

## Conceptos modernos sobre la asistencia médica en las áreas rurales \*

Por el Dr. A. CORNILLON,  
académico de número

En los principios de mi carrera profesional, tuve la ocasión de ejercer la medicina en áreas rurales y en pequeñas poblaciones, en donde, pasante de medicina y con autorización prefectoral, iba yo a reemplazar médicos en vacaciones, o imposibilitados temporalmente para trabajar, por alguna enfermedad pasajera. Más tarde, cuando llegué a Baja California por el año de 1904, tuve que desempeñar los puestos de Jefe de Servicio Médico y de cirujano de una Compañía Minera, con elementos de trabajo algo primitivos.

En esos tiempos, recién recibido y lejos de todos los recursos de los grandes centros hospitalarios o universitarios, me llamaron poderosamente la atención las dificultades, a veces insuperables, con que tropieza el joven médico rural, para poner en práctica las enseñanzas teóricas y prácticas recibidas en la Facultad, y la falta de medios, en muchos casos, para establecer un diagnóstico correcto y poner en pie un tratamiento adecuado, sin la ayuda inapreciable, que brindan al médico de las grandes ciudades un laboratorio de análisis biológicos, un servicio de rayos X o una buena instalación de cirugía o de maternidad. A pesar de buenos conocimientos clínicos, por falta de esta ayuda esencial, cuántas veces, en los medios rurales, son confundidos o errados los diagnósticos de fiebre tifoidea o de fiebre de Malta, de paludismo, de infección biliar o urinaria, de tuberculosis incipiente, de septicemias por infección focal. Cuán difícil es, en estas condiciones, atribuir a su verdadera causa unos trastornos urémicos o el síndrome dispéptico de un cáncer gástrico en sus principios.

En cuanto a tratamientos y especialmente quirúrgicos, el médico rural tiene que enfrentarse con frecuencia a problemas graves y urgentes, como apendicitis aguda, peritonitis por perfora-

---

\* Trabajo de turno reglamentario leído en la sesión del 7 de noviembre de 1945.

ción, hernias estranguladas, obstrucciones intestinales, heridas penetrantes del abdomen o del tórax y muchos otros casos semejantes en que todo su saber y su experiencia tienen que fracasar por falta de elementos, de instalación adecuada, de instrumental, o de personal instruido para asistirle.

A título de ejemplo de lo que acabo de aseverar, citaré unos cuantos casos personales. Siendo pasante de medicina, durante unas vacaciones me tocó ayudar a un médico rural, quien en lo alto de una montaña, en medio de un prado, tuvo que operar a un joven pastor con herida penetrante del abdomen por cornada de toro y con gran parte del intestino fuera del abdomen. Este herido tuvo la suerte de aliviarse. En otra ocasión, en Baja California, en el pueblo de Mulejé, tuve que operar un enfermo de edad avanzada, por hernia estrangulada, después de recorrer 100 kilómetros a lomo de mula. La intervención se realizó en una especie de tienda de campaña improvisada con sábanas, en medio de un jardín, teniendo como asistentes a dos licenciados adscritos al tribunal del lugar. Al día siguiente, por mar, en una lancha de motor, pude traer a mi operado hasta el hospital de la Compañía en Santa Rosalía, en donde le asistí hasta su curación. Otra vez, vi llegar al pequeño hospital de la Compañía, un rancharo que había hecho a lomo de mula un viaje de 6 días, para venir a curarse de una retención de orina completa por estrechez. Este enfermo, al llegar sufrió una ruptura de la vejiga, con derrame de la orina en el peritoneo y murió de peritonitis. Otra vez asistí a un parto de triates, en condiciones absolutamente deplorables, sin posibilidad de asepsia, la enferma acostada en el suelo sobre un petate. El parto fué feliz para los tres niños, pero la madre sufrió una infección puerperal y se alivió después de varias complicaciones graves.

No quiero cansar a mi auditorio con la enumeración de todos los casos graves que me vienen a la memoria y que tuve que atender en pésimas condiciones y con resultados muy diversos. Diré solamente que una serie de casos de esta índole me permitió obtener de la Compañía la modernización de su pequeño hospital, que fué dotado de autoclaves y esterilizadores, mesas de operaciones, instrumental de cirugía completo y de afectación al servicio del hospital de un personal especial que tuve yo que

enseñar y adaptar poco a poco a sus nuevas funciones. Desgraciadamente, no me fué posible conseguir la instalación de un laboratorio, ni tampoco aparatos de rayos X, que empezaban en aquel entonces a prestar, en medicina y cirugía, un ayuda muy valiosa. De todos modos, a poco tiempo de haberse instalado el nuevo servicio de cirugía tuve la satisfacción de demostrar su utilidad, salvando la vida del director de la Compañía, que sufrió unas quemaduras por vapor de agua extendidas a todo el cuerpo, que le produjeron una anuria completa durante varios días, y que sin embargo se alivió gracias a la posibilidad que hubo de evitar la más mínima infección, envolviendo la totalidad del cuerpo con apósitos asépticos.

Después de muchos años transcurridos, he tenido, hace unos meses, la satisfacción de saber como, tanto instituciones filantrópicas privadas como organismos oficiales del Gobierno se han enfrentado, desde hace unos años, con el problema trascendental y de importancia mundial de la asistencia médica en las áreas rurales, y han empezado a solucionarlo. En el curso de un viaje a Estados Unidos, he tenido la buena fortuna de conocer en Battle Creek, Michigan, al señor Graham Davis, director de los hospitales de la Fundación Kellogg, encargado por dicha institución de estudiar, crear, organizar, supervigilar, una serie de hospitales rurales en las extensas áreas agrícolas del Estado de Michigan, como organismos esenciales de los centros médicos rurales proyectados por dicha Fundación Kellogg, en su vasto programa de mejoramiento del bienestar físico, moral e intelectual de las comunidades rurales.

La Fundación W. K. Kellogg, establecida en 1930, tiene como propósito fundamental mejorar la salud, la educación y el bienestar social de la Humanidad, especialmente de los niños y de los jóvenes, buscando nuevos medios para ayudar a la mayoría, con la aplicación de los conocimientos que han sido previamente conquistados por ella. Empezó sus actividades en una extensa área rural del Estado de Michigan abarcando siete condados en los alrededores de Battle Creek, en donde W. K. Kellogg hizo su inmensa fortuna en la fabricación de los productos alimenticios que llevan su nombre.

Empezó por ayudar la obra de educación social de las enfer-

meras sanitarias del Departamento de Salubridad Pública, quienes, nombradas a razón de una por cada cinco mil habitantes, tienen por misión la de hacer la educación sanitaria de los niños y de sus familiares. La Fundación otorgó además una gran cantidad de becas entre los elementos intelectuales de las comunidades rurales de estas áreas, como médicos, dentistas, enfermeras, profesores, sacerdotes, bibliotecarios, periodistas, etc., para darles cursos de orientación sanitaria. Obtuvo además que se incluyeran cursos de higiene y de sanidad en los programas de estudios de los colegios, escuelas y universidades y que se dieran clases teóricas y prácticas a las alumnas de los cursos de enseñanza secundaria, lo cual decidió a una proporción importante de estas alumnas a seguir la carrera de enfermería.

Al seguir desarrollando su labor humanitaria, la comisión directiva de la Fundación, se dió cuenta rápidamente de que un obstáculo primordial a la buena asistencia médica de las poblaciones rurales consistía en las dificultades, a veces insuperables, encontradas por los médicos rurales, para establecer un diagnóstico correcto y un tratamiento eficaz por falta de los elementos indispensables. El problema por realizar era de poner al alcance de los médicos rurales para el mayor provecho de los habitantes del campo, los medios de diagnóstico y tratamiento de que disponen los médicos más privilegiados desde este punto de vista de los centros urbanos, como laboratorios de clínica y de radiología, servicios de cirugía y de maternidad principalmente.

Para conseguir este objeto, se pensó en la creación de centros médicos rurales, de diversos tipos, según la importancia y el número de habitantes de cada área.

Para las áreas rurales de mediana importancia se calcularon unos hospitales pequeños, de 40 a 50 camas, para servir una población total de 50,000 habitantes aproximadamente; dotados de un laboratorio de análisis clínicos, otro de radiología, de un servicio de cirugía general y de emergencia y de una maternidad con sus dependencias. Estos hospitales debían disponer, aparte del personal administrativo, de un médico internista, de un cirujano, de un partero y ginecólogo, de un laboratorista, de un radiólogo entrenado también en fisioterapia. Si la importancia del hospital era más reducida, el médico internista podría supervigilar al la-

boratorio a cargo de una enfermera técnica de laboratorio; el cirujano podría tener la supervisión del servicio de radiología a cargo de un técnico en rayos X y fisioterapia.

En caso de un hospital todavía más pequeño, los servicios de radiología y los de laboratorio podrían ser atendidos 2 ó 3 días por semana por especialistas que tenían a su cargo el servicio de varios hospitales pequeños. Para aumentar los ingresos de estos pequeños hospitales se recomendó concentrar en ellos, aparte de los organismos antes indicados, un consultorio externo de medicina y cirugía, un consultorio de dentista, un centro de enfermeras hospitalarias, y a domicilio; el centro de enfermeras sanitarias, visitadoras, de higiene, y las oficinas de servicios coordinados de salubridad pública.

En efecto, para que las instituciones que generosamente ha establecido o contribuido a establecer la Fundación Kellogg puedan perdurar y seguir desempeñando su papel humanitario, es indispensable que, una vez establecidos, estos centros hospitalarios sean capacitados para ir adelante por sus recursos propios, sin la necesidad de una ayuda financiera permanente otorgada por el Estado o instituciones de beneficencia. Por consiguiente, es de necesidad urgente, antes de crear estos centros rurales, de estudiar bien tanto los recursos como las necesidades de las áreas que deben atender. Otro punto importante, tanto para aumentar la eficacia de los servicios prestados, con un gran número de consultas, análisis, exámenes radiológicos etc., como para aumentar así los ingresos de estos establecimientos, es que hay que poner en práctica una tarifa de honorarios más baja que en las ciudades. Hay que tener en cuenta que los recursos financieros de la población rural son inferiores en general a los recursos de la población urbana, y la experiencia ha demostrado que el aumento en el número de los servicios prestados compensa con creces la disminución de precio en cada servicio.

Para aumentar el rendimiento de estos hospitales rurales, se debe escoger para su establecimiento puntos estratégicos, que sean a la vez los centros comerciales de cada región con vías de acceso prácticas y cómodas, tanto por ferrocarril como por carreteras. La Fundación Kellogg ha obtenido generalmente de las autori-

dades la creación y el mantenimiento en buenas condiciones de las vías de acceso.

En algunos de estos centros rurales, en donde los médicos locales están deseosos de perfeccionarse y de superarse cada día en las bellas y complicadas ciencias biológicas, estos médicos se reúnen periódicamente e invitan consultantes de los grandes centros vecinos, para discutir sus casos difíciles y ricos en enseñanza.

Es, por ende, de esperarse que, como consecuencia de los adelantos realizados en los centros rurales, sea posible evitar el éxodo de muchos jóvenes médicos establecidos en las áreas rurales y que, descorazonados por tantas dificultades encontradas hasta ahora en el ejercicio de su profesión y deseosos de trabajar de una manera más interesante y sobre bases más científicas, las abandonan para ir a concentrarse en las grandes ciudades a pesar de la gran competencia que allí les espera.

Queda en fin por resolver un problema de los más difíciles, el de los especialistas. Con los progresos de las ciencias médicas y la extensión cada día más grande de sus campos de investigación, es imposible al espíritu humano abarcar hoy día la totalidad de las ramas de la medicina; para profundizar más sus estudios en una materia, es imprescindible que un médico, después de haber adquirido los conocimientos generales indispensables, limite su campo de acción a un solo capítulo de la medicina. De ahí, el número siempre creciente de los especialistas. Si un médico general, con la ayuda del laboratorio y de los rayos X, con los nuevos medios de acción puestos a su disposición en los centros médicos rurales, puede atender eficazmente el 80 ó 90% aproximadamente de sus enfermos, quedan de todas maneras de 15 a 20% casos que necesitan absolutamente la intervención de un especialista y es imposible que en una área rural pueda mantenerse un médico especializado en una sola materia. Por este motivo se ha pensado organizar, en los centros rurales de importancia, varias veces al mes, unas consultas de especialistas calificados de los grandes centros, en oculística, oto-rino-laringología, cardiología, cancerología, etc., etc. Es cierto que, de cualquier manera, un cierto número de casos, que necesitan no solamente un especialista calificado, sino también una instalación especial muy costosa e impo-

sible de transportarse, deberán siempre ser llevados, para su tratamiento, a los grandes centros hospitalarios de las ciudades.

Gracias a la gran amabilidad del señor Graham L. Davis, he podido visitar en detalle un hospital rural modelo establecido recientemente en South Haven, en la orilla del Lago Michigan, centro rural con una población de 4,800 habitantes y 17,000 habitantes más, en los ranchos y pueblitos circunvecinos, repartidos en una área de 25 a 30 kilómetros de radio. En el verano y en tiempo de vacaciones esta población aumenta en 15 a 20,000 habitantes más, con el aumento correspondiente en el número de los accidentes automovilísticos. Este hospital, de aspecto ameno, situado en la zona residencial, lejos de los ruidos, en medio de un parque amplio embellecido por árboles centenarios, se construyó recientemente aprovechando toda la experiencia adquirida en la construcción de los grandes hospitales modernos, con los materiales mejores y más adecuados para evitar el ruido, el frío, y el calor, la humedad, con aire acondicionado, con materiales fáciles de lavar y desinfectar, de aspecto agradable y dotado de todos los adelantos en materia de higiene.

Es un pequeño hospital, con 40 camas, con departamento de cirugía de urgencia, de cirugía general, con maternidad y sus dependencias, con departamento de medicina general e infecciosos; este último fácil de adaptar para medicina general, sin aumento de personal, en los períodos de afluencia. Está combinado para ser atendido eficazmente por un personal reducido, sin menoscabo de eficiencia, con el propósito de reducir lo más posible los gastos de explotación y limitar hasta lo más mínimo, la fatiga del personal. Está dotado de todos los servicios de un gran hospital. En los sótanos están alojados la planta eléctrica, la lavandería, los almacenes de provisiones; en la planta baja se encuentran las salas de operaciones, de esterilización, y preparación de materiales de curación, el arsenal instrumental, los servicios de fisioterapia con rayos ultravioletas, diatermia, electroterapia, masajes, mecanoterapia, el servicio de radiología, el laboratorio de análisis y todas las oficinas de administración. En la planta alta están la maternidad con todas sus dependencias, los cuartos de los enfermos hospitalizados con todos los accesorios exigidos por la higiene, el puesto de mando de las enfermeras, con llamadas luminosas y si-

lenciosas. Está atendido, aparte del personal de administración, por un médico internista que tiene la supervisión del laboratorio atendido por una enfermera técnica; por un partero ginecólogo, por un cirujano que tiene la supervisión del servicio de radiología atendido por un experto técnico en radiología y fisioterapia; y por un cuerpo de enfermeras bien entrenado. En edificio anexo están los consultorios de odontología, medicina y cirugía, las oficinas de la directoría de enfermeras sanitarias y los alojamientos de las enfermeras. En realidad es el equivalente de un gran hospital moderno reducido a una pequeña escala y que puede servir de modelo a todos los hospitales rurales similares.

En varias partes de los Estados Unidos, la iniciativa de la Fundación Kellogg ha encontrado imitadores. Por ejemplo, en el centro del Estado de Kansas, en 1931, la generosidad de Mr. Franklin B. Allen ha permitido establecer en El Dorado, ciudad de 10,000 habitantes y centro de los condados de Butler, Greenwood y Elk con una población de 50,000 habitantes, un hospital moderno de 42 camas, ensanchado para 65 camas. que necesita hoy ampliarse para 100 camas, para prestar a los habitantes de las áreas rurales que constituyen estas tres ciudades, los servicios médicos anteriormente expresados.

Fuera de los Estados Unidos, Inglaterra entre otras naciones se ha preocupado por los mismos problemas de la asistencia médica en las áreas rurales y sus planes son más adelantados que los de Estados Unidos. La comisión Sankey, nombrada en 1937 por la Asociación Británica de Hospitales, recomendó que se dividiera el país en áreas hospitalarias naturales, siguiendo en términos generales las zonas comerciales é industriales preexistentes, clasificando los hospitales establecidos o por establecer, en centrales, de distrito y rurales. Los hospitales centrales se encuentran en la ciudad principal de las áreas y uno de ellos es generalmente un centro de enseñanza dependiente de alguna escuela de medicina. Los de distrito se encuentran en los pueblos importantes y los rurales en localidades más pequeñas. Cautivado por estas ideas, Lord Nuffield, uno de los grandes potentados de la industria automovilística, estableció el **Nuffield Provincial Hospital Trust** para proveer los fondos necesarios a la realización de tan bello proyecto y para proceder en cada área a la formación

de un consejo de hospitales para estudiar las necesidades y los recursos de cada área.

En febrero de 1945 el Ministerio de Salubridad Pública publicó, en el "Libro Blanco Británico" un proyecto de Servicio Nacional Sanitario basado en la organización regional de hospitales. Los servicios de especialidades que se encuentran solamente en las grandes ciudades y aglomeraciones urbanas serán según este proyecto extendidos a las áreas rurales, en formas de consultas para los médicos y hospitales de los lugares más pequeños. Este mismo sistema de consultas será también aplicado a la administración de los hospitales, para darles el máximo de eficacia, rendimiento y economía.

En el Canadá, la provincia de Manitoba ha sido dividida en tres áreas hospitalarias naturales, con el nombre de las ciudades principales de cada área, Winnipeg, Brandon, y Dauphin. Los consejos hospitalarios establecidos en cada área son responsables ante el Manitoba Hospital Council creado en febrero de 1944. Los hospitales centrales de Winnipeg, Brandon y Dauphin tiene todos los servicios reservados a los grandes centros, siendo Winnipeg clasificado en una categoría más alta por ser centro de enseñanza médica. A estos hospitales centrales se debe enviar los casos más difíciles, cuyos problemas diagnósticos y terapéuticos son imposibles de resolver en los hospitales pequeños.

Al rededor de estos tres centros médicos principales, en los pueblos grandes, se establecerán los hospitales secundarios, de 50 camas en término medio. Estos hospitales secundarios dependerán de los tres grandes centros principales, para la consulta de casos difíciles de patología, obstetricia, cirugía, radiología, ortopedia y otras especialidades, y para todo lo referente a administración. En tercer lugar, en los pueblos pequeños, se edificarán hospitales pequeños (llamados centros sanitarios) de 10 a 30 camas, en donde se atenderán los casos sencillos de medicina; los de cirugía de urgencia, y los normales de obstetricia. Los casos más complicados irán a los hospitales secundarios o centrales. En estos centros deberán ser establecidas las oficinas de los médicos locales, de los dentistas y de las enfermeras sanitarias y las oficinas de los médicos locales y las de salubridad pública. En

efecto, para obtener el máximo de resultados, la terapéutica y la profilaxis deben actuar en estrecha colaboración.

Después de pasar revista a lo que se ha hecho en el extranjero para el mejoramiento de la asistencia médica rural, haré algunas consideraciones sobre el estado de estos problemas en México. El servicio social, practicado por los pasantes en medicina en las áreas rurales, ha venido a dar mucha luz sobre las deficiencias de los servicios médicos en estos lugares. Cuando oigo de labios de mis antiguos internos, de regreso de su servicio social, el relato de su primera experiencia profesional y de su primer contacto con la realidad, en esas regiones apartadas, desprovistas de todo recurso médico y sanitario, me vienen a la memoria mis primeras experiencias profesionales en cierta región montañosa de Francia y en el Territorio de Baja California, en los pueblos mineros de Santa Rosalía, y en los años de 1900 a 1910. Más todavía que en Estados Unidos y en el Canadá, hay en México inmensas áreas muy poco pobladas y los habitantes indígenas de estas regiones están desprovistos en general de todos los recursos y educación sanitaria. En la mayor parte de estas áreas desérticas todo está por hacer. Una obra inmensa y magnífica está por realizarse en bien de la salud de las poblaciones indígenas.

Desgraciadamente, no contamos en México con los ricos potentados de la industria y el comercio que en Estados Unidos del Norte han sabido invertir en obras sociales, artísticas o educacionales, sus inmensas fortunas.

Toca pues a las autoridades gubernamentales enfrentarse con estos angustiosos problemas de la asistencia médica rural y dar a los médicos mexicanos los medios económicos, las instalaciones y equipos y los instrumentales necesarios para llevar al campo de la práctica estos nobles ideales.

Desde ahora, nuestro enérgico y progresista Secretario de Salubridad y Asistencia se ha enfrentado con este vasto problema, ayudado por la comprensión y el altruismo del Primer Mandatario que ha autorizado erogaciones para el presupuesto de Asistencia, nunca vistas hasta hoy. Bajo el impulso del Secretario de Salubridad y Asistencia, por primera vez en la historia de México se están levantando, no solamente en el Distrito Federal sino en todo el territorio de la República, un gran número de hospitales

modernos, que pueden considerarse como los hospitales centrales y de distrito de Estados Unidos, Canadá e Inglaterra. Después habrá que calcular y edificar los pequeños hospitales rurales en los centros estratégicos de los pueblos pequeños. No cabe duda que cuando se cuente en estos lugares apartados con instalaciones y equipos para diagnóstico y tratamiento, no faltarán enfermeras y médicos altruistas y desinteresados para ocupar estos puestos.

Es cierto que faltarán durante un tiempo, quizás largo todavía, los elementos económicos enormes, necesarios para hacer posibles estas bellas realizaciones; pero creo que, a este respecto, hay lugar para un optimismo basado en realidades concretas. México tiene por delante un inmenso porvenir. Su población desde 1904, fecha de mi llegada al país, hasta hoy ha pasado de 13 millones a 21 millones de habitantes; y la extensión de su territorio permitirá que se duplique y triplique su población actual. Este aumento de población significará la reducción progresiva de las grandes áreas desérticas, en donde los progresos de la civilización son difíciles de poner en práctica.

La industrialización de México, todavía en sus principios, tiene las más halagadoras perspectivas, lo que significa un aumento considerable de las posibilidades económicas del país en un futuro próximo. Si los gobernantes, en el futuro, continúan el programa altruista y progresista emprendido por el actual Gobierno en Salubridad y Asistencia, México, en poco tiempo, podrá a este respecto alinearse con los países más adelantados.