

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXIII Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XXVII Reunión



Washington, D.C.
Septiembre-October 1975

Tema 32 del proyecto de programa

CD23/25 (Esp.)
Corrigendum
26 septiembre 1975
ESPAÑOL-INGLES

SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACION RURAL Y SUBATENDIDA DE AMERICA LATINA
Y DEL CARIBE

Corrigendum

Página 2, párrafo 2, línea 4 debe leer: " ... de un 37% de la
población de América Latina y el Caribe, que no tiene acceso aún a ... ".

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXIII Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XXVII Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-October 1975

Tema 32 del proyecto de programa

CD23/25 (Esp.)
Corrigendum
15 septiembre 1975
ESPAÑOL UNICAMENTE

SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACION RURAL Y SUBATENDIDA DE AMERICA LATINA
Y DEL CARIBE

Corrigendum

En la primera línea de la página 4, léase " ... no podían resolver todos los problemas de salud ... ".

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXIII Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XXVII Reunión



Washington, D.C.
Septiembre-October 1975

Tema 32 del proyecto de programa

CD23/25 (Esp.)
29 agosto 1975
ORIGINAL: ESPAÑOL

SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACION RURAL Y
SUBATENDIDA DE AMERICA LATINA Y DEL CARIBE

SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACION RURAL Y
SUBATENDIDA DE AMERICA LATINA Y DEL CARIBE

1. INTRODUCCION

Los Ministros de Salud de las Américas, en su III Reunión Especial celebrada en Santiago de Chile en 1972, destacaron la necesidad de extender la cobertura¹ de servicios de salud a la población que vive en zonas rurales o en áreas marginadas de las ciudades y que en el momento no tiene acceso a servicios mínimos de salud. En su Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980, los Ministros señalaron como meta principal la extensión de cobertura de servicios de salud, dando prioridad al control de enfermedades transmisibles, a la salud maternoinfantil, a la malnutrición, al saneamiento del medio dirigidos al grupo más vulnerable de madre y niño. La Asamblea Mundial de la Salud también ha dado atención preferencial al problema como se refleja en las numerosas resoluciones sobre el tema.²

Los Presidentes de los países del Continente, en su reunión de Punta del Este, 1967, los Ministros de Salud y los Organismos Internacionales de Crédito y Desarrollo han reconocido también la interrelación entre la economía, la salud y el desarrollo global y la importancia del área rural como base potencial de desarrollo.

El Comité Ejecutivo en su 74a Reunión del año 1975 consignó su interés sobre el grado de alcance de la meta de cobertura en la Resolución XIII (Anexo) mediante la cual recomienda al Consejo Directivo aprobar una resolución que diga:

1. Solicitar a la Oficina Sanitaria Panamericana que conceda máxima prioridad a la ampliación de los servicios de salud destinados a alcanzar una cobertura total, según las modalidades de vida y necesidades de las comunidades atendidas, estimulando la participación directa de éstas en las acciones de salud de la localidad.
2. Encarecer a los Gobiernos que, en sus programas de salud, den a conocer la decisión de ampliar y mejorar los servicios de salud rurales y utilicen todos los recursos humanos posibles de la comunidad atendida mediante una labor continua de capacitación y adiestramiento de personal auxiliar de acuerdo con las necesidades locales.

¹Cobertura se utiliza en este documento como la expresión real en magnitud y nivel mínimo de complejidad de servicios de salud que reciben todos los habitantes de un país en función de sus necesidades.

²WHA20.53; WHA20.61; WHA26.35; WHA26.43; WHA27.44 y WHA28.88

3. Estimular a los Gobiernos que ya han iniciado programas que compartan la información y experiencia sobre los progresos o procedimientos alternos con otros países, en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana.

2. EL PROBLEMA

El problema que fundamentalmente ha preocupado a los Ministros de Salud del Continente y que se han propuesto modificar en la presente década es contribuir a mejorar la situación general de vida, y de salud en particular, de un 47% de la población de las Américas, que no tiene acceso aún a servicios mínimos de salud. Esta población reside en las áreas rurales y suburbanas, en diferentes grados de desarrollo económico y social, condiciones ecológicas distintas, con altas tasas de morbilidad y mortalidad general y específica.

La solución requiere, por lo tanto, enfoques multidisciplinarios y globales. En el sector específico de la salud demanda cambios fundamentales en los sistemas de prestación de servicios, en la actitud y formación de los profesionales que las integran y en las estrategias para extender la cobertura de las prestaciones y, sin duda, en el medio que rodea al individuo.

3. LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL PROBLEMA

3.1 Socioeconómicos

En 1980 la población de América Latina y el Caribe será de alrededor de 379 millones de habitantes, de los cuales el 46% estará fuera de la fuerza de trabajo por comprender a los grupos de menos de 15 y de más de 65 años.

La carencia y las limitaciones de los procesos de desarrollo y mejoramiento de las condiciones de vida en las zonas rurales parece hacer irreversible el desplazamiento de la población rural y de sus problemas hacia áreas urbanas, creando nuevas situaciones críticas en áreas periféricas de las ciudades.

En general se puede decir que en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe la limitación de recursos humanos y materiales, la falta de comunicaciones, la dispersión de la población rural, la escasez de facilidades educativas y el desempleo interactúan y mantienen a la población rural al margen del desarrollo económico y social.

A menos que se acelere considerablemente el desarrollo rural y que se someta a una planificación efectiva y operante, en que tenga lugar preeminente la ocupación plena como un objetivo de alta prioridad, la población rural, con su crecimiento, seguirá engrosando las filas de los estratos subdesarrollados.

3.2 Los sistemas de salud

Tradicionalmente, los servicios de salud han tendido a mantenerse aislados del desarrollo económico y viceversa. Son numerosos los programas llamados de desarrollo integral o regional que con carácter experimental se han llevado a cabo en varios países y cuyos resultados han sido desalentadores o de un impacto muy modesto.

Se observa que a los programas de salud se otorga una baja prioridad en los programas de desarrollo, a pesar de las declaraciones reiteradas en el sentido de que el desarrollo social tiene alta prioridad.

Por otra parte, la salud y el bienestar son componentes del nivel de vida de las poblaciones y ellos no se obtienen por la simple presencia de un establecimiento de salud. Puede ser mucho más importante para una comunidad romper primero su aislamiento y procurarse los elementos indispensables para la vida, tales como empleo, alimentos, agua, riego y escuelas, que le permitan elevar su nivel de vida y, por consiguiente, su salud y bienestar.

Cualquiera de estas necesidades en que esté interesada la comunidad puede ser la puerta de entrada para introducir el componente de los programas de salud y de esta manera contribuir a alcanzar el objetivo deseado.

Los servicios actuales de salud son la resultante de conceptos tradicionales que fueron dirigidos a combatir la enfermedad en el individuo, sin reconocer las necesidades de la comunidad como un todo o de grupos de individuos con problemas comunes.

La multiplicidad de instituciones tanto públicas como autónomas o semiautónomas y privadas, que son de alto costo en su instalación y operación y que actúan fundamentalmente en el medio urbano, la falta de políticas de salud integradas, enfocadas a las necesidades de las comunidades, son factores que han contribuido a una situación de incoordinación intra e intersectorial y han condicionado el tratamiento unilateral y parcial de los problemas de salud.

No se han desarrollado estrategias y tecnologías apropiadas para su aplicación en las áreas rural y urbana marginal. En general las que se han tomado como modelo corresponden a estados de desarrollo mucho más avanzados, y por lo tanto son poco aplicables en países en vías de desarrollo, con realidades diferentes, especialmente en las áreas rurales.

Debido a la escasa cobertura con servicios de salud, las poblaciones rurales sólo fueron servidas mediante campañas de carácter vertical encaminadas a controlar o erradicar algunas de las enfermedades transmisibles, más importantes. Estos programas demostraron la posibilidad de reducir considerablemente las causas específicas de mortalidad y morbilidad y la posibilidad de obtener la participación de las comunidades, pero obviamente

podían resolver todos los problemas de salud en forma definitiva por su enfoque unilateral y por la persistencia de condiciones socioeconómicas y ecológicas desfavorables, que por lo demás trascendían sus propósitos y posibilidades. Por otra parte la falta de extensión y desarrollo de los servicios de salud a nivel local dificultó y puso en peligro la consolidación de los éxitos que esos programas han logrado.

Los servicios de salud tal como están concebidos hoy, sin tomar en cuenta las formas de vida, necesidades y aspiraciones de la población rural y marginada de la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, tienden a establecer una barrera cultural entre las necesidades de salud y su solución.

Lo anterior indica que es necesario cerrar la brecha existente entre los servicios de salud y la población en todo el proceso de organización de servicios de salud, para que éstos sean efectivos. Esto requiere que la comunidad participe de una manera activa, tanto en la identificación de sus necesidades como en la proposición e implementación de soluciones, con la debida orientación y apoyo de los trabajadores de salud.

3.3 Los recursos humanos

La formación de los recursos humanos, por lo general, tiende a perpetuar el enfoque hacia la atención institucional de la demanda individual ocasionada por la enfermedad. Aunque se han incorporado conceptos de prevención y promoción en los currícula básicos de la formación de los profesionales de salud, el enfoque sigue siendo sobre el individuo y no sobre las comunidades. El egresado en la mayoría de los casos no tiene el concepto de la comunidad como un todo, o de grupo o grupos de individuos con necesidades comunes de salud, cuya satisfacción tendría mayor impacto sobre la salud de toda la comunidad.

A lo anterior se agrega un relativo desconocimiento por parte de las instituciones formadoras de personal de las distintas necesidades de las diversas comunidades. Se agrava por la tendencia a adoptar acríticamente tecnologías en vez de estimular la creatividad necesaria para adaptarlas a las diversas realidades nacionales, dentro y fuera del recinto hospitalario, y en equipo con otras disciplinas.

Varios países han adoptado el "internado rural" o "servicio social" para los profesionales de la salud, que obliga a los recién egresados a trabajar un tiempo dado en el medio rural.

Los resultados de estas experiencias están demostrando que tales prácticas no constituyen una solución efectiva para alcanzar las metas de expansión de la cobertura, debido a la escasez generalizada de estos recursos y a que no se los ubica en el nivel del sistema de servicios de salud que garantice su utilización con máxima eficacia y eficiencia. Tales experiencias generan además expectativas en las comunidades que no pueden ser luego satisfechas en forma generalizada y mantenidas en el tiempo.

Un gran número de los auxiliares utilizados en la actualidad han recibido poca o ninguna preparación y son supervisados en forma precaria por médicos o enfermeras, sin preparación adecuada para cumplir esta función, dentro del enfoque de extensión de la cobertura, especialmente para las áreas rurales.

Las profesiones de la salud resisten la utilización de legos para la atención de la salud de la comunidad a que éstos pertenecen. Esto conduce al escaso aprovechamiento de los recursos potenciales de la propia comunidad en la solución de sus problemas de salud.

4. ENFOQUES Y ACCIONES FUTURAS PARA LA EXTENSION DE LA COBERTURA

Debe destacarse que, haciéndose uso de la política regional que ha dado prioridad a la cobertura de servicios en el Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971, 1980, 22 países de la Región han definido ya su política y estrategia para la cobertura de sus servicios de salud a la población rural y a la periurbana, mediante la utilización de distintos modelos de atención y tipos de personal. Algunos de estos países están en la etapa de planificación y otros en la de ejecución de sus programas de cobertura. La característica común de sus programas es la definición de niveles de atención, vinculados entre sí por un sistema de referencia, la integración de los subprogramas específicos en cada nivel y los establecimientos que corresponden a esos niveles, y la organización de la participación de las comunidades.

Los países han hecho suyo el énfasis que la Organización Panamericana de la Salud ha dado en que la programación de la extensión de la cobertura de los servicios a las áreas rurales forme parte del sistema nacional de servicios de salud, dándole la debida consideración al enfoque integral y multisectorial en la solución de los problemas de la salud.

El alcance de la meta de cobertura significa no solamente una intensificación de acciones y recursos, con la intención de lograr un cambio rápido y definido en la situación actual, sino que requiere la definición previa de políticas nacionales de salud que hagan explícitos nuevos enfoques tanto en el concepto de cobertura como en las estrategias para alcanzarla y, en consecuencia, nuevas soluciones técnicas y administrativas.

Cada país debe especificar el significado de cobertura que garantice satisfacer las necesidades de la mayoría de la población y el ejercicio del derecho a la salud, dentro de su contexto socioeconómico y en base a la magnitud y características del problema.

Deberá también tomar en cuenta las necesidades peculiares de las comunidades, ya que puede reconocerse aún dentro de cada país un pluralismo de comunidades, cada una con problemas y características propias que condicionan las prioridades y la selección de soluciones técnicas y administrativas para producir el impacto deseado sobre su estado de salud. Esto significa una reorientación del sistema de salud para cubrir la población desprotegida que conlleva la incorporación de acciones dirigidas tanto a los factores causantes, como a la enfermedad misma, con tecnologías efectivas y de fácil adaptación a las características de la comunidad.

La comunidad debe organizarse para participar en la solución efectiva de sus problemas de salud de acuerdo con sus propias características. Corresponde al Sector Salud la responsabilidad de apoyar estos esfuerzos.

No obstante la pluralidad de las comunidades y, por lo tanto, de las soluciones posibles para resolver sus problemas, hay características comunes que permitan la aplicación de algunas experiencias vividas por países de las Américas con su debida adaptación. Entre estas características están las siguientes:

i. el uso de auxiliares provenientes de las propias comunidades y seleccionados de acuerdo con la comunidad; adiestrados localmente y de una manera continuada mientras prestan sus servicios; aceptados por la propia comunidad, y apoyados y supervisados por miembros del sistema nacional de salud.

ii. el establecimiento de programas de apoyo logístico adecuado para proveer a estos trabajadores los materiales indispensables para el ejercicio de sus funciones; medios de comunicación con los centros determinados por el sistema de referencia para poder obtener el apoyo necesario de otros niveles del sistema nacional de salud.

iii. el establecimiento, a nivel local, de coordinación efectiva entre los programas de salud con los otros programas de desarrollo de la comunidad que se lleven a cabo.

iv. la preparación de los trabajadores de salud de todo el sistema de servicios y de las instituciones formadoras de personal, orientada a obtener su participación informada y conscientemente en programas de esta naturaleza.

El papel que corresponde al sector salud, tanto en el reconocimiento de los problemas de salud como de sus consecuencia e impacto sobre el desarrollo rural, es fundamental para orientar las soluciones conjuntas con otros sectores. Este liderazgo es cada vez más necesario frente a los numerosos programas de desarrollo regional que están emprendiendo los países como estrategia para superar el subdesarrollo que puedan originar situaciones desfavorables de salud, que se evitan cuando el sector participa plenamente en los mismos, desde su concepción.

Nuevamente debe destacarse la necesidad de la debida participación de las comunidades en este proceso, ya que son ellas actores y receptores de los resultados que se logren.

Es evidente el gran interés de las agencias internacionales y la ayuda bilateral para contribuir a la expansión de la cobertura de servicios de salud.

La Oficina Sanitaria Panamericana está evaluando las experiencias recogidas a fin de reorientar su organización y recursos para hacer mayor y más efectiva su colaboración con los países en esta empresa.

Anexo



COMITE EJECUTIVO DEL
CONSEJO DIRECTIVO

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

74a Reunión

GRUPO DE TRABAJO DEL
COMITE REGIONAL

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



74a Reunión

RESOLUCION XIII

SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACION RURAL Y SUBATENDIDA
DE AMERICA LATINA Y DEL CARIBE

EL COMITE EJECUTIVO,

Teniendo presente que una de las metas principales del Plan Decenal de Salud para las Américas es "extender la cobertura con servicios mínimos integrales, a todos los habitantes que residen en comunidades accesibles de menos de 2,000 habitantes",

RESUELVE:

Recomendar al Consejo Directivo en su XXIII Reunión que considere la aprobación de una resolución redactada en los siguientes términos:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que en resoluciones anteriores de la Asamblea Mundial de la Salud (incluyendo WHA20.53, WHA23.61, WHA25.17, WHA26.35, WHA26.43 y WHA27.44) se subraya la necesidad de fomentar la prestación y ampliación de servicios de salud integrales a fin de atender las necesidades de todos los pueblos y reconocer sus derechos fundamentales;

Habiendo tomado nota de la reiterada importancia y prioridad que la 28a Asamblea Mundial de la Salud ha concedido al fomento de la atención primaria de la salud (Resolución WHA28.88); y

Consciente de la necesidad de cumplir las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas,

RESUELVE:

1. Solicitar a la Oficina Sanitaria Panamericana que conceda máxima prioridad a la ampliación de los servicios de salud destinados a alcanzar una cobertura total, según las modalidades de vida y necesidades de las comunidades atendidas, estimulando la participación directa de estas en las acciones de salud de la localidad.
2. Encarecer a los Gobiernos que, en sus programas de salud, den a conocer la decisión de ampliar y mejorar los servicios de salud rurales y utilicen todos los recursos humanos posibles de la comunidad atendida mediante una labor continua de capacitación y adiestramiento de personal auxiliar de acuerdo con las necesidades locales.
3. Estimular a los Gobiernos que ya han iniciado programas que compartan la información y experiencia sobre los progresos o procedimientos alternos con otros países, en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana.

(Aprobada en la décima sesión plenaria,
celebrada el 27 de junio de 1975)