolares, roperos escolares, Colonias sanitarias infantiles, etc. mas cercanas a la localidad.
- j) Fecha de iniciación y duración del Periódico Escolar, horario escolar.
- k) Escolaridad, causas que la impiden o causas de la **de-
serción** escolar.
- l) Edad (término medio) de los niños al ingresar y egresar de la escuela.

2.- Bibliotecas y Centros Culturales.

- a) Hacer un recuento de las Agrupaciones existentes en la localidad (Salones de Lectura) agrupaciones musicales, Sociedades Culturales, etc) o de existencia anterior.
- b) Comentarios y plan de creación.

3.- Prensa, Periodismo.

- a) Prensa local
- b) Periódicos que llegan a la localidad con que atrase, acogida, etc.
- c) Hay algún corresponsal en la localidad, comentarios al respecto.

4.- Hay estudiantes de la localidad siguiendo cursos en las capitales del Estado o de la República, si tal que cursan.

F.- Servicios Médicos Sanitarios.

1.- Nómina de las instituciones de asistencia social existentes en la localidad.

- a) Oficiales.
- b) Privadas.

2.- Ubicación de Instituciones médico-sanitarias más cercanas a la localidad; medios de locomoción para asistir a las distintas instituciones, distancias y costos.

3.- Si existe Hospital en la localidad, dar sus características, número de camas, promedio mensual de enfermos y de gastos y por que medios se cubren, etc.

4.- Medicatura Rural.

- a) Fecha de instalación y recuento histórico.
- b) Personal actual, Presupuesto de la Medicatura.
- c) Organización de la Medicatura.
- d) Horario de trabajo
- e) Orientación actual y análisis de las principales actividades de la Medicatura.
- f) Local donde funciona la Medicatura, sus condiciones, si es posible dar croquis con su ubicación y plano del local.
- g) Procedencia y medios de locomoción de las personas que concurren a la Medicatura.
- h) En que medida la Medicatura satisface las necesidades de la población y su zona de influencia.
- i) Existen otros Médicos en la localidad, sus relaciones con la Medicatura.

5.- Curanderismo:

Su extensión, acogida entre los habitantes, tendencia de estos a consultar médico o curanderos.

6.- Farmacias.

Expendios de medicina llenan las necesidades del lugar, por quien se encuentran regentadas, titular, permisado, etc. costo de los medicamentos.

- 7.- Dentistas, si no lo hay quien se ocupa de ello en la localidad, donde ocurren.
- 8.- Parteras, autorizadas, personas no autorizadas que actúan como tales, sistema de control, etc.

IV DATOS SOCIALES

A.- Estado de Urbanización.

- 1.- Aspecto y descripción general del pueblo y de los caseríos, aspecto y disposición de las calles y parques públicos.
- 2.- Juicio sobre el desarrollo del poblado, si se encuentra en una fase decadente o si promete por su situación y posición económica un desarrollo normal en el futuro.
- 3.- Censo de casas, número de casas de vecindad, número de habitantes por casa, número de personas por habitación.

B.- Datos de Carácter Familiar.

- 1.- Costumbres, reacciones, supersticiones, etc.
- 2.- Informaciones sobre el trabajo de menores.
- 3.- Información sobre vagancia y mendicidad.
- 4.- Información sobre abandono de niños.
- 5.- Tipo de vestimenta corriente.
- 6.- Calzado, tipo, proporción de la población que usa cada uno de los diferentes tipos, precio, fabricación local etc.

C.- Viviendas.

- 1.- Tipo más común de vivienda.
 - a) En el núcleo central
 - b) En los alrededores y caseríos
 - c) En las viviendas dispersas.
- 2.- Materiales empleados en los distintos tipos de vivienda, pared, techo, piso.
- 3.- Las viviendas son de la propiedad de quienes las habitan.
- 4.- Muebles más generalizados en la localidad, cama, hamaca.
- 5.- Condiciones higiénicas de la vivienda, comentarios.

D.- Profesiones y salarios

- 1.- Hay barberos, sastres, carpinteros, zapateros, albañiles.
- 2.- Salario medio diario. (A destajo, por jornal, por mes).
- 3.- Desocupación anual.

E.- Esparcimientos

- 1.- Empleo habitual del tiempo libre por parte de la población cine, paseos, deportes, riñas de gallo, etc.
- 2.- Música, Folklore y bailes populares.

F.- Alimentación

- 1.- Alimentación habitual del niño en el primer año de vida y hasta los 30 meses de edad.
- 2.- Edad en que comienza la práctica del destete.
- 3.- Alimentación habitual del adulto, alimentos preponderantes.
- 4.- Nombre de los alimentos tipos de la región, manera usual de prepararlos, número de comidas al día.
- 5.- Procedencia de los distintos productos alimenticios.
- 6.- Precios al detal de los diferentes productos alimenticios consumidos en la localidad.
- 7.- Leche, su consumo, precio, calidad, sistema de distribución etc.
- 8.- Estado de nutrición de la población en general.
- 9.- Censo de establecimientos comerciales, sus características generales.

G.- Sistema Métrico Decimal, su uso por la población, que otra otra clase de medidas se usan, comentarios.

H.- Prostitución.

- 1.- Censo de prostitutas.
- 2.- Control sanitario.
- 3.- Juicio sobre asistencia al tratamiento.

I.- Concubinamiento, su extensión.

J.- Religiosidad.

- 1.- Diócesis a que pertenece la región.
- 2.- Templos, sus condiciones sanitarias.
- 3.- Fiestas patronales, fervor católico.

K.- Toxicomanías.

- 1.- Alcoholismo, Chimó, Tabaquismo,
Su importancia como problema higiénico.

V. DATOS ECONOMICOS

A.- Minerales.

- 1.- Explotaciones mineras, valor, etc.
- 2.- Condiciones sanitarias, etc.
- 3.- Productos minerales, Amiante, Yeso,

B.- Agricultura.

- 1.- Principales cultivos, área cultivada, sistema de explotación, época del año en que recojen las cosechas.
- 2.- Salarios sistemas de pago.
- 3.- La Tierra se halla muy dividida?
- 4.- Existen latifundios.
- 5.- Valor de las propiedades
- 6.- Sistema de riegos.
- 7.- Consumo local, exportación mercados de venta, precios, fletes, etc.
- 8.- Explotación, Forestal, carbón, maderas extraídas, valor económico.
- 9.- Reforestación, comentarios.
- 10.- Flora de la localidad, plantas medicinales, tintóreas, etc.

C.- Ganadería.

- 1.- Censo Pecuario, especies criadas, calidad, áreas destinadas a la ganadería con pastos naturales y artificiales áreas cercadas.
- 2.- Mercados de consumo, precios de venta y de flete de transporte.
- 3.- Epizootias más difundidas en la localidad en las diferentes clases de ganados.
- 4.- Dependencia del Ministerio de Agricultura y Cría más cercano a la localidad.
- 5.- Fauna.

D.- Industrias.

- 1.- Principales industrias locales, datos y comentarios

E.- Comercio.

Entidades bancarias más cercanas, noticias sobre facilidades de crédito agrícola: cajas rurales.

F.- Alumbrado y Energía Eléctrica.

- 1.- Alumbrado público, permanente o interrumpido, costo por Kilowatio.
- 2.- Hay fuentes naturales de energía, sistema empleado, es particular.
- 3.- Voltaje.

G.- Hoteles.

- 1.- Precios, comodidad, etc.

H.- Vías de Comunicación.

- 1.- Carreteras, características, posibilidades de tránsito en las diferentes épocas del año.
- 2.- Líneas ferreas y aéreas, horarios.
- 3.- Comunicaciones fluviales.
- 4.- Rutas más aconsejable para llegar a la localidad, precios alojamientos, etc.
- 5.- Oficina de Telégrafos.
- 6.- Red Telefónica.
- 7.- Caminos vecinales, condiciones.
- 8.- Medios de transporte con las poblaciones vecinas, precios, facilidades, duración del recorrido, etc.
- 9.- Otra información sobre la vialidad de la región.

VI DATOS DEMOGRAFICOS

A.- Natalidad.

- 1.- Cifras de nacimientos para los últimos 10 años.
- 2.- Matrimonios, cifras para los últimos 10 años.

B.- Mortalidad.

- 1.- Cifras para los últimos 5 años.

C.- Mortinatalidad.

- 1.- Sus principales causas,
- 2.- Mortalidad infantil (menores de un año)
 - a) Causas conocidas.
 - b) Causas desconocidas.
 - c) Especificar las cinco principales causas de muerte.
- 3.- Mortalidad (mayores de un año)
 - a) Causas conocidas.
 - b) Causas desconocidas.
 - c) Especificar las cinco principales causas de muerte.

VII NOSOGRAFIA

A.- Enfermedades más frecuentes en la región.

- 1.- Características locales de cada una de ellas.
- 2.- Comentarios.

Fiebre Tifoidea
Disenterías.
Paludismo.
Anquilostomiasis, y otras helmintiasis.
Viruela.
Lepra

Difteria
Chagas
Bilharziasis
Tetanos Infantil y otros Tétanos.
Diarrea y Enteritis
Neumonía
Sífilis
Plan
Carate
Ulceras
Tuberculosis
Septicemia Puerporal
Carenciales
Blenorragia
Enfermedades del Sistema Nervioso
Suicidio y Accidentes
Miasis, Leishmaniasis, Fiebre Recurrente y otras enfermedades
frecuentes en la región.

RESUMEN

Conclusiones y Plan de Saneamiento.

De un sector con enfoque de las medidas de control aplicables de acuerdo con los lineamientos anteriores. Aspecto educativo y sanitario del problema.

BIBLIOGRAFIA

Datos bibliográficos y otros informes los puede solicitar en la Sección de Médicos Rurales, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas.

Recomiéndase anexar a cada capítulo, o a los que sea posible;

- a) Fotografías.
- b) Mapas.
- c) Croquis.
- d) Etc.

