

supervisores de todos los centros necesitan estar familiarizados con el contenido de la enseñanza que se ofrece y deben tener la preparación necesaria para dar asesoramiento específico en la labor práctica de campo.

Hay varios tipos de instrucción que resultan eficaces, entre los que figuran los siguientes:

- a) Enseñanza en el aula con demostraciones (ayudas audiovisuales).
- b) Experiencia práctica supervisada.
- c) Estudio de casos.
- d) Reuniones de mesa redonda.
- e) Pláticas por consultores especiales.
- f) Socio-dramas.
- g) Suministro de literatura con información reciente sobre salud pública, a cada uno de los miembros del personal.

Para asegurar el éxito del programa debe fomentarse la libre participación del personal.

4. *Evaluación*

La evaluación del programa de adiestramiento propiamente dicho, debe comprender:

- a) análisis críticos, metodológicos y objetivos de las actividades del centro;
- b) informes preparados por los participantes, y
- c) su revisión por los consultores externos o por los supervisores de la oficina central.

Los cambios en los índices específicos de las actividades del Departamento de Salud Pública, pueden servir para determinar hasta qué punto ha sido efectivo el adiestramiento durante el servicio. Por ejemplo, el adiestramiento de enfermeras y de auxiliares para la supervisión de las actividades de higiene maternal debe dar por resultado un porcentaje más elevado de madres que acudan a la clínica en el primer período del embarazo y que continúen acudiendo regularmente. Es de todo punto conveniente seguir investigando nuevos y más eficaces métodos de evaluación de la efectividad de los programas de adiestramiento, durante el servicio, proporcionado en todas las escalas.

El mejoramiento de los servicios de salud pública constituirá la mejor demostración de la eficacia de los programas de adiestramiento durante el servicio.

II. ATENCION MEDICA EN EL MEDIO RURAL*

El análisis de la ponencia presentada por el Dr. J. A. Díaz Guzmán y la discusión sobre ella abarcaron los puntos enumerados a continuación y destacaron los acuerdos y recomendaciones que se resumen en seguida.

1. *Comentarios generales sobre la exposición preliminar del experto designado por la Oficina*

El trabajo presentado por el Dr. J. A. Díaz Guzmán mereció elogiosos comentarios y se recomendó su amplia divulgación por la Oficina. Los participantes concordaron en la imposibilidad de separar la práctica de la

medicina curativa y la prevención en el medio rural, reconociendo que en cada país se deberán seguir distintos caminos para lograr su integración y un equilibrio justo entre las distintas actividades. En el curso del debate se subrayó la necesidad de obtener la colaboración de la profesión médica, mediante esfuerzos de los propios funcionarios del servicio sanitario, reorientando la enseñanza que imparten las escuelas de medicina y fomentando el sistema de práctica dirigida en el medio rural.

2. *Definición del medio rural y su jerarquía demográfica y administrativa*

Hubo acuerdo en que no existe una definición del medio rural que sea aplicable en todas circunstancias. Cada país determinará la extensión de sus áreas rurales de acuerdo

* Este informe—resultado de la discusión del tema—fué presentado por el Relator, Dr. Alberto Bissot, Jr., de Panamá. La exposición preliminar del tema fué presentada por el Dr. J. A. Díaz Guzmán, de Venezuela.

con el estudio de las condiciones nacionales y teniendo presente, en casos intermedios, las siguientes características de áreas rurales: casas separadas por amplios espacios, cuyo abasto de agua y disposición de desperdicios se hace sobre base individual y cuyos habitantes viven principalmente de la agricultura.

La discusión destacó la importancia del medio rural en la mayoría de los países de América, a causa de su influencia social, demográfica y epidemiológica en el estado sanitario nacional y de la falta de servicios en las áreas rurales. Pero reconoció unánimemente que la adecuada atención de las poblaciones rurales requiere el desarrollo previo o simultáneo de organismos normativos y de supervisión, a cargo de personal competente y de dedicación exclusiva, en la dirección nacional o estadual del servicio de salud pública. También se señaló que los centros urbanos grandes y medianos constituyen todavía en muchos países el mayor problema sanitario, por su influencia en los índices demográficos y por las mayores posibilidades administrativas y económicas de resolverlo.

3. *Contenido y limitaciones del programa de atención médico-sanitaria rural*

Los servicios médico-sanitarios rurales deben ser tan adecuados como los que se ofrecen en el país a los habitantes urbanos, dentro de los objetivos específicos perseguidos y de las limitaciones cuantitativas y cualitativas impuestas por el carácter de la población rural.

a) En el medio rural más simple, las actividades preventivas y curativas se hallan tan íntimamente ligadas que, en la mayoría de los países de América, deben ser organizadas como una unidad integral. 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 los de las urba-

nas. Los problemas de vivienda, producción agrícola, mejoramiento del hogar y del nivel general de vida y cultura merecen igual atención que los problemas médico-sanitarios, por parte de agentes especiales o, en circunstancias particulares, por los funcionarios de salubridad debidamente adiestrados para este trabajo.

b) Servicios médico-sanitarios mínimos del centro rural:

- i) saneamiento del medio, en especial en lo relativo al agua y a las excretas.
- ii) control de enfermedades infectocontagiosas.
- iii) higiene maternoinfantil
- iv) atención médica: consultas y facilidades de hospitalización (partos, urgencia) y ambulancia.
- v) estadística, haciendo hincapié en la certificación médica de causas de muerte.
- vi) facilidades de laboratorio.
- vii) educación higiénica.

4. *Integración con los servicios urbanos*

Para cumplir sus objetivos, los servicios rurales necesitan 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. Esta red debe incluir centros de distrito y regionales, de especialización creciente, equipados para dar servicios complementarios de rutina, consulta, enseñanza y supervisión a los centros menos diferenciados. Asimismo, para asegurar el desarrollo constante de los servicios rurales, es indispensable la existencia, en la Dirección Nacional del Servicio de Salud Pública, de organismos adecuados para apoyar y coordinar los servicios rurales.

5. *Organización y Administración*

a) *Información básica*

En cada localidad donde se organice un centro de higiene rural se deberá realizar una simple encuesta general médico-sanitaria, para que sirva de guía en la determinación de la importancia relativa de cada problema y en el énfasis que se debe dar a cada aspecto del programa. La revisión periódica de estas encuestas y el estudio anual de los

índices demográficos determinarán cualquier cambio de acento que se debe imprimir a los programas ya en marcha. _

b) *Personal*

i) Personal mínimo:

- 1 médico higienista y clínico
- 2 auxiliares de clínica (una de ellas partera);
- enfermera, cuando sea posible.
- 1 auxiliar de saneamiento y estadística
- 1 empleado de servicio
- 1 chofer, si hay ambulancias

ii) 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 el 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 a la debida capacitación del personal, antes de entrar a prestar servicios y durante el tiempo en que esté pres-tándolos. Cada país deberá desarrollar un sistema docente racional, jerarquizado de acuerdo con las diversas posiciones que vayan a ocupar los médicos y otros funcionarios rurales.

iii) Se destacó la extrema importancia de ofrecer al personal de los servicios rurales condiciones atractivas de trabajo, en especial con relación a sueldos, estabilidad y oportunidades de perfeccionamiento y de ascenso. Se recomienda construir vivienda para el personal, cuando no la haya adecuada en la localidad.

iv) La supervisión y estímulo continuados del trabajo son especialmente necesarios en los servicios rurales, y deben ser ejercidos sobre los diversos miembros del equipo sanitario-asistencial, desde los centros de distrito y regionales y desde la Dirección Nacional. Debe incluir visitas sistemáticas de consultores generales o de especialistas, reuniones periódicas por distritos o regiones, asistencia a centros mayores y medidas similares.

c) *Participación comunal*

Las mayores dificultades que el médico y el servicio rural confrontan hacen que la

participación activa y competente de los individuos y de los grupos de la colectividad confiada a su cuidado sea aún más importante que en el medio urbano. Todos los funcionarios deberán dedicar atención preferente a estimular la cooperación de las autoridades, maestros y dirigentes locales de toda índole, y la organización de comités y grupos de elaboración, tanto en lo que atañe al programa preventivo y asistencial, como a las labores de mejoramiento agropecuario, cultural y social de la colectividad.

d) *Financiamiento*

El financiamiento de los servicios rurales depende también principalmente de los presupuestos nacionales, estatales y regionales. Otras fuentes importantes que se deben considerar son: el gobierno municipal, el Seguro Social ampliado al campo, y las empresas privadas o los propietarios individuales. La colectividad beneficiada podrá contribuir mediante el pago de servicios curativos y mediante aportes voluntarios de obras de saneamiento u otras labores preventivas.

Estos informes se publican en virtud de la Resolución XXIV adoptada por el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana en su VIII Reunión, VII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, cuyo texto se presenta a continuación:

RESOLUCION XXIV

DISCUSIONES TECNICAS

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado los Informes presentados por los Relatores de las Discusiones Técnicas que han tenido lugar durante la Reunión,

RESUELVE:

1. Tomar nota de los informes sobre las discusiones técnicas, haciendo constar el agrado del Consejo por la forma en que se han realizado y la fidelidad con que los relatos las han interpretado, y transmitirlos al Comité Ejecutivo a los efectos que estime procedentes.

2. Recomendar al Director de la Oficina que dé a los Informes mencionados en el párrafo anterior la mayor difusión posible.