

# REQUISITOS MINIMOS DE LOS SERVICIOS RURALES DE SALUD PARA SUSTENTAR LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LA MALARIA\*

DR. CARLOS LUIS GONZALEZ

*Consultor de la Organización Mundial de la Salud*

## I. INTRODUCCION

### A. Antecedentes

En su Octavo Informe, el Comité de Expertos en Paludismo recomendó que se emprendieran tareas preliminares en forma de "programa de preerradicación", como requisito previo a la planificación en aquellos países donde "la administración general y los servicios de sanidad no han alcanzado todavía un nivel que les permita emprender un programa de erradicación del paludismo y donde, por consiguiente, ha de comenzarse por sentar las bases indispensables para una acción de esa naturaleza, que ha de estar estrechamente coordinada y cuidadosamente ejecutada en un período de tiempo limitado".<sup>1</sup> Entre las actividades incluidas en dicho programa de preerradicación está el "fomento del desarrollo simultáneo de servicios de sanidad rural, a fin de asegurar la ejecución adecuada de las operaciones en las fases de consolidación y mantenimiento del futuro programa".<sup>1</sup>

Evidentemente, el Comité consideró que la participación de los servicios rurales de salud en la erradicación de la malaria era importantísima, como se pone de relieve en las significativas manifestaciones que se reproducen a continuación, contenidas en el mismo Informe:

"Es evidente que en los países en vías de desarrollo, las operaciones de erradicación no podrán alcanzar la calidad necesaria a no ser que se hayan organizado servicios eficaces de sanidad rural y se disponga de la estructura administrativa adecuada,"<sup>1</sup> y además,

\* Se publica simultáneamente en la *Revista de Saneamiento Ambiental y Malaria*, de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental, Caracas, Venezuela (Documento Mal/Exp. Com. 9/WP/1, de la OMS, 3 de enero, 1962).

<sup>1</sup> OMS, *Serie de Informes Técnicos No. 205*, págs. 41-42.

"Ha de admitirse, en particular, la imposibilidad de conseguir la protección total durante las fases de consolidación y mantenimiento sin el apoyo de una estructura sanitaria."<sup>1</sup>

Al indicar la necesidad de "servicios eficaces" de salud rural, establece el Comité implícitamente el concepto de "un mínimo necesario de servicios rurales de salud organizados", capaces de cumplir con eficacia las actividades que se les confien. Sin embargo, el Comité no detalló los aspectos de este asunto de importancia vital para ejecutar un programa cuyo objetivo final es la erradicación mundial de la malaria.

### B. Alcance, métodos y limitaciones del estudio

El autor de este trabajo fue invitado a realizar un estudio exploratorio de las necesidades mínimas de los servicios rurales de salud, que puedan servir de apoyo a los programas de erradicación de la malaria. Esto con vistas a preparar un documento de trabajo para la consideración por el Comité de Expertos en Paludismo en el estudio del problema y la formulación de las recomendaciones que estimara apropiadas. Para facilitar dicho encargo se le ofreció la oportunidad de visitar varios países que se hallaban en distintas etapas de desarrollo respecto a la erradicación de la malaria, desde un país en una fase considerablemente avanzada de consolidación, a otros que están en las etapas iniciales o donde todavía no se efectúan verdaderas actividades de erradicación. Tanto durante en estas visitas como en los períodos de orientación que pasó en la Sede de la OMS y en las Oficinas Regionales, el autor tuvo la ventaja de poder conversar con varios expertos y con otras personas directa o indirectamente relacionadas con el tema. Dedicó también todo el tiempo posible, dentro de su plan, a

observaciones sobre el terreno, con el fin de obtener una idea directa de las condiciones predominantes en las zonas rurales de esos países.

Nunca se insistirá bastante en que el conocimiento obtenido se deriva tan sólo de la observación de la situación hallada en determinadas áreas de unos cuantos países del mundo. Por consiguiente, las recomendaciones contenidas en este trabajo se formulan con la reserva de que el tema es sumamente complejo, y no deben considerarse necesariamente como de aplicación factible en todos los países. En realidad, esto constituye la mejor confirmación de la tesis de que, desde el punto de vista de la administración de salud pública, el establecer normas rígidas es siempre muy peligroso. Solamente puede haber líneas generales, de acción que deben aplicarse teniendo muy en cuenta los innumerables factores que gobiernan la evolución de los países.

## II. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROGRESO DE LA SALUD RURAL

Los puntos que siguen son todos bien conocidos de los lectores de este trabajo. Sin embargo, hemos considerado oportuno hacer algunas consideraciones breves, en atención a sus amplios vínculos con el tema aquí tratado.

### A. *La salud en sus relaciones con las necesidades totales*

Incluso en aquellos países donde constituye la causa principal de invalidez, de morbilidad y mortalidad, es posible que la malaria no aparezca como el problema predominante de salud que requiere solución inmediata, ni son los problemas sanitarios los factores únicos del retraso del progreso social y económico. Con importancia similar, e incluso mayor, emergen las necesidades relacionadas con la educación, la industrialización, las comunicaciones, producción agrícola, etc. Este hecho, junto con las crecientes aspiraciones de los pueblos a alcanzar mejores niveles de vida, parece explicar esa "sensación de urgencia", esa revolución de "expectativas en auge" que surge actual-

mente como la fuerza más manifiesta en los llamados "países en desarrollo", deseosos de afrontar y resolver simultáneamente todos los problemas en el plazo más corto posible.

### B. *Recursos financieros*

Ante las necesidades y demandas generales mencionadas, los administradores de salud pública deben encarar la realidad de que la financiación de estos programas está sujeta a las contingencias de un mercado dominado en gran medida por la competencia, y de que, normalmente, no es de esperar que la expansión de dichos programas siga un ritmo más rápido que el del ingreso nacional. Los recursos locales que al fin y al cabo son los que cuentan a la larga, resultan usualmente demasiado limitados, aunque se refuercen algo con los provenientes de la colaboración internacional y, además, han de distribuirse entre todos los campos comprendidos dentro del programa general de desarrollo nacional. Como expuso con toda claridad el Comité de Expertos en Administración Sanitaria, "el sector sanitario ha de progresar a compás de los adelantos que haga la planificación económica, no sólo para justificar cuantitativamente la consideración que le es debida entre las atenciones que requieren fondos públicos y contribuyen al bienestar general, sino para ayudar a la misma administración sanitaria a aprovechar lo mejor posible los recursos humanos y materiales de que disponga".<sup>2</sup>

### C. *Disponibilidad de personal*

Hay un tercer factor que afecta grandemente las perspectivas de desarrollo de los servicios rurales de salud, al menos en un próximo y previsible futuro: la escasez de trabajadores profesionales de salud. Quizás convenga indicar, como ejemplo, que en algunos países donde la armazón de la salud rural es defectuosa, existe tan sólo un médico por cada 80.000 y hasta por cada 100.000 habitantes. La situación es todavía más grave cuando esta cifra es el promedio nacional en países donde el 90 % de la pobla-

<sup>2</sup> OMS, *Serie de Informes Técnicos No. 215*, 1961, pág. 8.

ción vive en áreas rurales y más de la mitad de los médicos se concentran en dos o tres grandes ciudades. En muchos países donde todavía no hay médicos bastantes para atender debidamente los centros mayores de población, parece completamente quimérica la idea de que, en la actualidad, pueda lograrse una distribución más pareja de los médicos mediante una legislación específica.

Aunque todos los países están haciendo lo posible para preparar profesionales de salud, no es probable que se vean los resultados de esos esfuerzos hasta después de algunas décadas, y a condición de que se mantengan los esfuerzos actuales. La cuestión se complica más por el hecho de que en muchas disciplinas, donde hay el mismo problema que en salud pública, se están disputando el número relativamente pequeño de personal adiestrable con que se cuenta. En otras palabras, en los países más necesitados la única fuente de material humano adiestrable se encuentra en el grupo de personas jóvenes que han terminado algunos años de escuela primaria, y que, no pocas veces, apenas saben algo más que leer y escribir.

#### D. *Características de las organizaciones de salud*

Como es de esperar, hay entre los países gran variedad en cuanto a sus sistemas de administración y financiación, y en cuanto al alcance y naturaleza de las funciones de sus respectivos servicios de salud. Sin embargo, en aquellos países donde el concepto de un programa de preerradicación sería fácil de aplicar, pueden percibirse algunos rasgos interesantes de correlación.

##### 1) *Estructura orgánica*

Se acepta en general el sistema tradicional de los tres niveles administrativos de salud, tanto en los aspectos curativos como en los preventivos, a saber: dirección general (nivel central), supervisión (intermedio) y de ejecución (local). Sin embargo, el estado de su desarrollo es desigual y las instituciones correspondientes a todos los niveles son, a menudo, bastante incompletas o se hallan en estado embrionario.

En el nivel central no existe, en la mayor parte de los países, la necesaria estructura orgánica que permita contar con una dirección general y establecer principios de actuación a que deban atenerse los servicios rurales de salud.

El elemento más débil de la estructura parece ser el nivel intermedio. De hecho, en casi todas partes la misión fundamental de orientación y supervisión inmediatas de las instituciones locales se cumple muy mal o no se cumple. Casi invariablemente, las instituciones correspondientes a esos niveles intermedios tienen un personal compuesto por uno o dos médicos, sobrecargados siempre con una cantidad tremenda de trabajo en los hospitales y en los consultorios externos, de manera que no disponen de tiempo para visitas periódicas a las unidades periféricas, o para comprobar con regularidad sus informes.

En el nivel inferior, las actividades se llevan a cabo por una red más o menos perfecta de pequeñas instituciones, que proporcionan determinados servicios a los habitantes de pueblos o poblaciones pequeñas. Estas instituciones constituyen lo que podría considerarse como las unidades de primera línea, dentro de la estructura sanitaria de los países. La terminología con que se designan estas instituciones varía considerablemente de uno a otro lugar: dispensarios, centros o subcentros de salud, estaciones ambulatorias periféricas, estaciones de primeros auxilios, unidades periféricas de salud, etc. Todas poseen dos rasgos comunes: i) su personal consta por lo general de un trabajador auxiliar de salud (rara vez dos), que, a menudo, carece de suficiente adiestramiento y, en especial, de estímulo y orientación, y) ii) los servicios los prestan unidades fijas y, en consecuencia, tienden a beneficiar casi exclusivamente a los habitantes de la vecindad inmediata. En cierto número de áreas se han hecho esfuerzos para establecer contacto con toda la población mediante unidades móviles, pero su propósito se limita a campañas de búsqueda de casos y a tratamiento y prevención de enfermedades

específicas. Por otra parte, hay que reconocer que, actualmente, hay extensas áreas rurales que carecen en absoluto de servicios de salud.

## 2) Servicios prestados

Consta perfectamente que, en aquellos países donde se espera que el concepto del programa de preerradicación sea aplicable, las actividades de los servicios rudimentarios de salud se limitan, casi exclusivamente, a la aplicación de medidas de alivio y curativas. Las razones son evidentes: la tradición, el humanitarismo y, en especial, la carga excesiva de la enfermedad, creada por la elevada prevalencia de las llamadas enfermedades de la colectividad. A menos que estos problemas de "carga excesiva" se atiendan primero, será casi imposible fomentar un plan de largo alcance para el funcionamiento eficiente y económico de servicios permanentes de salud.

Existen abundantes pruebas de que la malaria es la causa de gran parte de dicha "carga excesiva" en numerosos países. Los registros de numerosos dispensarios rurales del Africa tropical demuestran que hasta el 40 % de los pacientes que acuden en busca de alivio se clasifican como maláricos, y la proporción más elevada de éstos son niños menores de 15 años. Se señala que la misma entidad patológica es la causa principal de hospitalización, y en algunos hospitales es la causa principal de mortalidad. Aun dejando un cierto margen para posibles errores de diagnóstico, es de imaginar qué cantidad de trabajo extra se ahorraría en dichas localidades si se eliminara esta enfermedad. Es indudable que, en esas áreas, puede aplicarse perfectamente a la malaria la aseveración siguiente: "solamente . . . cuando los grupos de enfermedades más graves han sido eliminados del cuadro patológico original . . . es posible establecer un plan de acción y una red de instituciones organizados que correspondan exactamente a las necesidades de la colectividad".<sup>3</sup>

## E. Algunos aspectos del medio rural

Aunque la definición de "áreas rurales" ha sido objeto de numerosas discusiones, lo evidente es que en la mayor parte de los países donde se necesitaría un programa de preerradicación de la malaria, al menos el 90 % de la población se encuadra en poblaciones pequeñas, aldeas, caseríos o casas aisladas. Estas aglomeraciones humanas se hallan, a menudo, a gran distancia una de otra, creándose el problema de la difícil accesibilidad, agravado en no pocos casos por la escasez e incluso la falta de comunicaciones. Esto constituye, sin duda, un obstáculo para poner al alcance de la población, no solamente los servicios de salud, sino otros servicios públicos esenciales, como escuelas, abastecimiento de agua, etc. Los datos que siguen, del censo reciente de un país tropical africano, servirán para ilustrar este punto. Entre 3.223 localidades registradas en la lista del censo, había 1.515 con menos de 200 habitantes, 929 tenían entre 200 y 499 habitantes y 495 contaban entre 500 y 999, lo que representaba un total aproximado del 90 % de todos los centros de población, con más del 50 % de la población total del país. Tan sólo 15 localidades, con aproximadamente el 13 % de la población, tenían más de 5.000 habitantes. Se comprende pues que, según el mismo censo, solamente el 19,9 % de la población rural dispusiera de dispensario instalado en su propia localidad.

Es razonable suponer que la misma situación existe en la mayor parte de los países donde necesita establecerse un programa de preerradicación.

En el orden administrativo esta exagerada dispersión es un obstáculo muy considerable, puesto que, por razones económicas evidentes, no se pueden establecer unidades fijas de salud donde el número de habitantes sea inferior a lo razonable. Además de los problemas referentes a las dificultades de los servicios de salud para entrar en contacto con la población, está también el de la disposición del pueblo a utilizar los servicios en el momento oportuno. Consta

<sup>3</sup> Bridgman, R. F.: "The Rural Hospital", 1955, página 53 (OMS, Serie de Monografías, No. 21).

que muchos casos concretos de "resistencia humana" a aceptar las medidas de salud pública, tienen firmes raíces en áreas rurales.

### III. INFRAESTRUCTURA MINIMA DE LA SALUD RURAL

Antes de entrar de lleno en el tema consideramos conveniente decir que, en este documento, el término "infraestructura de salud rural", se emplea para designar las unidades orgánicas de categoría inferior, capaces de proporcionar determinados servicios básicos de salud que satisfagan las necesidades sanitarias más urgentes de la población rural, dentro de los límites impuestos por los recursos locales disponibles.

#### A. Normas generales

Tomando en consideración los factores mencionados, se sugiere que la planificación de la infraestructura de la salud rural, en aquellos países donde cabe aplicar el programa de preerradicación, se atenga a las normas siguientes:

1. Por muy elemental que sea la infraestructura, no puede ni debe orientarse a satisfacer exclusivamente las necesidades de un problema particular de salud. Por el contrario, su objeto debe ser el establecimiento de bases permanentes que permitan la futura y ordenada expansión de los servicios elementales hasta donde permitan los recursos locales del país.

2. En consecuencia, si en la planificación se toman en cuenta tan sólo las necesidades de la erradicación de la malaria, la infraestructura que se obtenga consistirá simplemente en una red de puestos rurales anti-maláricos. En cambio, la importancia intrínseca de la malaria para los distintos países, así como la necesidad de su eliminación en todas partes si se quiere que la campaña mundial tenga éxito, justifican plenamente que sea esta enfermedad uno de los primeros y principales incentivos para el establecimiento de servicios básicos permanentes de salud.

3. Dadas las restricciones impuestas por

los recursos financieros, el plan no puede ser demasiado complicado, sino más bien realista y adaptado a las posibilidades económicas del país. Aspirar a un plan ambicioso significa una demora demasiado larga. A este respecto encajan muy bien aquí las siguientes manifestaciones: "Los planes basados en la presunción de que se dispondrá de fondos ilimitados, estarán fuera de la realidad y tendrán escaso valor práctico... Una trampa que conviene evitar en la planificación de salud, es permitir que lo mejor se convierta en enemigo de lo bueno".<sup>4</sup>

Por tanto, es indispensable seleccionar aquellas funciones que prometan los mejores dividendos posibles en cuanto a la reducción de la mortalidad, de la morbilidad e invalidez. Esto requiere un sistema definido de prioridades y la determinación firme de concentrar la acción en lo más importante. Tan pronto como un problema quede resuelto, hay que acometer el que le sigue en orden de prioridad, siempre dentro de la limitación de los recursos.

4. Las funciones restringidas de la infraestructura serán de naturaleza tal que su desempeño esté al alcance de *trabajadores auxiliares de salud*, quienes pueden ser adiestrados en el tiempo más corto posible para que sepan efectuar un número limitado de tareas concretas.

5. La infraestructura no puede funcionar de manera apropiada si no está respaldada por una dirección general y una supervisión inmediata eficaces. Es preciso hacer hincapié en esta última, porque es esencial para la evaluación metódica, la corrección inmediata y el incremento gradual del trabajo de la infraestructura.

La aguda escasez de personal profesional hace inevitable que, al menos en un futuro previsible, la supervisión inmediata esté a cargo de trabajadores auxiliares de nivel superior, los que podrían denominarse

<sup>4</sup> Manuwa, Sir Samuel: "The Methodology of Planning the Development of National Health Programmes in Underdeveloped Countries", 1960 (OMS, PHA4/Documento de Trabajo No. 1, inédito).

*supervisores de campo*, con adiestramiento adecuado que permita imprimir a sus funciones un carácter más bien constructivo que de naturaleza autoritaria.

6. Aunque las limitadas funciones de la infraestructura incluyan la provisión tanto de servicios preventivos como curativos, habría de establecerse una orientación firme para concentrarlas en el aspecto preventivo, en especial en lo que atañe a las principales enfermedades transmisibles.

7. Debe tenderse a que la infraestructura atienda a toda la población de la manera más pareja posible. Este punto es de suma importancia en la erradicación de la malaria, pues lo que más cuenta en ella es la cobertura total. Por tanto, la infraestructura proporcionaría servicios limitados en toda el área, en lugar de concentrar sus esfuerzos en la provisión de servicios más completos en unos pocos sectores de la población. Pero, en la práctica se ha visto que es sumamente difícil prestar tales servicios mediante el establecimiento de numerosas unidades de salud estacionadas en lugares fijos.

8. La solución preferible quizás sería la delimitación de pequeñas áreas geográficas, cada una a cargo de una de las unidades elementales de la infraestructura, a la que, para los propósitos de este trabajo, llamaremos *puesto rural de salud*.

9. En dichos puestos habría de aplicarse el principio de la "integración", no sólo en lo que respecta a la combinación de los servicios preventivos y curativos, sino también en los dos métodos que pueden seguirse al llevar a cabo las actividades. Estos métodos, ambos esenciales y que se complementan, son: el *estático*, que consiste en ofrecer servicios en el local que el puesto ocupa, y el *dinámico*, consistente en llevar los servicios a la población, a los hogares, mediante un sistema regular de visitas a los mismos.

## B. Funciones básicas

De acuerdo con las consideraciones anteriores, se sugiere que la infraestructura tenga

funciones primordiales en los campos que a continuación se indican.

### 1. Atención médica elemental

Además de los aspectos humanitarios, hay otras razones de gran importancia que justifican la inclusión de actividades limitadas de atención médica entre las funciones básicas de los puestos rurales de salud. De hecho, ofreciendo servicios que la población aprecie, los puestos rurales de salud se hallarán en mejor posición para obtener la confianza popular y lograr que la población acepte la aplicación de medidas preventivas. Por otra parte, hay un hecho bien conocido: que el tratamiento de la enfermedad, en muchos casos, es el primer paso hacia su prevención. Es del todo esencial, desde luego, que las tareas que vayan a emprenderse estén definidas con claridad; a este respecto hay que tener en cuenta las limitaciones del personal técnico, la escasez de recursos financieros y la posibilidad de que algunos servicios sean proporcionados con facilidad por instituciones mejor equipadas. Considerando las situaciones más comunes, parece que los servicios habrían de limitarse a: i) primeros auxilios; ii) tratamiento sintomático (alivio del dolor); iii) tratamiento específico uniforme de las enfermedades predominantes en el área, y iv) remisión inmediata a otras instituciones de aquellos casos que en los puestos no puedan recibir la atención adecuada.

La importancia del último punto es notable y debieran comprenderlo claramente los trabajadores auxiliares de salud. Estos trabajadores deben tener conciencia de sus limitaciones y conocer qué tareas no pueden ni deben ejecutar.

Una situación común en muchas localidades es el uso incontrolado de drogas por el personal auxiliar subalterno, en especial inyectables, cuya administración requiere el juicio de una persona de carrera que observe al paciente. Es inevitable pensar en los gastos considerables que esto supone, cuando esa inversión de fondos sería considerablemente más provechosa si se destinara a resolver necesidades urgentes de

naturaleza preventiva. Nos parece conveniente que las autoridades de salud hagan los esfuerzos más serios para limitar en lo posible esa medicación indiscriminada. La experiencia obtenida en ciertos países, ha demostrado la eficacia de suministrar tan sólo una cantidad restringida de drogas para su distribución o aplicación por el personal auxiliar de salud en las áreas rurales.

### 2. *Búsqueda y prevención de la enfermedad*

Las actividades que corresponde realizar en los puestos rurales de salud, dentro de su función básica, deben limitarse a: i) búsqueda de casos de aquellas enfermedades susceptibles de ser descubiertas mediante procedimientos uniformes y sencillos, de acuerdo con prioridades ya establecidas; ii) aplicación de procedimientos simples para la prevención de ciertas enfermedades transmisibles; y iii) notificación de rutina de todos los casos sospechosos o confirmados de las enfermedades de declaración obligatoria más importantes.

Durante muchos de los próximos años, las actividades de descubrimiento y prevención de enfermedades serán de la máxima importancia para la salud rural. La experiencia acumulada en numerosas regiones, ha demostrado consecuentemente que el personal auxiliar local, con escasa instrucción, pero adiestrado a fondo en técnicas sencillas y supervisado con esmero, realiza una labor excelente. La clave del éxito será, desde luego, la limitación de las actividades de ese personal a unas cuantas tareas ejecutadas con un propósito determinado. De otra manera se produciría una dispersión de los esfuerzos y, lo que es todavía más peligroso, un descenso en la eficiencia necesaria, que puede dar lugar a retrasos e incluso a fracasos en el logro de los resultados que se desea obtener.

Hay que insistir de nuevo en que es absolutamente indispensable establecer un riguroso orden de prioridades entre los problemas que han de ser acometidos por los puestos rurales de salud. Una vez establecidas, deberían mantenerse sin abordar nuevos problemas hasta después de haber solu-

cionado satisfactoriamente los anteriores. Por ejemplo, si cualquier país emprende un programa de erradicación de la malaria esto debe conllevar la decisión de que dentro de su función básica de detección y prevención de enfermedades, los servicios rurales de salud deben dar preferencia a las tareas orientadas hacia la prevención, el descubrimiento y tratamiento de los casos de malaria. Cuando lo permitan las exigencias técnicas del programa de erradicación, se irá expandiendo gradualmente la labor, hasta cubrir también otras enfermedades.

Si se sigue esta norma, será posible apreciar las extraordinarias oportunidades que se presentan para que la infraestructura desempeñe un papel fundamental en la solución permanente de problemas de salud, tales como frambesia, tracoma, lepra, viruela, etc.

### 3. *Higiene maternoinfantil elemental*

Una infraestructura de salud rural debe incorporar entre sus funciones la prestación de servicios al grupo vulnerable constituido por las madres y los niños. Mas también en este caso conviene atenerse firmemente al principio de la limitación de actividades, con objeto de que los recursos se empleen del modo más productivo.

a) *Atención maternal.*—Habría que estudiar muy en serio todo lo relacionado con la práctica tradicional y bastante extendida, de brindar servicios institucionales de obstetricia en las áreas rurales. Teniendo en cuenta que en no pocos lugares las condiciones en que se presta dicha asistencia son muy deficientes, tanto en materia de alojamiento como de personal, es dudoso que los resultados finales se hallen en consonancia con los esfuerzos realizados. Probablemente sería más lógico que, en el futuro próximo, se prestara más atención al fomento de un sistema de permanencia en el hogar, utilizando de manera bastante más amplia a las matronas empíricas locales. En algunos países, un programa bien concebido, destinado a atraer, adiestrar y supervisar ese personal que por tradición atiende los alumbramientos, ha demostrado su considerable valor. Podría adoptarse el método

de enseñarle los fundamentos positivos de la prevención de las infecciones puerperales, del tétano y la oftalmía neonatorum, hacerles comprender sus limitaciones y, en especial, asegurarse de que acudirán a personas más preparadas en los casos en que aparezcan signos evidentes de peligro.

Por otra parte, el personal de los servicios de salud rural debiera estar capacitado para llevar a cabo un sencillo programa de enseñar a las mujeres embarazadas algunos principios básicos de higiene y alimentación. También habría de estar preparado para reconocer aquellos signos comunes de peligro que requieren atención especial (parto peligroso, signos premonitorios de toxemia, etc.).

b) *Atención infantil.*—La limitada labor que la infraestructura de salud rural puede llevar a cabo en el campo de la higiene maternoinfantil, habría de concentrarse en resolver el importante problema de la prevalencia sumamente alta de la morbilidad y la mortalidad en ese “período de negligencia” de la vida humana situado entre los seis meses y los cuatro años. En todas partes es un problema de primera importancia, que se mantiene por dos causas fundamentales: las enfermedades diarreicas y la nutrición deficiente. Está reconocido que la magnitud y complejidad del problema son tales, que hacen desbordar las posibilidades de que dispone una elemental estructura de la salud rural, tal como la que hemos esbozado. Los puestos rurales de salud pueden, sin embargo, desempeñar una misión muy importante en la prevención de la mortalidad llevando a cabo determinadas actividades, por ejemplo: i) estímulo de la lactancia materna y de la nutrición adecuada del niño, en especial durante el destete; ii) enseñanza a las madres de las medidas elementales de higiene, para evitar la contaminación de los alimentos; iii) prestación de servicios de prevención y tratamiento oral precoz de la deshidratación infantil por diarrea, instruyendo a las madres para que puedan aplicar en el hogar un tratamiento sencillo, y iv) remisión inmediata y sistemática a instituciones mejor equipadas,

si se dispone de ellas, de los casos graves de diarrea que no puedan solucionarse con los medios del puesto rural.

#### 4. *Educación sanitaria elemental*

Se ha afirmado repetidas veces que la educación es una de las facetas principales de los programas de salud, y que todos los trabajadores de salud, cualesquiera que sea su categoría, deben ser educadores sanitarios. Se ha insistido en que la “verdadera y básica educación sanitaria reside en la dirección que ejerza la unidad local de salud y en la actuación de todo el personal de los centros de salud”.<sup>5</sup> Para que los trabajadores auxiliares de salud, en los puestos rurales, puedan llevar a cabo esta tarea, es de importancia decisiva proporcionarles la orientación necesaria y enseñarles procedimientos prácticos que permitan que el simple propósito se convierta en una labor realmente útil y eficaz. Puede afirmarse, en general, que cualquiera que sea la técnica empleada, los objetivos finales deben siempre ser los siguientes: i) convencer a la población, no sólo informarla, de la necesidad y conveniencia de la buena salud tanto personal como colectiva, y ii) fomentar la participación activa de la población local en la solución de sus propios problemas de salud.

#### 5. *Saneamiento básico del medio*

Es indiscutible que el saneamiento del medio constituye una de las más urgentes necesidades de salud en las áreas rurales. Simultáneamente, las probabilidades de obtener resultados tangibles inmediatos se hallan obstaculizadas por múltiples factores, entre los que figuran la escasez universal de personal adiestrado y lo costoso de todo lo relacionado con las obras de saneamiento.

Hasta que los recursos financieros y personales sean menos escasos, los puestos rurales de salud han de procurar que se acometan los problemas ambientales más urgentes, mediante la creación, quizás a través de personas que influyan sobre la colectividad, de recursos autóctonos y me-

<sup>5</sup> OMS, *Serie de Informes Técnicos, No. 83*, 1954, pág. 19



dian­te el estímulo de su empleo, para lograr la mejora del saneamiento de la población y de las viviendas.

Indudablemente, el robustecimiento de las actividades de saneamiento del medio ocupará un puesto de la máxima prioridad en cualquier programa de expansión de la infraestructura de la salud rural.

#### IV. LA INFRAESTRUCTURA DE LA SALUD RURAL Y LA ERRADICACION DE LA MALARIA

Dedicaremos esta parte al estudio de la incorporación de determinadas actividades de erradicación de la malaria a las funciones básicas de la infraestructura de la salud rural, anteriormente mencionadas. Antes de entrar en el tema es necesario, sin embargo, considerar cuidadosamente ciertos factores de la mayor importancia, que han de ser muy tenidos en cuenta en las esferas más altas de los países, con bastante antelación a la erección de la infraestructura que necesitan.

##### A. *Fundamentos*

Los factores mencionados pueden resumirse como sigue:

##### 1. *La erradicación de la malaria es un programa de salud*

Los efectos de largo alcance de la eliminación de la malaria sobre el desarrollo económico, justifican plenamente calificar este programa de "operación nacional" que requiere el esfuerzo combinado de los recursos administrativos, financieros y técnicos del país. Con mucha más razón, por tanto, el programa debe formar parte integrante de la organización de la salud pública, y no debe considerársele una actividad separada del mismo. Por desgracia, no suele prevalecer esta opinión. Por consiguiente, se impone un cambio radical, para llegar a la convicción de que la erradicación de la malaria, constituyendo un programa de salud, necesita el apoyo de toda la organización sanitaria. En consecuencia, cualquier país que emprenda tarea tan formidable debe asegurarse de que el personal de

salud, en todos sus niveles, participa de esta convicción.

##### 2. *Posibilidad de la erradicación de la malaria.*

La misma importancia tiene la necesidad de que se propague más el conocimiento de la significación real de la "posibilidad" de erradicar la malaria. Aunque el término ha sido claramente definido por el Comité de Expertos en Paludismo, parece que se lo interpreta, en no pocos medios, como sinónimo de "facilidad". Habría que dedicar particular atención a la sustitución de esa interpretación por la correcta, a saber, que incluso cuando la erradicación es posible, necesita para ello contar con el ingrediente esencial del esfuerzo persistente de todos los que participan en el programa, cualquiera que sea su responsabilidad. Relacionado con esto parece que la frase que se reproduce a continuación, relacionada con los problemas encontrados durante la erradicación de la frambesia, tendrá una significación aún mayor en relación con la malaria. Dicha frase, de G. Samamé, afirma que la "erradicación nunca es fácil y simple, y siempre demanda dinero, tiempo, autoridad y, en los trópicos, sudor".<sup>6</sup>

Respecto a los dos factores fundamentales antes mencionados, la actitud mental conveniente ha de inculcarse en todo el personal de salud. A menos que así se haga, hasta la infraestructura de salud rural más perfectamente planificada no alcanzará nunca a recibir el estímulo y la orientación adecuados, que le permitan su participación eficaz en el programa.

##### B. *Misión del servicio de erradicación de la malaria*

La erradicación de la malaria, por su calidad de programa de salud, habría de utilizar con toda la amplitud posible los medios existentes en la organización de salud de los respectivos países. Lo corrobora el éxito obtenido por algunos países en la eliminación total o casi total de la enferme-

<sup>6</sup> *Bull. Wld. Hlth. Org.*, 15: 909, 1956.

dad, mediante el empleo a fondo de todos los servicios generales de salud con que contaban. Conviene recordar, sin embargo, que en no pocos de esos países han intervenido otros factores favorables, como, por ejemplo, el carácter inestable de la enfermedad, la costumbre de la población de aprovechar las ventajas que le ofrecen las instituciones médicas, la posibilidad de disponer de medios rápidos de comunicación, etc.

Por tanto, la aplicación de la doctrina ha de adaptarse a los problemas técnicos y administrativos peculiares a la erradicación de la malaria. Por ejemplo, la imposición de un límite de tiempo a la fase de ataque, hace improbable, en la mayor parte de los países, que los servicios generales de salud sean capaces, por sí mismos, de efectuar las operaciones de rociamiento tan exhaustivamente como sería necesario. Por añadidura, el planeamiento muy preciso de esas operaciones, con los problemas de logística que trae aparejados, hace también indispensable que el programa cuente con una flexibilidad administrativa mayor que la usual en otras actividades de salud pública. Finalmente, la experiencia ha demostrado ya que la solución de los numerosos problemas técnicos que surgen a lo largo del programa, necesita de una habilidad y ejecución especiales que sólo pueden darse en personal especializado, capaz de aplicar la medida apropiada en el momento debido, sin perturbar las normas de trabajo de los servicios generales de salud.

Estas consideraciones, junto con las opiniones de los expertos consultados y las impresiones obtenidas sobre el terreno por el autor de estas líneas, lo han llevado a la conclusión de que en numerosos lugares, especialmente en regiones tropicales, la existencia de una unidad de alto nivel dentro de la organización nacional de salud, o sea de un Servicio de Erradicación de la Malaria, constituye un requisito esencial para el programa. Este Servicio de Erradicación de la Malaria, necesita hallarse investido de la autoridad necesaria para el cumplimiento de las siguientes actividades "intransferibles": i) planificación total y dirección

general del programa; ii) establecimiento de procedimientos operativos técnicos, incluso aquellos que han de ser ejecutados por la infraestructura de salud rural; iii) coordinación con todos los organismos interesados; iv) supervisión técnica y evaluación de actividades, incluso las realizadas por la infraestructura de salud rural; v) adiestramiento de personal para todos los aspectos del programa, y vi) ejecución directa de aquellas actividades de campo que, por su naturaleza, no pueden delegarse en los servicios generales de salud.

### C. Misión de la infraestructura de salud rural

Basándose en la armazón ya sugerida, surgen dos facetas importantes, que son la vigilancia epidemiológica y la educación sanitaria, en las cuales debe participar la infraestructura de salud rural en todo programa de erradicación de la malaria.

Consideramos conveniente, aun a riesgo de repetición, insistir en que las actividades de erradicación de la malaria correspondientes a los puestos rurales de salud serían: i) integradas dentro de las funciones básicas ya explicadas; ii) simples y bien definidas, de manera que puedan ejecutarse con facilidad por el personal auxiliar, y iii) consideradas como obligación primordial, y no como una mera colaboración del personal que trabaja en los puestos.

#### 1. En la vigilancia epidemiológica

Respecto a este aspecto primordial, la participación de la infraestructura de salud rural podría establecerse de acuerdo con las orientaciones siguientes:

a) Los puestos de salud rural han de asumir la obligación de llevar a cabo actividades de búsqueda de casos de malaria mediante: i) la toma de muestras de sangre de los casos sospechosos, tanto por el método activo como por el pasivo de búsqueda de casos y de acuerdo con los criterios de selección establecidos por el servicio de erradicación de la malaria; ii) la administración sistemática de tratamiento presuntivo; iii) la organización, siempre que resulte factible o conveniente según las condiciones particu-

lares del área, de una red de colaboradores voluntarios, para suplementar la búsqueda de casos o, en caso de que no se tomen muestras de sangre, para notificar al menos la existencia de casos sospechosos de malaria.

La cantidad y calidad del trabajo efectuado en este punto es, indudablemente, la clave del desarrollo de un mecanismo eficaz de vigilancia.

Por consiguiente, hay que hacer todo lo posible para que el personal de los puestos esté plenamente convencido de que la eficacia de las operaciones de vigilancia dependerá en gran parte de cómo ellos desempeñen sus funciones. Para ello, no basta con dar orientaciones o instrucciones escritas de vez en cuando. Además de la necesaria supervisión y orientación técnica de que debe ser objeto el trabajador auxiliar de salud, es absolutamente indispensable estimular y mantener su interés para que preste la debida atención a las tareas que lleva a cabo. Este personal debe tener la sensación de ser un elemento importante del grupo de trabajo del programa de erradicación de la malaria, en vez de considerar que su misión se limita a tomar muestras de sangre.

Es necesario, además, que los trámites de preparar las láminas para su pronto examen microscópico y para la rápida notificación de los resultados, se sucedan con la máxima eficiencia. Nada más desalentador para los trabajadores que luchan en primera línea que la duda de que acaso no sea utilizado el material por ellos sometido a sus superiores.

b) A las actividades de descubrimiento de casos antes esbozadas, hay que añadir gradualmente otras funciones y tan pronto como sea posible, de suerte que el puesto rural de salud esté preparado para desempeñar íntegramente la función que se le asigna en el momento crítico de transición entre las fases de consolidación y de mantenimiento. Esto podría lograrse proporcionando a los puestos la oportunidad de participar en las tareas sucesivas siguientes: i) tratamiento radical de casos positivos y observación parasitológica consecutiva, si el servicio de erradicación de la malaria no consideró recomendable

delegar en ellos esta actividad desde el primer momento; ii) indagaciones epidemiológicas sencillas, tales como las investigaciones preliminares de casos descubiertos y la toma de muestras de sangre para exploraciones epidemiológicas de focos sospechosos, y iii) aplicación de ciertas medidas de carácter terapéutico, como los tratamientos colectivos en un foco.

c) Las autoridades de salud deben tomar medidas para lograr que, cuando el programa de erradicación pase a la fase de vigilancia, la malaria quede incluida entre las principales enfermedades transmisibles y sea de notificación obligatoria por parte de todos los puestos rurales de salud.

Se cree que, mediante estos procedimientos, el personal de los puestos rurales de salud adquirirá la experiencia y, en especial, la conciencia de la malaria, necesarias para tener la seguridad de que, cuando llegue el momento, este personal estará capacitado para mantener la vigilancia e impedir que se restablezca la transmisión de la malaria.

## 2. *En educación sanitaria*

Las actividades en el segundo de los aspectos primordiales debe comenzarse desde el principio de sus tareas, por parte de los puestos rurales de salud, y continuarse a través de todas las etapas del programa de erradicación de la malaria, adaptándolas a las necesidades particulares de cada una de las fases sucesivas de las operaciones. Nunca se insistirá lo bastante en que, si se quiere lograr éxito en estas actividades, los puestos rurales de salud necesitan la orientación apropiada de educadores sanitarios que proporcionen a los trabajadores auxiliares de salud procedimientos sencillos y prácticos para acercarse a la población, en especial a los dirigentes de la colectividad, de manera que se cree con respecto al programa un sentimiento perdurable de responsabilidad pública.

## 3. *En otros aspectos*

Es muy conveniente que la infraestructura de la salud rural sirva de apoyo a otros aspectos del programa de erradicación de la malaria. Esto dependerá, desde luego, de

numerosos factores, en especial del nivel alcanzado por la infraestructura en el momento en que ésta comience a funcionar. En cualquier caso esto habría de considerarse como una posibilidad deseable, no como un requisito previo.

Tal vez resulte aconsejable, por ejemplo, que el local del puesto rural de salud se utilice como base de operaciones de las brigadas de rociadores para almacenaje de material y para el pago a los trabajadores de campo en la lucha antimalárica. Los servicios existentes de salud rural podrían proporcionar información respecto a la accesibilidad de las aldeas, medios de comunicación y otros detalles valiosos para la planificación del rociamiento, etc.

Puede parecer que las posibilidades antedichas poseen una significación práctica relativamente pequeña. Sin embargo, al facilitar los contactos personales entre trabajadores de salud de primera línea, ayudan al fomento de ese "esprit-de-corps" tan esencial para el progreso de cualquier organización de salud pública.

#### V. EJECUCION

Para poner en práctica el esquema sugerido para la participación de la infraestructura de la salud rural en un programa de erradicación de la malaria, hay que tomar en consideración cierto número de aspectos, la mayoría de los cuales están íntimamente relacionados con la estructura administrativa y orgánica de salud pública de cada país. Por lo tanto, las observaciones hechas a continuación deben considerarse como simples sugerencias, que habrían de adaptarse a las condiciones peculiares de cada área.

##### A. Personal

Con el objeto de que su área geográfica sea servida adecuadamente, cada puesto rural de salud habría de disponer de un grupo básico compuesto por dos trabajadores auxiliares de salud. El primero de éstos, al que, a falta de otra denominación mejor, llamaríamos *asistente de salud rural*, actuaría como jefe

del grupo y sería principalmente responsable de todas las actividades de tipo estático. El otro trabajador, al que llamaríamos *visitador de salud rural*, tendría a su cargo los servicios dinámicos prestados por el puesto.

Ambos auxiliares son necesarios, a menos que se trate de un área geográfica muy pequeña y de población concentrada, pues en tal caso un solo trabajador podría, probablemente, dividir su tiempo de manera que le permitiera realizar las dos clases de actividad. Parece que este sistema ha dado resultados satisfactorios en áreas de elevada densidad de población, en uno de los países visitados.

Se cree que el personal auxiliar de salud que actualmente trabaja en las áreas rurales puede con facilidad adaptarse al plan, siempre que se haga un esfuerzo intensivo con objeto de proporcionarle el adiestramiento necesario, que le permita desempeñar las funciones básicas de los puestos, y además los conocimientos requeridos para el cumplimiento de sus obligaciones en el programa de erradicación de la malaria. De esta forma, los administradores de salud no tendrán que enfrentarse con los arduos problemas que plantea el despido de un número considerable de trabajadores de salud, por lo general meritorios.

Será necesario reclutar y preparar personal adicional, tanto para los nuevos puestos rurales de salud que se establezcan, como para el refuerzo de los ya existentes. Esto puede lograrse en parte mediante la incorporación, como miembros permanentes de los puestos, de aquellos auxiliares que de otra forma tendrían que ser reclutados temporalmente como agentes de vigilancia para la búsqueda activa de casos de malaria durante la fase de consolidación. Esto permitiría proporcionar a dichos trabajadores la necesaria seguridad en su puesto, facilitando así los planes de largo alcance, por su utilización continuada en la expansión futura de las actividades de salud rural.

##### B. Supervisión

La reunión de varios puestos rurales de

salud para la formación de organizaciones más elevadas (de distrito, provinciales, etc.) dentro de la administración de salud, tiene que adaptarse a las características peculiares de cada país. Sin embargo, cualquiera que sea el tipo de ordenación administrativa adoptado, lo que interesa es la existencia de un mecanismo eficiente de supervisión inmediata, punto sobre el cual se ha insistido mucho en este trabajo.

Es preciso afirmar una vez más que las condiciones predominantes en la mayor parte de los países que necesitan un programa de preerradicación, son tales que, durante muchos de los próximos años, sería completamente absurdo esperar que la supervisión inmediata se lleve a cabo directamente por profesionales. La experiencia indica, además, que, aunque teóricamente se disponga de profesionales, no es probable que éstos estén dispuestos a aceptar las difíciles condiciones inherentes a las tareas de supervisión en áreas rurales remotas. Por tanto, la única alternativa es la creación de un cuadro de *supervisores de campo*, formado por auxiliares de categoría superior a los que trabajan en los puestos rurales de salud. Parece, en consecuencia, que la infraestructura de la salud rural debe tener como escalón inmediatamente superior una unidad, que en adelante se llamará unidad intermedia de salud, a la cual estarán destinados esos supervisores de campo.

Sin duda, es absolutamente imposible establecer una norma rígida respecto al número de puestos rurales de salud a cargo de cada supervisor de campo. Mas, como orientación general, este número, en condiciones sumamente favorables, no debe exceder de diez. De lo contrario la supervisión consistiría en visitas de inspección precipitadas y en la lectura veloz de los informes, más bien que en el establecimiento de contactos personales frecuentes y prolongados, que sirvan para instruir y asesorar. Es muy significativo que algunos de los países visitados insistan especialmente en los aspectos instructivos de la supervisión, hasta el punto de que los supervisores de

campo son designados oficialmente como "instructores" o "monitores".

Los supervisores de campo deben contar con el apoyo de algunos "supervisores especializados", adiestrados concretamente para proporcionar orientación adecuada e incluso para llevar a cabo por sí mismos algunas actividades que rebasan la capacidad del personal de los puestos rurales de salud. Así ocurre, por ejemplo, cuando una matrona auxiliar de la unidad de salud intermedia se encarga del adiestramiento de matronas empíricas locales, etc. Mientras los recursos no permitan la designación permanente de trabajadores auxiliares de saneamiento a todos los puestos, un inspector sanitario auxiliar podría hacer visitas frecuentes, que sirvieran de estímulo y orientación en la tarea elemental que puede realizarse por el personal básico.

En los aspectos relacionados con la vigilancia epidemiológica del programa de erradicación de la malaria, serán necesarios supervisores de campo totalmente dedicados a esta tarea específica e incorporados al cuadro de personal regular de la unidad intermedia de salud, pero siempre bajo la dirección y supervisión técnicas de la sección correspondiente del servicio de erradicación de la malaria. Este arreglo parece ser el más lógico para que permita cumplir eficazmente los estrictos requisitos técnicos del programa de erradicación. Hay que tener en cuenta que estos trabajadores han de ser considerados como miembros del personal permanente, y más tarde serán empleados en otras actividades de supervisión de la salud rural.

Dada la índole especial del programa de erradicación de la malaria y teniendo en cuenta que el supervisor de campo ha de encargarse directamente de las actividades suplementarias de vigilancia, el número de puestos rurales de salud que se le asignen probablemente tendrá que ser menor durante las primeras etapas de la fase de consolidación, en que ha de mantenerse un estrecho contacto. Por este motivo se sugiere que, durante esas primeras etapas, el número se

reduzca de modo que haya un supervisor para cada seis puestos como máximo.

### C. Cobertura de la población

La meta de cada puesto rural de salud debe ser la de servir adecuadamente a toda la población de su respectiva área geográfica. Como se indicó antes, esta regla de la cobertura total es absolutamente esencial para la vigilancia epidemiológica, en el programa de erradicación de la malaria. Empleando una combinación equilibrada entre el método activo y el pasivo de búsqueda de casos, ambos indispensables y que se complementan mutuamente, la infraestructura de la salud rural debe merecer una confianza razonable tanto respecto a la permanente disponibilidad de lugares donde la población pueda obtener servicios en cualquier momento, como respecto a la posibilidad de establecer contacto personal periódico en los hogares, incluso cuando éstos se hallan situados fuera de la zona de influencia de las actividades estáticas del puesto.

Es casi imposible determinar la extensión geográfica que puede cubrir adecuadamente cada puesto rural de salud, ya que esto depende de numerosos factores, entre los que figuran la densidad de la población, los medios de comunicación, la dispersión y tamaño de los poblados rurales, etc. No puede sorprender, por tanto, que el problema general de fijación de normas de esta clase haya sido objeto de no pocas discusiones, sin llegar nunca a la solución adecuada. De hecho, hace ya algunos años el Comité de Expertos en Administración Sanitaria coligió que "era imposible establecer una cifra óptima de población para cada unidad de salud".<sup>7</sup>

Con las reservas ya indicadas y para obtener alguna cifra que sirva de orientación, se puede dar por sentado que la búsqueda activa concentraría sus esfuerzos, primordialmente, en la mitad de la población que vive alejada del lugar donde se halla establecido

el puesto, ya que es presumible que el resto de la población recibirá un servicio suficiente por parte de la búsqueda pasiva. En este caso, y suponiendo también que el visitador rural de salud pueda hacer un promedio de 1.000 visitas domiciliarias al mes, y contando que en cada casa habiten unas cinco personas, puede obtenerse la cifra de 10.000 habitantes por puesto. Conviene repetir, sin embargo, que esto puede servir tan sólo de orientación general, y que dicha cifra es estimativa y puede oscilar ampliamente, por ejemplo entre 2.500 y 15.000, para que así pueda ajustarse a los numerosos factores inherentes a cada caso. En áreas densamente pobladas, por ejemplo, un puesto puede atender eficazmente una población de 15.000 habitantes, mientras que esta cifra habría de reducirse a 2.500 allí donde la densidad es escasa o las comunicaciones son muy malas.

Para determinar la población a ser atendida por cada puesto rural de salud han de tenerse en cuenta los numerosos factores que determinan la accesibilidad del área. Un puesto de salud, por ejemplo, cuya área tenga un radio de 10 kilómetros, con caminos aceptablemente buenos y terreno llano, estará en condiciones mucho mejores que otro con área igual, y de terreno montañoso y provisto tan sólo de senderos. El concepto de accesibilidad es muy relativo. Lo que para unos es accesible, es inaccesible para otros. Puede sugerirse, en general, que al menos en las áreas maláricas más importantes, los puestos de salud estén ubicados de tal manera que las personas que vivan más lejos no se vean obligadas a caminar una distancia demasiado larga.

Es necesario, además, que los puestos rurales de salud situados fuera del área de erradicación participen en las actividades de búsqueda de casos con el fin de descubrir aquellos que, por una u otra razón, están fuera de los límites del área endémica reconocida. Hay que prestar también atención a la necesidad del establecimiento de nuevos puestos rurales de salud en aquellos lugares donde, algunos años después de llevarse a cabo las actividades de erradicación, se observe un incremento considerable de pobla-

<sup>7</sup> OMS, *Serie de Informes Técnicos No. 83*, 1954, pág. 5.

ción, principalmente como resultado de la inmigración.

#### D. *Desarrollo cronológico*

El establecimiento de una infraestructura de salud rural, por pequeña que sean sus unidades constituyentes y por mínimas que sean las funciones que tenga asignadas, requiere tiempo para establecer sus bases: adiestramiento del personal ejecutivo, cumplimiento y supervisión inmediata del programa, provisión de equipo y suministros, reforzamiento de los escalones más elevados de la organización, y por último, aunque no de menor importancia, financiación.

Generalmente se admite que el mecanismo de búsqueda de casos debe hallarse en pleno funcionamiento por lo menos un año antes de la fecha en que se espera el cese de las operaciones de rociamiento. Por otra parte, parece lógico examinar la necesidad de someter previamente el mecanismo a prueba, para poder vencer cualquier dificultad eventual, de tal manera que toda la organización esté operando, con toda facilidad, en el último año de la fase de ataque. Por este motivo parece esencial que haya un período preparatorio dedicado a la vigilancia, inspirado más o menos en los mismos principios que dieron lugar al establecimiento de una fase preparatoria para todo el programa de erradicación de la malaria. Probablemente, cualquier período preparatorio de esta clase durará al menos un año.

Si son aceptables las consideraciones expuestas, habrá que convenir en que la infraestructura alcanzaría el nivel de eficiencia requerido hacia el comienzo del tercer año de la fase de ataque, siempre que ésta tenga la duración normal de cuatro años.

Naturalmente, el tiempo requerido para el desarrollo de la infraestructura de salud rural, hasta que logre el nivel que permita cumplir sus deberes en un programa de erradicación de la malaria, dependerá de múltiples factores. Los más importantes son: 1) la cantidad y calidad de los servicios rurales de salud pre-existentes, y 2) el ritmo ascendente de progreso que puede esperarse

razonablemente, teniendo en cuenta los recursos actuales y potenciales del país, tanto en mano de obra como en finanzas. Este período de desarrollo puede, por tanto, incluir los primeros dos años de la fase de ataque y el tiempo dedicado directamente a la preparación del programa de erradicación de la malaria.

Por consiguiente, no es en absoluto necesario que la infraestructura de la salud rural esté totalmente a punto al comienzo del programa de erradicación, pero sí ha de estar planificada en forma definitiva y el gobierno, formalmente comprometido a que pueda funcionar de un modo normal en la fecha debida.

Una situación que se va a encontrar con frecuencia es la planificación de la infraestructura en un país donde tan sólo en parte de su territorio han de realizarse operaciones de erradicación de la malaria. Como es probable que los recursos sean insuficientes para satisfacer a la vez las necesidades de todo el país, la creación de la infraestructura se hará de manera gradual, siendo el primer paso el establecimiento de los puestos rurales de salud en las áreas que vayan a ser cubiertas por el programa de erradicación. Desde luego, la planificación a largo plazo debe tener, como objetivo final, el desarrollo de la infraestructura en la totalidad del país.

Un principio análogo de desarrollo cronológico correlativo puede aplicarse en el caso de un programa de erradicación de la malaria planificado por etapas, completándose primero la red de puestos rurales de salud en el área que vaya a ser cubierta.

La participación de los puestos rurales de salud en las actividades antimaláricas debiera comenzar tan pronto como estuvieran establecidos. De hecho, es muy aconsejable que su personal, debidamente guiado, comience a recoger información epidemiológica y a distribuir tratamientos para los casos de malaria. También debe iniciar las tareas de educación sanitaria para preparar así la aceptación por parte del público de las futuras operaciones del programa y su participación en ellas.

### E. Algunos aspectos del adiestramiento

Sin duda es éste uno de los puntos más vitales, ya que puede ser la clave del éxito o del fracaso. Por consiguiente, cualquier país que desee llevar a cabo un plan de esta clase debe estar dispuesto a emprender un programa muy amplio de adiestramiento del personal adicional recién contratado, así como del personal del cual disponía con anterioridad. Este trabajo no tiene por objeto examinar los detalles técnicos de adiestramiento y tampoco el autor está suficientemente informado al respecto; hay, sin embargo, algunos puntos de interés general que vale la pena mencionar.

1. Teniendo en cuenta el considerable esfuerzo que van a realizar los países, la OMS tiene una gran oportunidad para colaborar con ellos proporcionándoles asesoramiento técnico y colaboración material para cursos de adiestramiento y proyectos similares. Teniendo en cuenta la necesidad de adiestrar gran cantidad de trabajadores auxiliares de salud, tal vez sea indispensable, como primer paso del programa, la preparación de un grupo de instructores, quienes, a su vez, adiestrarían personal de niveles inferiores.

2. También es de vital importancia la preparación del cuerpo de supervisores de campo. En este aspecto, la OMS debe estar preparada a colaborar en el fomento de centros nacionales de adiestramiento destinados a esta finalidad concreta.

3. Al igual que en los aspectos técnicos, es esencial que durante el adiestramiento reciban los trabajadores auxiliares de salud una orientación conveniente enderezada hacia la creación de un interés por las actividades que van a realizar. De importancia semejante es despertar un sentido escrupuloso del deber en todo el personal, inculcándole la convicción de que su labor es de suma importancia y esencial para el éxito del programa.

Finalmente, huelga decir que el trabajo de los empleados auxiliares de salud será mucho mejor si su moral es alta gracias a factores como la seguridad de contar con un puesto permanente, con adecuada compensación y,

en general, con todas las demás condiciones que contribuyen a hacer que se consideren parte integrante del grupo de salud del país.

El Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar<sup>8</sup> ha establecido ya un conjunto de principios para el empleo y formación del personal auxiliar de salud.

### F. Coordinación

El concepto de la indivisibilidad de la salud debe aplicarse también a los problemas y programas sanitarios. Por esto, en cualquier país, el programa de erradicación de la malaria necesita la colaboración de los trabajadores de salud en todas las ocasiones y niveles. Posee especial importancia el establecimiento de relaciones eficaces de trabajo entre los departamentos que integran la organización de salud. A continuación se ofrecen algunas sugerencias para lograrlo.

1. En el nivel central se tomarán medidas para que la persona encargada de la dirección general de los servicios rurales de salud pertenezca también a la Junta Nacional de Erradicación de la Malaria. Esto servirá para que dicha persona esté al tanto de las necesidades, progresos y problemas del programa de erradicación y contribuirá a crear en los servicios rurales de salud la convicción de que se reconoce íntegramente la responsabilidad de éstos en el problema.

2. Las áreas de operaciones de campo del programa de erradicación de la malaria coincidirán, en cuanto sea posible, con las de los servicios generales de salud, y sus jefes respectivos se mantendrán en estrecho contacto.

3. Los servicios generales de salud de los niveles intermedio e inferior deberán estar en todo momento informados del desarrollo del programa de erradicación de la malaria, y por adelantado habrá de solicitarse de ellos cualquier cooperación que se necesite, por ejemplo, la referente a las operaciones de rociado.

<sup>8</sup> OMS, *Serie de Informes Técnicos No. 212*, 1961.



## VI. SUMARIO

En este trabajo presenta el autor algunas sugerencias sobre los principios de la planeación y las funciones básicas de una infraestructura de salud rural, dentro de los limitados recursos de mano de obra y dinero de que suelen disponer las administraciones de salud. También intenta indicar para qué tareas de un programa de erradicación de la malaria debe hallarse capacitada dicha infraestructura. Además estudia algunos de los medios y maneras de llevar a efecto dicha participación. En esta parte pretende el autor resumir los puntos que, en su opinión, son más importantes y que se exponen a continuación.

1. La planeación de una infraestructura de salud rural no ha de basarse en las necesidades exclusivas de un determinado programa de salud. Su objetivo final debe ser el establecimiento de un sistema de servicios de salud básicos y permanentes, susceptibles de expansión futura de acuerdo con las posibilidades del país.

2. En la actualidad, las necesidades más urgentes de salud han de afrontarse con recursos por lo común limitados. En consecuencia, los constituyentes esenciales de la infraestructura, o sea, los puestos rurales de salud, han de restringir sus actividades con arreglo a un sistema definido de prioridades dentro de las cinco funciones básicas (atención médica, búsqueda de casos y prevención de las enfermedades transmisibles más importantes, higiene maternoinfantil, educación sanitaria y saneamiento del medio). Debe existir un número suficiente de puestos, distribuidos geográficamente de modo parejo, que lleven a cabo sus actividades limitadas en beneficio de toda la población, en vez de concentrar sus esfuerzos en unos pocos sectores de la misma.

3. Las tareas asignadas al personal de los puestos rurales de salud habrán de ser de tal naturaleza que puedan efectuarse empleando procedimientos sencillos y uniformes, para cuya ejecución puedan ser entrenados, en un tiempo relativamente corto, trabajadores auxiliares de salud de grados inferiores.

4. Requisito esencial del esquema propuesto es un mecanismo eficiente de supervisión estrecha e inmediata, basada más bien en la educación y persuasión que en la inspección y fiscalización. Tanto ahora como en un futuro próximo, no cabe contar con profesionales y, por lo tanto, esta supervisión inmediata habrá de ser efectuada por supervisores de campo subprofesionales que hayan recibido un adiestramiento especial en metodología y técnicas de supervisión.

5. La significación de la malaria, sea como problema de salud fundamental de los distintos países, o como enfermedad que debe ser eliminada en todas partes para que el esfuerzo mundial tenga éxito, constituye mucho más que una amplia justificación para considerar la malaria como una de las tareas básicas de la infraestructura, incluso en las primeras etapas de su desarrollo.

6. Las actividades de la infraestructura respecto a la erradicación de la malaria deben consistir en: a) considerarlas como una obligación y no como una simple colaboración; b) considerarlas como susceptible de inclusión entre las funciones básicas mencionadas anteriormente; c) realizarlas mediante técnicas sencillas, que permitan cuidadosa supervisión, y d) asignarles un lugar, tan pronto como sea posible, dentro del esquema del programa de erradicación de la malaria y ampliar gradualmente dichas actividades con el fin de que los puestos rurales de salud puedan adquirir la experiencia necesaria para el mejor desempeño de su misión en la fase de mantenimiento.

7. Los campos más adecuados para la participación de la infraestructura en el programa de erradicación de la malaria son la vigilancia epidemiológica y la educación sanitaria. Con objeto de cumplir con el requisito técnico esencial de la cobertura total de la población, los puestos rurales de salud realizarán las actividades mencionadas empleando dos métodos, el estático y el dinámico, ambos indispensables y que se complementan mutuamente.

8. El tiempo necesario para la organización de la infraestructura dependerá de

numerosos factores, mas en todo caso la planeación deberá basarse en el hecho de que la infraestructura alcanzará el "nivel debido" al comienzo del tercer año de la fase de ataque del programa de erradicación de la malaria.

9. Durante las primeras etapas, las actividades antimaláricas de los puestos rurales de salud deben estar sometidas a una supervisión muy estrecha que, posteriormente, podrá ser menos estricta según los resultados a que haya llegado la evaluación epidemiológica periódica.

10. La experiencia anterior indica que, para que el programa de erradicación de la malaria tenga éxito, es requisito indispensable que la unidad a que dicha erradicación compete tenga alta categoría dentro de la organización nacional de salud; esta unidad ha de poseer además la necesaria flexibilidad administrativa, no sólo en lo que respecta a la dirección general del programa, sino también poderes en la ejecución de una serie de operaciones específicas que requieren aptitudes especiales y han de ejecutarse en tiempo limitado.

11. Igual importancia que los requisitos técnicos y administrativos tiene la creación, en el personal de toda la organización sanitaria, de la debida actitud mental hacia el programa de erradicación de la malaria: la convicción de que la malaria constituye un problema de salud y que, si bien su eliminación es posible, no es nunca tarea fácil. Por consiguiente, requiere el esfuerzo de todos y entraña el establecimiento de una coordinación eficiente entre todos los elementos de la administración de salud, desde el nivel más alto al más bajo.

#### VII. OBSERVACIONES FINALES

El autor ha intentado cumplir con su cometido de ofrecer algunas sugerencias que sirvan de punto de partida para discusiones

acerca de los niveles adecuados que los servicios de salud rural deben alcanzar si se quiere que sirvan de apoyo al programa de erradicación de la malaria.

La labor no ha sido fácil; no pocas de las necesidades perentorias de salud en las áreas rurales no han podido ser tomadas en consideración, porque el autor debió atenerse siempre al mandato recibido, a saber: sugerir un plan compatible con la denominada infraestructura de la salud rural y adaptado a las mínimas necesidades y a los escasos recursos disponibles en los países donde ha de emprenderse algún programa de erradicación de la malaria. Incluso se han pasado por alto algunos problemas fundamentales, considerando que era preferible presentar recomendaciones realistas y no demasiado ambiciosas. Esperamos, sinceramente, que en un futuro no demasiado lejano los recursos locales de los países permitirán dedicar a esos problemas la atención que merecen. En tanto, teniendo que hacer frente a la situación actual, creemos que la infraestructura sugerida en este trabajo puede servir de base a la planificación de los servicios de salud pública, recientemente muy bien definida como "el análisis inteligente y cuidadoso y el desarrollo metódico de esos servicios en conformidad con los conocimientos modernos y las experiencias recientes para atender las necesidades sanitarias de un país hasta donde lo permitan sus recursos".<sup>9</sup>

Por último, el autor desea insistir en que las ideas contenidas en este trabajo no son, en ningún sentido, originales. Se adquirieron aprendiendo del trabajo que actualmente se realiza en los países visitados, aprovechando la orientación brindada por personal de todos los niveles de la OMS y contando con el generoso apoyo y asesoramiento prestado, individualmente, por no pocas personas.

<sup>9</sup> OMS, *Serie de Informes Técnicos No. 215*, 1961, pág. 4.