

SALUD RURAL

La situación sanitaria y de desarrollo de la población residente en el medio rural es en su mayoría desfavorable y ha llevado a distintas naciones a organizar programas especiales de atención de salud para aquellos grupos.

En este interesante artículo se describen los modelos de programas realizados en diversos países del mundo en vías de desarrollo, las prioridades de la atención y sus características no tradicionales en ciertos aspectos, las dificultades derivadas de la escasez de recursos humanos, etc., todo lo cual ha sido objeto de diversas publicaciones, en general de organismos técnicos de Naciones Unidas.

Finalmente, aunque se ha comprobado notable avance en la atención de salud, persisten restricciones y obstáculos que superar y que se detallan.

ASPECTOS RELEVANTES DE ESTRATEGIAS APLICADAS EN LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD RURAL

Dr. DANIEL JIMENEZ E. (*)

La mayoría de los países reconocen que la situación sanitaria y de desarrollo de la población que vive en el medio rural es desfavorable. La elevada incidencia de enfermedades transmisibles, la alta tasa de mortalidad infantil, la carencia de alimentos, la mayor frecuencia de desnutrición, el inadecuado saneamiento ambiental y los diversos grados de inaccesibilidad a la atención de salud y a las técnicas sanitarias, además de la pobreza social y de los patrones culturales no siempre positivos, han movido a distintas naciones a organizar programas especiales con énfasis en la atención de la salud de los grupos rurales.

PROGRAMAS DE ATENCION DE LA SALUD RURAL

Modelos.— Al analizar las formas de organización de los programas aplicados, la política de desarrollo y los objetivos de la atención de las necesidades básicas de las poblaciones rurales, se pueden identificar 3 modelos (1-2).

- Programas implementados para extender la cobertura de las acciones de salud ya existentes hacia las zonas rurales, en que la prioridad es la asistencia de salud y en menor grado el desa-

rollo de las comunidades rurales. Estos programas pueden tener alcance nacional como en Costa Rica, Venezuela, Niger, Irán o sólo a zonas limitadas tales como en Chimaltenango en Guatemala, Ivangica en Yugoslavia, Java Central en Indonesia, etc.

- Programas de salud rural organizados formando parte de una transformación nacional y de acuerdo a una ideología política general, con resultados tanto en nivel de salud como en el desarrollo rural, tal como sucede en República Popular China, Cuba y Tanzania.
- Programas de desarrollo de localidades escogidas en los que los servicios de sanidad son una parte del plan general de desarrollo. Ej.: Jamkhed en India, Jurdain en Bangladesh, etc.

Prioridades en la atención.— Estos programas de atención rural están proporcionando asistencia que se aleja de lo tradicional en los siguientes aspectos (3-4-5):

- De la medicina curativa se ha pasado a dar preeminencia a la medicina preventiva

(*) Jefe de Atención Rural, Dirección Atención Periférica, Servicio de Salud Bio-Bío.

y a la atención de salud integral, incluyendo actividades de fomento, protección y de recuperación.

— Extensión de la cobertura, utilizando tecnología simplificada, aplicable por agentes de asistencia sanitaria primaria (auxiliares).

— Organización de la atención según necesidades de salud de la población: por la presencia de grupos vulnerables, déficit nutricionales y de saneamiento.

— Participación de la comunidad desde la postulación, selección de los agentes de salud hasta la movilización masiva.

— Subrayar la importancia de mejorar el saneamiento básico ambiental de la comunidad.

— Considerar a la educación sanitaria como una de las actividades principales de la asistencia sanitaria.

— Integración de los programas de salud a los planes de desarrollo, ya sea en combinación con algunos sectores, educación, agricultura, o un todo en acción.

NECESIDADES BASICAS DE LA SALUD A NIVEL RURAL

Hay consenso en afirmar que los campos específicos de la asistencia sanitaria primaria rural debe considerar:

Actividades de fomento y protección:

- Asistencia y control de la salud infantil;
- Asistencia y control de la salud maternal, pre y post natal;
- Asesoramiento en planificación de la familia;
- Vigilancia epidemiológica;
- Inmunizaciones;
- Alimentación complementaria;
- Educación sanitaria y nutricional;
- Saneamiento adecuado del medio.

—Actividades de recuperación:

- Asistencia básica de enfermedades simples;
- Atención de las emergencias de las personas de toda edad.

Actividades de mantención de estadísticas vitales y registros de la asistencia sanitaria:

En la experiencia de programas implementados utilizando el enfoque sanitario global no se han demostrado reparos concretos para separar estas actividades.

EL DESARROLLO DEL MEDIO RURAL Y LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

De acuerdo al grado de inclusión de actividades que propenden al desarrollo de la población rural en la organización de los programas de salud rural, se cuenta con programas que en nada lo consideran, mientras que en el otro extremo hay aquéllos en que el aspecto salud es totalmente secundario con respecto al desarrollo de la comunidad. De cualquier modo, no hay ninguna duda de que el desarrollo de la salud puede ser el punto de partida del desarrollo general, y que al separar totalmente el componente salud de los demás elementos del nivel de vida obedece a razones no fáciles de comprender. El abordar la salud con un criterio sectorial puede no servir de nada y la intervención en un sector diferente puede lograr mayores beneficios para la salud que las puras medidas sanitarias.

La experiencia de muchos países ha señalado que las grandes cuestiones comprendidas en los programas que conducen al desarrollo de la comunidad incluyen: productividad y recursos para la nutrición, educación de la gente, organización de la comunidad y desarrollo del sentido de responsabilidad colectiva y sentido de autosuficiencia.

Por otra parte, no es menos evidente que la preocupación primordial ha de ser la situación desesperada de los problemas rurales y no su mala salud. La sola extensión de los servicios de salud no logrará elevar la calidad de la vida de la población ni resolverá en sí los problemas de salud, si no va acompañada de programas intersectoriales de desarrollo socioeconómico (6-7).

ORGANIZACION DE PROGRAMAS DE SALUD EN AREAS RURALES

La connotación de los programas rurales está determinada por las necesidades, las características de la población, los recursos y las tecnologías utilizadas.

Su planificación ha obedecido, en aquellos que siguen el modelo de extensión de los servicios a nivel nacional y de los que están insertos en una transformación nacional, a una decidida voluntad política de niveles superiores, de aplicar una metodología hacedera en una empresa nacional. En los programas de alcance geográfico limitado se ve más frecuentemente la presencia de un individuo entusiasta y el apoyo considerable de dirigentes de la comunidad y de organizaciones.

En todos los programas considerados exitosos se ha procedido a determinar las necesidades sanitarias y las causas primordiales del mal estado de salud, para luego darles la orientación. Igualmente se determinarán los recursos necesarios para su implementación, considerando además la cobertura a alcanzar y el tipo de personal a utilizar.

La participación de la comunidad está presente desde la etapa de planificación en que da a conocer sus necesidades, y luego postulando a los posibles agentes sanitarios, organizando el comité de desarrollo, aportando personal voluntario, construyendo las instalaciones sanitarias y contribuyendo financieramente con el plan.

El programa elaborado a nivel local y ratificado a nivel superior contempla actividades en fomento, protección, recuperación de la salud, saneamiento ambiental, estadísticas y desarrollo, tareas a ser cumplidas por el personal de asistencia primaria de acuerdo con normas por las cuales regirse.

La selección y formación del personal auxiliar de salud rural así como el adiestramiento de los profesionales asignados al programa, constituyen etapas vitales en su organización, más aún, cuando se ha incorporado a voluntarios, parteras tradicionales, etc.

Otro aspecto importante es la coordinación con los niveles superiores de la asistencia sanitaria para posibilitar la referencia y la integración a los programas de desarrollo intersectoriales.

Actualmente, por la aplicación del concepto de riesgo a las familias y personas que viven en el campo, se están diseñando estrategias de intervención para el tratamiento de los problemas sanitarios de estos grupos (8).

EL PERSONAL PARA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD RURAL

La escasez de recursos humanos para la extensión de los servicios de salud para el área rural ha constituido una seria limitante, de tal modo que para cumplir sus objetivos, los programas rurales han recurrido sistemáticamente a personal sanitario de primera línea. Se cuenta con experiencia en la utilización de personal de categorías diversas como ayudantes médicos, enfermeras de salud pública, auxiliares de salud rural, médicos descalzos, asistentes sociales, parteras tradicionales entrenadas. Además se ha incorporado a maestros, voluntarios, funcionarios de otros servicios y personas que practican sistemas indígenas de asistencia sanitaria.

De todas las experiencias se deduce que la utilización y formación de personal auxiliar es un medio eficaz para atender las necesidades básicas de salud de las poblaciones rurales y hay consenso en aceptar que constituyen el elemento capital de los programas. En cuanto a su formación, hay diversas modalidades y para el entrenamiento se ha comprobado la utilidad de contar con manuales que también sirven para normalizar las actividades (4-7-3).

Tan importante como el personal auxiliar es el personal del nivel intermedio encargado de las funciones de asesoría, educación continua del auxiliar, supervisión y control, el que ha de poseer conocimientos y competencias para trabajos en el medio rural y para manejar personas (9-4).

En cuanto a la relación del auxiliar o agente de asistencia primaria con el equipo de salud se han observado trabajadores que son auténticos miembros de la colectividad y no de los servicios de salud, mientras que en otros programas el personal desempeña una doble función, porque procede y depende de la comunidad, pero es un miembro activo del servicio de salud.

EVALUACION DE PROGRAMAS DE SALUD RURAL

Se han evaluado varios aspectos de los programas y de los servicios prestados, algunos de los cuales son: recursos humanos, calidad de la asistencia, cobertura, recursos físicos y mejoría del nivel de salud. Sin em-

bargo, en cuanto a la salud rural, el éxito de los programas no se puede enjuiciar solamente por los indicadores habituales de morbilidad o cobertura de inmunizaciones. Sin duda que mayor relevancia tiene el alcanzar las metas fijadas en cuanto a poner al alcance de las poblaciones rurales los medios para que ejerciten el derecho a la salud y que ésta sea la consecuencia de un normal funcionamiento de una comunidad bien estructurada e instruida.

Aunque se ha comprobado un notable avance en la atención de la salud de los grupos que viven en el medio rural, persisten restricciones y obstáculos que superar:

- Insuficiente conocimiento de tecnologías apropiadas para la extensión de coberturas y participación de la comunidad.
- Barreras culturales, tanto en la población beneficiaria de la atención que otros niveles escogieron, como en las instituciones productoras de servicios que no conocen claramente las necesidades del medio rural.
- Ausencia de definiciones oficiales en relación a la participación de la comunidad y a la coordinación intersectorial.
- Insuficiente articulación de la formación y utilización de los recursos humanos con los servicios de salud sin responder a los requerimientos del programa.
- Limitaciones de orden financiero.
- Deficiencias de los procesos administrativos para el funcionamiento de programas en áreas rurales.

EL COMPROMISO EN EL SENO DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

“Dar salud para todos en el año 2.000”, es el compromiso de las naciones del orbe, miembros de la OMS, y para alcanzar este objetivo se ha elegido la estrategia de la atención primaria.

En el caso de un país en desarrollo como Chile, este objetivo lo encuentra en plena optimización del sector salud, producto de lo cual necesariamente debe nacer el impulso definitivo que permita acceder a la atención de salud de la población rural. Los 2.500.000 habitantes que viven en el campo chileno ya han pasado a constituir un grupo prioritario dentro de la política del Ministerio de Salud, de entrega de acciones de salud sobre las personas; y en el sistema de atención progresiva por niveles, la Posta Rural y el Consultorio General Rural serán las estructuras que le dispense la Atención Primaria. Por intermedio de ellas no sólo se debe cumplir con la extensión de cobertura, sino que procurar responder a todas las necesidades sanitarias básicas de la población rural, previo diagnóstico, y aplicar todas aquellas medidas que en la experiencia propia y de otros programas rurales, aseguren salir de la precaria situación en que se desenvuelve.

(*) Este trabajo fue posible gracias a la valiosa orientación y asesoría de la Dra. A. M. Kaempffer, durante una residencia del autor en la Div. de Med. Preventiva y Materno-Infantil que ella dirige en el Departamento de Salud Pública y Med. Social de la Fac. Med. de la U. de Chile.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— **NEWELL, K. W.**— Ed. “La Salud por el Pueblo”. Ginebra, OMS, 1975.
- 2.— **DJUKANOVIC, V. y MACH, E. P.**— Ed. “Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo”. Ginebra, O. M. S., 1976.
- 3.— **MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL**, Venezuela.— “Manual Normativo para Auxiliares de enfermería y otro personal voluntario”. Caracas, 1971.
- 4.— **O. P. S.**— Pub. Científica 290. Guía para la organización de servicios de salud en áreas rurales y la utilización de personal auxiliar, 1974.
- 5.— **O. M. S.**— Ser. Inf. Téc. 600. Nuevas Tendencias y Métodos de Asistencia materno-infantil en los servicios de salud. 1976.
- 6.— **O. P. S.**— Doc. Oficial 150. Informe Anual del Director. Washington, 1977.
- 7.— **WHO/UNICEF.**— “Primary Health Care”. A joint Report. Geneva, 1978.
- 8.— **O. M. S.**— Pub. en offset 39 Método de Atención Sanitaria de la Madre y el Niño, basado en el concepto de riesgo. 1978.
- 9.— **O. M. S.**— Ser. Inf. Téc. 633. Formación y utilización del personal auxiliar para grupos rurales de salud en países en desarrollo. 1979.