

ATENCION DE LA SALUD DE LA POBLACION RURAL DISPERSA

Dr. Emilio López-Vidal¹

Se propone un servicio mínimo de atención para satisfacer las necesidades de salud de la población rural dispersa en los países en vías de desarrollo del Hemisferio Occidental, entendiéndose que el mejoramiento de sus condiciones de salud es un deber impostergable y condición sine qua non de su desarrollo.

Antecedentes

Una observación panorámica, desde el punto de vista demográfico, de los países en vías de desarrollo del Hemisferio Occidental revela una amplia gama de agrupaciones de población con distinta densidad que incluye desde la gran ciudad, en que hay facilidades para todo, hasta el conglomerado rural mínimo, aislado y primitivo; y, entre estos dos extremos, una infinidad de categorías intermedias y diferentes. Diferentes, porque hasta ahora no hubo consenso que permitiera formularlas claramente, sobre todo en el caso de la población rural, cuya definición varía de un país a otro y, por lo general, encierra agrupaciones de población que presentan marcadas diferencias, no sólo con respecto a su número de habitantes, sino también a las condiciones socioculturales y económicas a que se hallan sometidas.

En algunos países, para establecer la definición de población rural se han tomado en consideración diversos conceptos. Entre estos, es importante mencionar los siguientes: criterio demográfico (número de habitantes); social (ocupación); sentido sanitario (saneamiento ambiental); apreciación socio-antropológica (evolución cultural); organización político-social (gobierno local), y servicios (educación, salud, comunicaciones, etc.).

Ahora bien, sin pretender crear una definición de medio rural, se tratará de hacer una descripción de la agrupación humana que ocupa el extremo más modesto de esta clasificación entre urbano y rural, con el objeto de delinear, a manera de ensayo, una infraestructura de servicios de atención a la salud que pueda beneficiar a ese segmento de la población, considerando la urgencia de sus problemas y en función de los recursos existentes, en el supuesto de que es un deber impostergable la atención de la salud como una condición esencial para su desarrollo.

Población rural dispersa

En los países en vías de desarrollo de América Latina, existen agrupaciones humanas con no más de 500 habitantes en conglomerados sociales llamados aldeas, caseríos o villorrios, carentes de saneamiento ambiental y con viviendas insalubres; los habitantes son socialmente pobres y analfabetos y se dedican a la agricultura y cría de animales en la forma más primitiva. Muchas de estas poblaciones se rigen todavía según los patrones de una cultura arcaica, conservan el idioma vernáculo y están aisladas de los centros poblados importantes por falta de medios de comunicación. En algunos de estos conglomerados a veces puede existir una escuela primaria elemental como único servicio para la comunidad.

Esta población, por lo general, con di-

¹ Asesor Regional en Adiestramiento de Personal, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

versas variaciones individuales, se encuentra afectada por la malnutrición crónica, a la cual muchos sobreviven por adaptación fisiológica.

El hacinamiento familiar, que llega hasta la convivencia hogareña con animales domésticos, a los que se suman los vectores propios de la región, contribuye a crear un ambiente favorable para las alteraciones en la esfera psíquica y exposición al riesgo de las enfermedades metaxénicas.

La ignorancia, la miseria, la malnutrición, la gran dispersión de las viviendas y el aislamiento de los grandes centros urbanos hacen el ambiente social propicio para que esta población sea proclive a los desajustes sociales y al alcoholismo.

Por las condiciones ecológicas y socioculturales enunciadas, esta población es la más susceptible a las agresiones físicas, biológicas y sociales. Los agentes patógenos específicos locales encuentran terreno favorable para su desarrollo y en consecuencia la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas son de gran importancia.

Por otra parte, la carencia de servicios de salud se suma a las condiciones socioculturales mencionadas e impide obtener la información estadística que se requiere si se han de establecer los indicadores demográficos y vitales indispensables para llegar a un diagnóstico verdadero y exacto de las condiciones de salud, aunque cabría agregar que, con raras excepciones, la salud en grado óptimo no existe en el ambiente de estos conglomerados, dadas las condiciones de vida que imperan en su ámbito.

A los fines de este trabajo, de aquí en adelante se ha de llamar a la población residente en esos conglomerados "población rural dispersa," y al medio en que estos conglomerados se asientan "medio rural disperso."

El problema de la salud de la población rural dispersa

El criterio ecológico indica que las condiciones ambientales del medio rural disperso

son en su totalidad favorables al desarrollo, en forma permanente o endémica, de las enfermedades causadas por agentes infecciosos virales y bacterianos y de las infecciones parasitarias no bacterianas. La mala nutrición, como consecuencia de la ignorancia y de la pobreza, y la elevada fertilidad de madres con una natalidad de niños afectados de debilidad congénita, son hechos sociales que repercuten biológicamente en la predisposición y perpetuación de las dolencias mencionadas, en este medio rural disperso.

Se desconoce el daño ocasionado por las enfermedades degenerativas en la población que habita en el medio rural disperso, pero se podría suponer que, como manifestación biológica de defensa natural, en este ambiente tan desfavorable e inclemente para la salud, son los más fuertes los que resultan indemnes o sobreviven a esta clase de enfermedades. Asimismo, se debe tener en consideración que en ese ámbito el promedio de vida no ha de ser muy prolongado y que, por consiguiente, el grupo de ancianos no puede ser numeroso en relación con el total de la población.

Dada la deficiencia o carencia de estadísticas vitales es muy difícil establecer los indicadores de mortalidad por grupos de edad, así como la tasa de natalidad y otros parámetros igualmente importantes relacionados con la población rural dispersa.

Sin embargo, es probable que la presentación gráfica de la distribución por edades de esta población resulte en la pirámide de amplia base, propia de una población joven, en la que más del 50% corresponda a los grupos no productivos, dependientes y sobrecarga de un grupo trabajador minoritario.

Asimismo, es de suponer que en el ambiente social del medio rural disperso, nicho ecológico que no favorece en modo alguno el desarrollo normal de la especie humana, la salud de su población debe estar muy lejos de la condición óptima.

El ser humano sometido a condiciones como las que imperan en ese medio entabla una lucha permanente para adaptarse al ambiente rural tan inhóspito, y busca un equilibrio estable para sobrevivir. Pero esa lucha cuesta a la especie un alto tributo en vidas perdidas y, por consiguiente, no es raro que el campesino, en su lógico afán de superar estas adversidades, y respondiendo al llamado de su instinto de supervivencia, emigre de ese medio hostil hacia los centros urbanos con la esperanza de encontrar en ellos el ambiente favorable para su bienestar. Ignora, sin embargo, que por sus condiciones culturales y falta de preparación para el trabajo industrial, más bien va a ocasionar o a agravar conflictos sociales que a conseguir su propósito de una vida mejor y más duradera.

Magnitud, trascendencia y vulnerabilidad del problema

En los cuadros 1 y 2 se puede apreciar la distribución de la población del Ecuador y Venezuela en relación con el tamaño de sus centros poblados (número de habitantes), según los censos de 1962 y 1961, respectivamente.

En el Ecuador, 1,988,688 personas, o sea casi la mitad (44.5%) de su población total, habitan en 19,718 centros de menos de 500 habitantes. En Venezuela 2,055,497 personas, o sea el 27.3% de su población

total, reside en 23,127 conglomerados de esa dimensión. No es exagerado suponer que, salvo raras excepciones, estudios exhaustivos de la distribución demográfica en otros países de América Latina arrojarían resultados similares.

Debe agregarse que si alguien considerase exagerado clasificar como población rural dispersa a los conglomerados con menos de 500 habitantes, puede apelar a las cifras relacionadas con las poblaciones de menos de 200 habitantes, las que brindan testimonio elocuente de la magnitud del problema.

En los países que lo padecen, la trascendencia del problema tiene amplias repercusiones en la población total de los mismos, la cual tendrá una expectativa de vida útil más breve que la de la población urbana. Es de suponer que, en ellos, más del 50% de la mortalidad ha de corresponder a los menores de 15 años y que la correspondiente a los menores de 5 años también ha de ser elevada.

La ausencia casi total de servicios de atención para la salud, permite aceptar que la aplicación de algunas de las medidas ya tradicionales de la prevención primaria, como los programas de inmunizaciones y la prestación en forma permanente de servicios elementales de primeros auxilios para la recuperación de la salud, puede reducir parte de las dolencias que afligen a esta población. Además, donde nada existe, lo poco que se haga es bastante, y mejor aún, si para con-

CUADRO 1—Población total del Ecuador en centros poblados clasificados según su tamaño (número de habitantes). Censo de 1962.

Tamaño	Localidades	Población	
		Cifras absolutas	%
0-199.....	16,515	1,007,100	22.5
200-499....	3,203	981,588	22.0
500-999...	815	548,833	12.2
1,000 o más.	279	1,938,486	43.3
Total...	20,812	4,476,007	100.0

CUADRO 2—Población total de Venezuela en centros poblados clasificados según su tamaño (número de habitantes). Censo de 1961.

Tamaño	Localidades	Población	
		Cifras absolutas	%
0-199.....	20,755	1,358,617	18.0
200-499....	2,372	696,880	9.3
500-999....	567	389,878	5.2
1,000 o más..	483	5,078,624	67.5
Total.....	24,177	7,523,999	100.0

seguir esto la inversión económica requerida es mínima.

Hay que agregar también que en un ambiente civilizado, esta población rural dispersa, como cualquier otro grupo humano, es acreedora a la atención de sus problemas de salud y que nada puede justificar, en una sociedad organizada, la indiferencia o el olvido ante las necesidades vitales de un grupo que, por sus costumbres, creencias y supersticiones propias de una cultura no evolucionada, está más expuesto a la agresividad del medio ambiente.

Desde el punto de vista social, esta población rural dispersa, es parte de una entidad jurídica llamada estado o nación, regida por un gobierno entre cuyas obligaciones figura, indudablemente, la de garantizar la salud de todos los habitantes del territorio nacional. Por lo tanto, todo gobierno debe prestar servicios de salud a esa población sin dilación ni descuido, ya que representa en algunos países aproximadamente el 30% de la población total, y no atenderla debidamente sería una negligencia que puede acarrear consecuencias perjudiciales, bien porque la conduciría a emigrar a las ciudades, o bien, porque exacerbaría sus reclamaciones y conflictos de orden social.

Posibilidades de solución del problema

La solución natural y lógica será la concentración de esta población dispersa bajo la directiva de una organización político-social que considere la prestación coordinada de servicios indispensables para el desarrollo económico y social de una comunidad. Paralelamente al establecimiento de los servicios de salud, se deben organizar la tenencia de la tierra y la educación vocacional, con énfasis en el adiestramiento en técnicas como la administración de créditos, la promoción de fuentes de trabajo, la instalación de medios de comunicación y la aplicación de medidas de seguridad social que reflejen una política sabia y prudente de educación familiar integral, muy necesaria en el medio

rural disperso, tanto por el crecimiento elevado de su población como por las necesidades vitales que pesan sobre la misma.

Esta reforma integral no puede improvisarse; debe llevarse a cabo mediante un programa coordinado, bien meditado y trazado en función de los problemas que se desea resolver y de los recursos disponibles para ello. Además del cambio material que ha de promover, esta reforma supone un cambio sociocultural y, por consiguiente, debe desarrollarse y evolucionar en etapas progresivas. Asimismo, la implantación y funcionamiento de este sistema integral para el desarrollo económico y social de la población rural dispersa, no sólo requiere recursos financieros suficientes para la creación de los servicios y la preparación del personal, sino también un tiempo considerable para alcanzar sus propósitos.

Se reitera que el principio doctrinario de la necesidad de la concurrencia de los diferentes servicios mencionados, indispensables para la obtención de la salud en forma integral, es fundamental para establecer una política de buena administración sanitaria.

Mientras esta política de desarrollo integral se realiza, se puede formular un programa mínimo de atención de la salud de la población rural dispersa, pero debe tenerse en cuenta que su aislamiento geográfico y condición sociocultural son un obstáculo difícil de superar para el establecimiento de un servicio médico profesional permanente, y cuyo financiamiento, por otra parte, resultaría muy oneroso.

Además, aun en el caso de que se lograra crear servicios permanentes, sería difícil encontrar médicos decididos a encargarse de ellos, dadas las condiciones adversas para el ejercicio de su profesión en el medio rural disperso. Este medio, por lo general, ofrece pocos atractivos al profesional. Puede que muchos no vean en él posibilidades ni de progreso científico ni de promoción como funcionarios y teman ser olvidados. Algunos se sentirían defraudados ante la imposibili-

dad de usar equipos modernos y técnicas actuales de diagnóstico y tratamiento al ejercer su profesión. Otros, desde un punto de vista personal, se sentirían incómodos al no conseguir para ellos y su familia la vivienda y la alimentación, las posibilidades de educación y comunicación, y otros servicios propios del medio urbano. Por último, hay quienes podrían experimentar una sensación de fracaso si, ignorando que la población rural dispersa no está preparada culturalmente para la buena utilización del médico, llegaran a pensar que no son comprendidos por la comunidad y que sus buenas intenciones son mal interpretadas.

No obstante, tampoco es productivo organizar servicios basados en visitas médicas periódicas, por los siguientes motivos:

1. Las enfermedades no esperan la llegada del médico para manifestarse.
2. Las visitas periódicas no permiten atender los casos de enfermedades agudas en el momento oportuno.
3. Para ser eficaz, la labor educadora de promoción de la salud y prevención de enfermedades debe hacerse en forma continua y permanente.

A los problemas enunciados que plantea el sistema de visitas periódicas debe agregarse el costo elevado del transporte del médico; la imposibilidad de cumplir con los plazos fijados para repetir las visitas, debido a factores de clima (lluvias torrenciales) o a causas de fuerza mayor (inundaciones, derrumbes). Asimismo, la fatiga del viaje abruma a menudo al profesional y le resta energías para la consulta. Por lo general, hay un exceso de consultantes que llegan para solicitar medicinas que en ese momento no necesitan, pero que suponen habrán de necesitar alguna vez. Otro sector de consultantes está constituido por pacientes de afecciones propias de la desnutrición y de la senectud, ante las cuales el médico poco puede hacer, dado lo breve de su visita. En estos casos, por lo general, se limita a aplicar una terapéutica que no pasa de ser paliativa

y que, a menudo, sólo se dirige a conformar al consultante.

Vistas de un modo general las muchas dificultades que enfrenta el médico para hacer una labor eficaz en el medio rural disperso, se sugiere la creación de un servicio, permanente y relativamente integral, de atención mínima a los problemas de la salud, que sea prestado por un trabajador previamente preparado y según un programa de trabajo claramente definido. Es imprescindible que desde el punto de vista administrativo se considere a este trabajador, que llamaremos "auxiliar de salud", parte integrante de un servicio organizado de salud pública que sea responsable de su adiestramiento, dirección y supervisión, y al que el auxiliar pueda llegar cada vez que necesite ayuda.

Programa de trabajo

Un programa de acción debe trazarse en función de la prioridad de los problemas que se intenta resolver por su intermedio, así como de los conocimientos, técnicas y recursos disponibles, tanto financieros como de personal, para resolverlos. Según esta premisa, no es posible establecer un programa que sea aplicable, en sentido estricto, en todos los países en vías de desarrollo del Continente Americano. Los criterios ecológicos y culturales conducen, lógicamente, a la elaboración de programas de alcance local o, como máximo, nacional, ya que su formulación y evolución ha de depender del grado de desarrollo y las posibilidades de la estructura administrativa sanitaria del país. Sin embargo, se tratará aquí de trazar un esquema de los fundamentos de un programa de salud para el medio rural disperso, sin que el orden de su presentación indique prioridad alguna. Previamente, cabe advertir también que la formulación definitiva del plan de trabajo, ha de ser obligación del administrador local de salud pública, responsable de la organización y evolución del servicio.

Actividades básicas del programa

Las actividades básicas de un programa de salud de la población rural dispersa pueden dividirse en tres categorías: 1) recolección de datos demográficos; 2) promoción de la salud, y prevención de enfermedades, y 3) recuperación de la salud. El acopio de datos sobre nacimientos y defunciones ha de permitir la elaboración de estadísticas vitales. Las actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud incluirán las inmunizaciones, la atención materno-infantil, el saneamiento ambiental y la toma de muestras para exámenes de laboratorio. Las actividades de recuperación de la salud comprenderán la prestación de primeros auxilios a víctimas de accidentes y a pacientes de ciertas enfermedades, así como el tratamiento en masa, como parte de campañas específicas contra ciertas enfermedades.

Se debe recordar que este programa ha de ser llevado a cabo por "personal auxiliar" y, por lo tanto, cabe dar una explicación sucinta de la labor que ha de realizar, poniendo de relieve la necesidad de simplificar, hasta donde sea posible, todas las actividades a fin de que su ejecución sea posible y presente a ese tipo de personal la menor cantidad de dificultades.

Recolección de datos demográficos. El objetivo fundamental del acopio de datos sobre nacimientos y defunciones es hacer un balance demográfico del crecimiento vegetativo en un área prevista y en un período de tiempo determinado. A ese efecto, la auxiliar sólo ha de recoger, en la forma más simple posible, la siguiente información:

Con respecto a los nacimientos, registrará su fecha y lugar, así como el sexo de los recién nacidos y su estado al nacer (vivo o muerto). A estos datos se puede agregar el nombre de la madre, cuyo registro permitirá posteriormente prestarle atención adecuada, tanto a ella como a su hijo. La auxiliar no necesita la comparecencia o notificación de ningún familiar para el registro de estos datos. Bastará que tome conocimiento del

nacimiento, y cabe anotar que en el reducido ámbito de un conglomerado rural, un nacimiento, lo mismo que una defunción, constituye un acontecimiento de tal importancia sociocultural que es conocido y comentado inmediatamente por toda la comunidad. Después de registrada esta información, la auxiliar completará esta fase de su trabajo aconsejando a los padres que inscriban el nacimiento en el Registro Civil correspondiente.

Con respecto a las defunciones, los datos que se han de registrar serán la fecha y lugar del suceso, así como el sexo de la persona fallecida, su nombre y edad. También puede hacerse constar la posible causa de muerte de acuerdo con los síntomas y signos predominantes notados por los parientes de la persona difunta. Como ocurre con los nacimientos, para el registro de la defunción es suficiente el enterarse de que ha sucedido.

Esta información, una vez registrada, ha de ser analizada en primer término por la enfermera supervisora, quien puede comentarla y aprovecharla para aclarar conceptos y como motivación para la preparación en servicio.

Prevención de enfermedades y promoción de la salud. Las inmunizaciones constituyen un sector importante de estas actividades, ya que su objeto es disminuir los riesgos de enfermedad y muerte por ciertas enfermedades. Los tipos de inmunizaciones y el sistema de aplicación han de ser determinados por la organización sanitaria local, pero, considerando las dificultades inherentes al transporte y conservación de las dosis inmunizantes, se ha de dar preferencia a las vacunas de tipo liofilizado. La información referente a estas inmunizaciones debe ser lo más sencilla posible.

Las acciones de atención materno-infantil pueden orientarse principalmente a controlar a las comadronas o empíricas locales y a enseñarles, de un modo sencillo, normas de higiene personal y de la embarazada en el momento del parto, así como a utilizar la asepsia en el corte del cordón umbilical y a

proteger los ojos del recién nacido. Asimismo, se les ha de instruir a fin de que sepan cuándo deben referir una parturienta al servicio médico y, sobre todo, lo que "no deben hacer". Las acciones de atención materno-infantil deben incluir también los consejos a la embarazada durante la gestación, en especial con respecto a los alimentos que ha de ingerir y a su higiene personal, y la observación durante el puerperio de los signos y síntomas de alarma propios de la hemorragia y de la infección puerperal a fin de prestar los primeros auxilios y referir inmediatamente a la embarazada al servicio médico, en las mejores condiciones posibles.

Los consejos referentes al niño pueden centrarse en la orientación sobre su higiene y su alimentación.

En materia de saneamiento ambiental, se deberá estimular el interés de la población por resolver sus problemas de abastecimiento de agua y disposición de excreta por sí misma. Una vez que se hayan creado las condiciones favorables y la comunidad esté dispuesta a participar activamente en la solución de esos problemas, la auxiliar ha de solicitar, por intermedio de su supervisora, el asesoramiento del servicio sanitario. Cabe aclarar que, en la esfera del saneamiento ambiental, podrá darse prioridad a otras acciones, por ejemplo de lucha contra vectores, según demanden las necesidades locales.

Recuperación de la salud. La función del auxiliar, en lo que se refiere a primeros auxilios a víctimas de accidentes, tiene como propósito referirlas al servicio médico en las mejores condiciones posibles, evitándoles hasta donde se pueda mayores daños y sufrimientos durante su traslado. Es obvio que en los casos de asfixia por inmersión el tratamiento de urgencia de respiración boca a boca debe ser responsabilidad del auxiliar.

También estará a cargo del auxiliar como parte de campañas en masa de lucha contra ciertas enfermedades la toma de muestras y su envío para exámenes de laboratorio.

Asimismo, el auxiliar habrá de prestar primeros auxilios a pacientes de ciertas enfermedades, frecuentes en la región y de fácil diagnóstico, para las cuales se emplean tratamientos específicos de aplicación sencilla y no peligrosa. La estructura de este programa es de responsabilidad exclusiva del servicio médico local.

Esta función curativa puede que sea la que se preste a mayores controversias; sin embargo, las condiciones de orden epidemiológico, sociocultural y administrativo propias del medio rural disperso, hacen necesario delegarla en un auxiliar. Asimismo, las condiciones mencionadas determinan los propósitos de esta función, los que pueden formularse del modo siguiente:

- a) Disminuir la mortalidad de aquellas enfermedades de importancia epidemiológica, fácilmente detectables y cuyo tratamiento no implica riesgos.
- b) Favorecer la aceptación de las medidas preventivas.
- c) Alcanzar mayor cobertura.

El auxiliar no debe ejercer su función curativa arbitrariamente; sólo debe atender los casos de enfermedades previamente seleccionados por el médico epidemiólogo y según pautas claramente establecidas en su manual de trabajo, para lo cual ha recibido adiestramiento previo. La neumonía y la gastroenteritis en niños son ejemplos de enfermedades agudas con elevadas tasas de mortalidad en el medio rural disperso. Esta mortalidad puede evitarse en parte, mediante el tratamiento aplicado en forma precoz. La fiebre, la tos y la disnea son signos fáciles de apreciar en el caso de la neumonía. La penicilina aplicada al inicio de la enfermedad es efectiva y el riesgo de la reacción alérgica del paciente al medicamento deja de ser importante en comparación con el número de muertes que puede evitarse. Si estos enfermos no tienen fácil acceso a este recurso terapéutico, no les queda otro camino que someterse al tratamiento empírico local o apelar, con las dificultades del caso, a la consulta médica, bastante alejada generalmente del lugar

donde residen, y a la que seguramente han de llegar demasiado tarde, cuando la extensión y gravedad del proceso no permita aplicar con éxito terapia alguna.

En el medio rural disperso, desde un punto de vista sociocultural es indispensable, y la experiencia lo aconseja, facilitar un servicio curativo mínimo, a fin de que la comunidad acepte de buen grado y cumpla las indicaciones preventivas que se traten de establecer. Para el campesino, la medicina sólo tiene valor por su acción curativa. Sus escasos conocimientos no le permiten apreciar el valor e importancia de la función preventiva. La comunidad solicita el servicio médico para utilizarlo como un medio de recuperación de la salud y el prestigio de ese servicio depende del éxito con que cumpla la función que la comunidad espera de él. De aquí la necesidad de que todo programa de salud pública por modesto que sea, ofrezca a la comunidad un servicio mínimo de atención curativa destinada a satisfacer las necesidades más urgentes.

Cabe agregar también que, aplicando con criterio administrativo este sistema de penetración del medio rural disperso, es posible conseguir mayor cobertura mediante un servicio elemental, permanente y a bajo costo.

El papel del auxiliar en el tratamiento en masa como parte de campañas específicas, no sólo se confinará a la toma de muestras para exámenes de laboratorio; también podrá encargarse de referir los casos sospechosos adonde corresponda, así como de distribuir medicinas.

Organización del trabajo

Es aconsejable que las funciones del personal auxiliar de salud se definan con precisión y claridad, según el programa de salud de cada país para el medio rural disperso, y se las compile en manuales de normas de trabajo.

Antes de examinar los aspectos de organización de un servicio de salud para la población rural dispersa conviene reiterar que no

pueden formularse normas cuya vigencia sea absoluta en todo lugar. Incluso podría afirmarse que aun dentro de un mismo país, tanto los planes de trabajo como la organización de los servicios pueden ajustarse a modalidades distintas según los múltiples factores locales que determinan las características de los problemas de salud. Sin embargo, del mismo modo que se ha tratado de formular un esquema del programa de trabajo, así como de limitar de un modo general las distintas funciones del auxiliar en ese programa, se ha de tratar ahora de discutir algunos principios generales que sirvan de guía para su organización. Esos principios se referirán al área que puede cubrir el auxiliar y al equipo y local necesarios para el cumplimiento de sus funciones. Asimismo se han de hacer ciertas sugerencias sobre condiciones de trabajo del personal: horarios, salarios, supervisión y evaluación de su desempeño, así como selección de candidatos y su preparación.

Área de influencia. La extensión del área de trabajo de cada auxiliar dependerá de las vías de comunicación y del sistema de transporte disponible; por consiguiente, no debe establecerse en función de la distancia, sino del tiempo necesario para recorrerla. Puede considerarse que por jornada de trabajo (8 horas), el radio de acción máximo será el que se alcance en una hora de viaje, calculando un período igual para el regreso al puesto. Cuando el auxiliar necesita dos horas de viaje para llegar al objetivo, sería recomendable que pernoctara y regresara al día siguiente. Cada auxiliar debe tener claramente demarcada su zona territorial de influencia.

Local. Al comienzo, el servicio debe disponer de un local que le sirva de centro de operaciones, dotado de ciertas condiciones mínimas para la realización del trabajo y que puede construirse con los materiales propios de la región. Bastará con una habitación con suficiente espacio para la espera, y adecuadamente protegida de las inclemencias

del clima. Posteriormente, a medida que el servicio gane prestigio, la comunidad participará, seguramente, en el mejoramiento de sus instalaciones.

Mobiliario. Los muebles que se utilicen serán de fabricación local y consistirán en una cama o camilla; una mesa; tres o cuatro sillas o bancos, y cajas o muebles rústicos apropiados para guardar medicinas.

Equipo y suministros. El equipo se reducirá a un artefacto y recipientes para hervir agua y esterilizar inyectores, y otros instrumentos necesarios, como agujas, tijeras, bisturí y pinzas. El suministro de medicamentos estará en relación con los objetivos de cada programa.

Personal. El servicio estará a cargo de un auxiliar de salud con residencia obligatoria en la localidad y dedicado exclusivamente a sus funciones. Esto significa que, después de cumplido su horario de trabajo, no debe desempeñar otra labor remunerada, ya que debe estar siempre disponible para atender cualquier emergencia.

Su salario será abonado con fondos del presupuesto local y, debe advertirse que, si bien esta clase de servicio se debe establecer con carácter transitorio, es prudente considerar procedimientos de estímulo y ciertas medidas de seguridad social para su personal, hasta tanto el desarrollo económico y social de la región permita el establecimiento de un servicio médico permanente, debidamente equipado y financiado.

Donde se disponga de auxiliares que posean estudios básicos de cierta importancia, sería un buen estímulo brindarles la oportunidad de continuarlos hasta alcanzar algún título, como por ejemplo en enfermería. En los lugares, quizás los más, en que la preparación básica del auxiliar es muy elemental, se puede apelar, como medida de estímulo, a aumentos progresivos de salario, según la eficiencia y el tiempo de servicio, y a beneficios sociales como la jubilación, la indemnización por cesantía, las prestaciones por accidentes en el trabajo y

las facilidades de estudio para los hijos, entre otros.

Es aconsejable que las enfermeras encargadas de adiestrar a las auxiliares de salud asuman inmediatamente la responsabilidad de su supervisión, ya que tienen la ventaja de conocer el programa, así como las características individuales del personal. Además, por haber sido las encargadas de su adiestramiento han ganado prestigio y ascendencia sobre él. La supervisión periódica debe constituir una prolongación de la preparación en servicio y ser lo más frecuente posible. Esta condición es esencial para la existencia misma de esta clase de servicio de salud y la actitud de la supervisora debe ser más de ayuda y estímulo que de crítica, para lo cual debe estar dotada de gran espíritu de comprensión y tolerancia, sólo posible mediante una identificación plena con los términos culturales del medio en que le toca actuar. Para la evaluación, los datos cuantificables deben ser simples y ordenados en un informe en la forma más sencilla posible.

Selección y preparación del auxiliar de salud

Las condiciones de selección y preparación del auxiliar de salud han de establecerse en función del programa de trabajo y de los recursos humanos disponibles en cada localidad, así como de la doctrina sanitaria del país.

- El auxiliar debe hallarse libre de defectos físicos o funcionales que impidan su labor, debe poseer una personalidad madura y estar dotado de estabilidad emocional y de un sentido amplio de las relaciones humanas.

- La preferencia de auxiliares de uno y otro sexo dependerá de las condiciones culturales de la región y la calidad del trabajo. Sin embargo, en términos generales, se pueden enunciar algunos atributos más frecuentes en un sexo que en otro en este personal:

El varón posee resistencia y capacidad física para viajar y puede alejarse del hogar por

tiempo prudencial; pero corre un riesgo mayor de caer en el alcoholismo y la poligamia, es más ambicioso con respecto a sus ingresos económicos y requiere supervisión de personas de su mismo sexo.

La mujer posee principios éticos más firmes, un mayor sentido de responsabilidad y disciplina, así como una mayor estabilidad en el hogar, y sus urgencias económicas se limitan a las que surgen de las necesidades de su grupo familiar. Sin embargo, físicamente se halla en desventaja con respecto al varón y está sujeta a ciertos factores de orden cultural que limitan su libertad para emprender viajes que la alejen del hogar por un tiempo relativamente prolongado.

- La edad del personal puede oscilar entre 18 y 40 años.

- En cuanto al lugar de nacimiento y residencia, lo ideal es que el candidato haya nacido en la región adonde va a desempeñar sus funciones y resida en ella. En todo caso, es indispensable que el candidato haya vivido en el lugar porque esto supone que posee conocimiento de la topografía de la región, así como de sus problemas con los que estuvo en contacto directo, y puede comunicarse mejor con la población, cuyo modo de pensar, reacciones emotivas, costumbres, supersticiones y lenguaje vernáculo conoce a fondo, puesto que ha pertenecido a la misma comunidad.

- Los requisitos de educación que se han de exigir del candidato dependerán de las condiciones locales en ese aspecto. En el medio rural disperso donde no haya escuelas o, si las hay, sean sólo escuelas primarias elementales (3er grado de estudio), será suficiente que el candidato sepa leer y escribir. En los lugares donde existan instituciones que imparten enseñanza más avanzada puede requerirse que el candidato haya cursado el 3er grado elemental o el ciclo primario completo. El pretender que el candidato posea un grado de educación superior al que otorgan las instituciones docentes de su región de residencia impediría conseguir auxiliares nativos de la localidad o con residencia habitual en ella. También hay que tener en cuenta que en estas re-

giones, las personas que adquieren un grado superior de educación, tienen la aspiración de iniciarse en profesiones más lucrativas que la de auxiliar de salud, y que si aceptan estos cargos, por lo general, será para desempeñarlos transitoriamente.

- Si bien cualquier estado civil del candidato es aceptable, se ha de dar preferencia a los que posean un hogar estable y buena reputación moral y social en la comunidad.

- Para la preparación del personal auxiliar de salud se buscarán enfermeras que poseen calificaciones especiales para la docencia y la administración del trabajo de campo y, sobre todo, una vocación profunda por la labor que han de desempeñar.

- Los centros de enseñanza para el personal auxiliar deben estar situados, preferentemente, en el mismo medio rural disperso y es indispensable que dispongan de servicio de hospitalización dotado de 30 a 50 camas como máximo.

El adiestramiento en hospitales urbanos de auxiliares destinados a trabajar en el medio rural presenta tres grandes inconvenientes: 1) Puede que si el candidato se revela muy eficiente durante el adiestramiento, el hospital concluya por ofrecerle empleo. 2) Durante su adiestramiento en el medio urbano el candidato puede romper los lazos que lo vinculan a su zona de procedencia y optar por no regresar a trabajar en ella. 3) El adiestramiento en un establecimiento urbano se basará en técnicas y equipo de los que el candidato no dispondrá en su zona rural de trabajo.

Por consiguiente, es recomendable que el adiestramiento se realice en el modesto centro hospitalario rural del que ha de depender el auxiliar y al que ha de remitir los casos que le presenten problemas. Además, será un modo de comenzar a establecer buenas relaciones humanas entre quienes han de colaborar con el mismo objeto, condición indispensable para la eficiente coordinación del trabajo.

- La preparación del personal auxiliar

ha de durar aproximadamente tres meses, debiéndose tener presente que está destinada a adiestrar al candidato para la realización de un programa mínimo y práctico, con actividades perfectamente definidas.

- Como la preparación debe ser eminentemente práctica, el número de estudiantes por instructora no debe pasar de diez.

- El 70% del adiestramiento será de carácter práctico y ha de responder a manuales que tienen un doble propósito: servir de guía tanto para la enseñanza como para el trabajo.

- Es recomendable que ya sea en el adiestramiento, ya en la redacción del manual de trabajo, se utilice el lenguaje vernáculo del medio donde se ha de trabajar. El empleo del léxico científico tiene dos grandes inconvenientes: Primero, hace difícil el aprendizaje; segundo, si el auxiliar lo aprende, tenderá a utilizarlo en su trabajo, lo que entorpecerá su función educadora, ya que no será fácilmente entendido por el hombre común.

- La evaluación, que ha de cubrir desde la selección de candidatos hasta la aprobación del curso, debe ser objetiva y práctica y estar a cargo y responsabilidad de la instructora.

Otro personal

En lugares donde no se pueda organizar un servicio con personal auxiliar de salud dedicado exclusivamente a sus funciones, puede aplicarse un programa de salud más restringido utilizando a los maestros rurales, el cuerpo policial organizado u otro personal técnico residente en el medio rural disperso, por ejemplo, peritos agropecuarios o guardias forestales.

La preparación de este personal tendría la misma orientación que la que se reserva para el personal de salud auxiliar y su contenido se ajustaría a los términos de cada programa. La dirección y supervisión de su trabajo en materia de salud estaría a cargo del servicio sanitario local en coordina-

ción con la dependencia oficial a la que pertenezca cada trabajador.

Es obvio poner de relieve que cada uno de estos funcionarios seguirá teniendo como función primordial la que esté desempeñando en el momento de comenzar a colaborar con el programa de salud. Cualquier función que se le asigne dentro de ese programa deberá coordinarse de suerte que no sea obstáculo a sus labores específicas, no disminuya en forma notable sus horas de reposo y pueda ser llevada a cabo con eficacia.

Se puede establecer un programa coordinado entre el profesor de metodología de la enseñanza y el educador sanitario, a fin de preparar adecuadamente al maestro rural para que utilice, en sus clases de alfabetización, palabras o frases con un contenido educativo para la salud.

También debe tratar de que el ambiente de la escuela sea un ejemplo permanente y útil para la educación sanitaria. En el ámbito escolar debe estimularse, con la participación de los alumnos, la realización de programas de purificación del agua, eliminación de excreta y disposición de basuras, entre otros. El servicio de salud que el maestro puede prestar a la comunidad puede limitarse al siguiente programa: Recolección de la información demográfica (nacimientos y defunciones) e inmunizaciones y prestación de primeros auxilios a víctimas de accidentes. Los períodos de vacaciones y los cambios frecuentes de un lugar a otro constituyen una limitación más del trabajo de este personal. En el caso de los maestros, el período de vacaciones es de tres meses que, por lo general, utilizan para seguir cursos de perfeccionamiento. Durante ese período, algún voluntario de la comunidad debidamente preparado por el maestro puede sustituirle en el desempeño de su función sanitaria, manteniéndose así la continuidad del servicio. Este voluntario podría ser un estudiante de grado avanzado.

El mantenimiento de esta clase de servicio en forma permanente y con personal volun-

tario no remunerado, en ciertos lugares puede presentar, entre otros, los siguientes inconvenientes:

a) de orden administrativo, al tratar de hacer cumplir normas, imponer técnicas y mantener la disciplina indispensable para el cumplimiento de una labor de gran responsabilidad, o

b) de orden social, ya que puede dar lugar a comentarios maliciosos que pongan en duda la ética del servicio, organizado y dirigido por una institución oficial.

Esto no significa que no se valore el trabajo voluntario de la comunidad; todo lo contrario, se estima que un buen indicador de la aceptación y desarrollo efectivo de los servicios de salud, podría ser la cuantificación de la colaboración que les presta la comunidad. La experiencia ha demostrado que el campesino contribuye con trabajo no remunerado a la construcción de acueductos rurales, caminos de penetración y escuelas y dispensarios, demostrando espíritu altruista y aspiración de ver realizados los cambios que contribuyen al desarrollo. Seguramente, su escala de valores culturales lo inclinan a entender más como contribución un esfuerzo que culmine con una obra material y de utilidad práctica inmediata que los resultados de un trabajo de acción permanente y rutinaria, como es la protección de la salud mediante una vacuna, y cuya apreciación requiere una capacidad de abstracción mucho más desarrollada que la de un campesino típico. Por esto, resulta difícil motivar su colaboración sistematizada y sujeta a normas técnicas y administrativas por tiempo indefinido. De todas maneras, tanto el afán de servir y ser útil, como el espíritu de solidaridad, son atributos de la especie humana, y donde se manifiesten deben ser utilizados. La organización del trabajo de voluntarios es una sabia medida de buena administración sanitaria.

Un país progresista no debe evadir la responsabilidad de la prestación de servicios de salud a la población del medio rural disperso; servicios que no sólo son indis-

pensables para el desarrollo económico y social del mismo, sino que quizás brinden una parte del bienestar y la felicidad que merece esta población campesina, que nada tiene y todo lo espera.

Resumen

En la amplia clasificación de población rural, que en América Latina varía según la estructura demográfica, económica y social de cada país, puede delimitarse un segmento al que es posible denominar—sin que se pretenda con ello formular definiciones taxativas—población rural dispersa. Esta población habita, por lo general, en conglomerados de 500 habitantes como máximo y se halla sometida a condiciones socio-económicas y sanitarias en extremo adversas.

Entendiendo que es deber insoslayable cambiar la pauta de esas condiciones a fin de hacer posible el desarrollo de ese sector importante de la población rural de América Latina, se trata de determinar el tipo de servicio de salud que puede beneficiarlo más, de acuerdo con las posibilidades y recursos existentes.

La escasez de estadísticas vitales hace muy difícil establecer las tasas de mortalidad por grupos de edad, así como la tasa de natalidad y otros indicadores igualmente importantes relacionados con la población rural dispersa. No obstante, todo hace suponer que el ambiente en que vive no favorece en modo alguno su salud y bienestar.

La solución definitiva de esta situación surgirá de una transformación que se cumplirá en el marco del desarrollo integral de cada país. Mientras se opera esta transformación, puede formularse un programa mínimo de atención de la salud de la población rural dispersa, teniendo en cuenta que, en las condiciones actuales, resultaría muy difícil y oneroso fundarlo en un servicio médico profesional permanente. Se propone la creación de un servicio permanente y relativamente integral prestado por auxiliares

de salud y ajustado a un programa bien definido elaborado con criterio epidemiológico, y se formulan los principios generales del mismo, así como de organización del trabajo

y de preparación, supervisión y evaluación del personal, y en el que administrativamente se considere esta infraestructura como parte integrante de un servicio general de salud. □

Health Care for the Dispersed Rural Population (*Summary*)

Among the category of rural population, which in Latin America varies according to the demographic, economic, and social pattern of each country, it is possible to distinguish—without any pretensions of proposing an exhaustive definition—what might be called the dispersed rural population. As a rule it consists of the inhabitants of communities of not more than 500 persons living in very unfavorable socioeconomic and health conditions.

Assuming that it is the responsibility of health services to seek to change these conditions and to foster the progress of this appreciable segment of the rural population in Latin America, it is first necessary to decide on the type of health service that can be of the most benefit to it, given existing possibilities and resources.

Because of the lack of reliable vital statistics it is extremely difficult to establish age-specific mortality rates, birth rates, and other equally important indicators for the dispersed rural population. Nevertheless, it is to be assumed

that the environment in which that population lives is not conducive to its health and welfare.

The solution of the problem will have to be found in the context of the general development of each country. While such a change is being brought about, a minimum health care program can be drawn up for the dispersed rural population. It must be borne in mind that under present circumstances it would be very difficult and very expensive to base such a program on permanent services provided by professional health workers. It is therefore proposed that a permanent and fairly comprehensive service staffed by auxiliary health workers be established and tailored to a well-defined program based on sound epidemiological principles, and that the general norms covering the organization of activities and the training, supervision, and evaluation of personnel be worked out. Administratively, this infrastructure would be considered as forming an integral part of the general health service.

Assistência Sanitária para a População Rural Dispersa (*Resumo*)

Na ampla classificação de população rural, que na América Latina varia segundo a estrutura demográfica, econômica e social de cada país, pode ser delimitado um segmento que é possível denominar—sem que se pretenda com isso formular definições taxativas—população rural dispersa. Essa população habita, em geral, aglomerações de 500 habitantes no máximo e se acha submetida a condições socio-econômicas e sanitárias extremamente adversas.

Entendendo que é dever iniludível mudar o padrão de tais condições a fim de tornar possível o desenvolvimento dêsse importante setor da população rural da América Latina, procura-se determinar que tipo de serviço de saúde o pode beneficiar mais amplamente, de acordo com as possibilidades e recursos existentes.

A escassez de bioestatísticas torna muito difícil estabelecer os índices de mortalidade por grupos etários, bem como a taxa de natalidade e outros índices igualmente importantes relacionados com a população rural dispersa. Não obstante, tudo faz supor que o ambiente em que vive não favorece de modo algum sua saúde e seu bem-estar.

A solução definitiva de tal situação surgirá de uma transformação que se verificará no âmbito do desenvolvimento integral de cada país. Enquanto não se opera essa transformação, pode-se formular um programa mínimo de assistência sanitária à população rural dispersa, levando em conta que, nas condições atuais, seria muito difícil e oneroso baseá-lo num serviço médico profissional permanente.

Sugere-se a criação de um serviço permanente e relativamente integrado, prestado por auxiliares de saúde e ajustado a um programa bem definido elaborado com critério epidemiológico; e formulam-se os princípios gerais do

mesmo, bem como de organização do trabalho e de preparação, supervisão e avaliação do pessoal, y no cual se considere administrativamente essa infra-estrutura como parte integrante de um serviço geral de saúde.

La santé de la population rurale disséminée (Résumé)

Dans le cadre du classement général de la population rurale qui, en Amérique latine, varie suivant la structure démographique économique et sociale de chaque pays, on peut délimiter un segment que l'on pourrait appeler —sans vouloir formuler des définitions limitatives—population rurale disséminée. Cette population vit en général dans des agglomérations de 500 habitants au maximum et se trouve soumise à des conditions socio-économiques et sanitaires extrêmement défavorables.

Etant donné que c'est un devoir impératif de changer ces conditions afin de permettre le développement de ce secteur important de la population rurale de l'Amérique latine, l'auteur cherche à déterminer le type de service de santé qui lui serait le plus utile en tenant compte des possibilités et des ressources existantes.

Le manque de statistiques démographiques rend difficile d'établir les indices de mortalité par groupes d'âge, ainsi que le taux des naissances et autres indices également importants se rapportant à la population rurale disséminée. Néanmoins, il y a tout lieu de supposer que le

milieu dans lequel elle vit ne favorise aucune-ment sa santé et son bien-être.

La solution définitive de ce problème viendra d'une transformation qui s'accomplira dans le cadre du développement intégral de chaque pays. En attendant que cette transformation s'opère, on peut formuler un programme minimum de santé de la population rurale disséminée en tenant compte du fait que, dans les conditions actuelles, il serait très difficile et onéreux de la baser sur un service médical professionnel permanent. L'auteur propose de créer un service permanent et relativement homogène, desservi par des auxiliaires de la santé et adapté à un programme bien défini selon les normes épidémiologiques; il formule les principes généraux de ce programme ainsi que ceux de l'organisation du travail et de la formation, de la surveillance et de l'évaluation du personnel. Du point de vue de l'administration, cette infra-structure devrait être considérée une partie intégrante du service général de la santé.