

# ATENCIÓN MÉDICA DE LA POBLACIÓN DISPERSA

## EXPERIENCIA DE VENEZUELA <sup>1</sup>

Dr. Carlos Luis González <sup>2</sup>

*La atención preventiva y curativa de la población rural dispersa puede lograrse mediante la aplicación de técnicas médicas sencillas de fácil aplicación por personal auxiliar debidamente adiestrado y supervisado.*

### Consideraciones generales

Repetidamente se ha insistido en que en la América Latina los servicios de atención médica, que se prestan como parte de un programa organizado de salud, han de enfrentarse con variados y complejos problemas que dificultan un contacto directo y oportuno con la población. En otras palabras, que limitan, en mayor o menor grado, la *accesibilidad* de esos servicios.

El concepto de accesibilidad es relativo, pues lo que para unos es accesible resulta inaccesible para otros. No obstante, en administración sanitaria reviste enorme interés averiguar, lo más objetivamente que sea posible, cuál es el radio de acción de un programa de atención médica, bien sea definido en términos geográficos o de población cubierta, o desde cualquier otro punto de vista. En efecto, como servicio público, un programa organizado de atención médica debe procurar la mayor cobertura posible; pero este propósito también tiene que compaginarse con un criterio económico, que exige mantener los costos unitarios del programa dentro de límites razonables, acordes con la capacidad financiera de la comunidad.

Particular seriedad adquiere el asunto en la América Latina cuando se consideran las

necesidades de salud de las grandes masas de seres humanos que constituyen lo que usualmente se denomina *población rural*. Si bien esta expresión se usa en todas partes, su significado dista de ser uniforme, por cuanto hay una diversidad de criterios que se siguen para definirla. Desde un punto de vista práctico, sin embargo, parece haber acuerdo en usar el criterio censal, mediante el cual se considera como rural a la población ubicada en localidades cuyo tamaño está por debajo de una cifra arbitraria.

En una publicación reciente de la OPS (1), se indica que, según los censos efectuados alrededor de 1960, en 11 de 18 países de las Américas más del 50% de la población vivía en zonas rurales, que fueron definidas como "localidades de menos de 2,000 habitantes o fuera de los conglomerados". Ahora bien, de ese sector demográfico una gran parte, que pudiera denominarse "población dispersa", está ubicada en pequeños caseríos o viviendas aisladas, separados entre sí por grandes distancias, con difíciles vías de comunicación.

Motivo de muchos estudios ha sido la migración de los habitantes de zonas rurales hacia las grandes ciudades en América Latina que ha resultado en el rápido crecimiento de estas y en la aparición de los agudos problemas que le son inherentes. Sin duda, tal fenómeno es particularmente grave pues se trata de una "ruralización de la ciudad", producto de la absorción rápida de

<sup>1</sup> Trabajo presentado en la IV Conferencia Nacional de Salud, Río de Janeiro, Brasil, 30 de agosto-4 de septiembre, 1967.

<sup>2</sup> Asesor Técnico, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, y Secretario Ejecutivo, Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina, Caracas, Venezuela.

grupos familiares enteros, lo cual conduce indefectiblemente a la carencia de viviendas y de servicios educacionales, sociales y de salud y dificultades de empleo, a más de los trastornos de adaptación de esas personas al nuevo medio. Esto, sin embargo, no debe oscurecer el otro hecho, menos dramático pero no menos importante, de que la población rural sigue aumentando, aun cuando, como es de suponer, a una tasa muy por debajo de la urbana. El cuadro 1, basado en datos de una publicación reciente (2), da una idea de los cambios que en ambos tipos de población se han operado entre 1950 y 1960 en nueve países latinoamericanos. Esto indica que en nada ha disminuido la urgencia de encontrar una manera práctica y eficiente para proveer de servicios públicos básicos, entre ellos los de salud, a los habitantes de esas zonas rurales.

Ahora bien, la satisfacción de la necesidad indicada se enfrenta con el problema, tan generalizado en la América Latina, del déficit cuantitativo y sobre todo de la distri-

bución irregular de los profesionales médicos. La ya citada publicación de la OPS (1) señala que hacia 1964 en las capitales y grandes ciudades de 17 países de Latinoamérica, había entre 5.8 y 28.8 médicos por cada 10,000 habitantes, al paso que en las áreas restantes esa razón fluctuaba entre 0.8 y 8.0. Para dar una idea de la situación en Venezuela, se puede indicar que en 1965 casi la mitad (46.6%) de los médicos registrados ejercían en el área metropolitana de Caracas que apenas representa el 14.6% de la población del país.

Es oportuno corresponder a la invitación de la Comisión Organizadora de la IV Conferencia Nacional de Salud (Río de Janeiro, agosto-septiembre 1967) y presentar un resumen del problema en cuestión y de los procedimientos que se han adoptado en Venezuela con miras a solucionarlo. En beneficio de la brevedad se mencionarán solamente algunos aspectos, ofreciendo a quienes estén interesados en otros detalles las referencias bibliográficas de este trabajo.

CUADRO 1.-Poblaciones urbana y rural y respectivas tasas de crecimiento en nueve países latinoamericanos, 1950 y 1960.

País	Año	Población (en miles)		Tasa de crecimiento (%)	
		Urbana	Rural	Urbana	Rural
Brasil	1950	18,782	33,161	5.4	1.6
	1960	31,991	38,976		
Ecuador	1950	913	2,289	4.9	2.2
	1962	1,617	2,965		
El Salvador	1950	677	1,179	3.5	2.4
	1961	967	1,544		
Honduras	1950	424	944	2.9	3.1
	1961	575	1,309		
México	1950	10,983	14,809	4.9	1.5
	1960	17,705	17,218		
Panamá	1950	290	526	4.4	2.0
	1960	446	629		
Paraguay	1950	460	869	2.9	2.5
	1962	646	1,171		
R. Dominicana	1950	508	1,627	6.0	2.6
	1960	918	2,096		
Venezuela	1950	2,709	2,325	6.3	0.5
	1961	5,079	2,445		

### Enfoque del problema en Venezuela

Data ya de algún tiempo la preocupación de las autoridades de salud y de los organismos médicos gremiales y científicos del país por satisfacer las necesidades básicas de salud de la población rural dispersa, mediante algún sistema que se adaptara a las condiciones peculiares a dicho medio. Es de justicia mencionar los trabajos de varios higienistas venezolanos al ensayar el uso de auxiliares para diversas actividades. Con referencia a sólo los pasos dados más recientemente, se citarán tres casos: en 1961, el II Congreso Venezolano de Salud Pública consideró el problema como parte de la ponencia "Necesidades de personal para los servicios de salud y evaluación de su formación actual"; en 1962 la Sociedad Venezolana de Salud Pública recomendó la realización de un ensayo piloto para la formación de un personal adecuado a las necesidades del medio rural; y, por último, que la Federación Médica Venezolana, máxima institución representativa de la profesión médica en el país, en sus Asambleas de 1961 y 1962 incluyó los temas "Aspectos gremiales del ejercicio profesional en el medio rural" y "Contribución del médico a la reforma agraria", respectivamente.

Las iniciativas mencionadas culminaron en la decisión de la Federación de considerar en su Asamblea de 1963 una ponencia oficial con el título "Estudio de los problemas sanitario-asistenciales de la población rural dispersa". El trabajo que se presentó en esa oportunidad (3) revisó la magnitud, extensión y grado de dispersión de la población rural venezolana, analizó sus problemas de salud de acuerdo con la información disponible y revisó los recursos de atención médica a su alcance.

La ponencia llamó la atención al hecho de que en los municipios predominantemente rurales, una de cada tres defunciones correspondía, según el diagnóstico, bien al renglón "enfermedades diarreicas" o al de "afecciones respiratorias agudas", y que la

inmensa mayoría de esos fallecimientos ocurría entre niños menores de dos años de edad. Señaló que el cuadro de morbilidad de esa población rural también estaba dominado por las mismas afecciones—susceptibles de medidas terapéuticas cuya efectividad no radica en su complejidad técnica sino en que se apliquen precozmente—, y por otras entidades nosológicas fáciles de tratar por procedimientos sencillos y uniformes y, por tanto, aptos para ser aplicados directamente por un personal auxiliar, siempre que este fuera cuidadosamente preparado y supervisado.

El trabajo indicó que en las condiciones rurales venezolanas, el alcance real del profesional médico para ofrecer atención directa y oportuna a los habitantes no podía extenderse más allá del centro urbano donde el profesional residía. A ese respecto, en los municipios cuya población rural era mayor del 75%, apenas alrededor de una sexta parte de los habitantes podía recibir la acción inmediata del médico; en los que dicha población fluctuaba entre el 50 y el 75%, la proporción era una tercera parte; y en aquellos en que era de 25 a 50 %, la cobertura llegaba a un poco más de la mitad de los pobladores. En conjunto, se calculó que únicamente alrededor de un tercio de los 3.5 millones de habitantes de esos municipios tenía acceso directo a servicios médicos a cargo de profesionales.

Al enfocar la solución que debería adoptarse, la ponencia recordó que se requerirían 926 médicos para que hubiera siquiera uno en cada una de las localidades que, según el censo de 1961, tenían entre 500 y 4,999 habitantes; y que para poder ubicar uno en las comprendidas entre 200 y 499 habitantes, se requerirían otros 2,372 profesionales.<sup>3</sup> Advirtió, además, que aun en el supuesto de que ello fuera posible, más de un millón y cuarto de personas quedarían todavía fuera

<sup>3</sup> En 1962 existían en Venezuela 468 servicios denominados "Medicaturas rurales," cifra que para 1966 se había elevado a 489.

de contacto directo y permanente con un médico.

Un inventario de los recursos existentes mostró que en aquella época existían un poco más de 1,000 "dispensarios rurales", muchos de ellos funcionando desde hacía largo tiempo y bajo la responsabilidad inmediata de auxiliares que, en su inmensa mayoría, tenían escasa instrucción escolar, no habían recibido preparación formal alguna, desempeñaban sus funciones en forma restringida e inapropiada y no estaban sujetos a supervisión adecuada. Pese a todo ello, la experiencia indicaba que una buena parte de esos auxiliares (la inmensa mayoría del sexo femenino) tenían sentido de responsabilidad y grandes dotes humanas, por lo cual bien valía la pena que se les prestara la debida atención y se les estimulara y orientara.

#### Solución propuesta

Del análisis efectuado, la ponencia concluyó que era urgente poner en práctica un sistema que, conforme a ciertos principios técnicos y a los recursos humanos y financieros del país, condujera a acercar un poco más ciertos servicios elementales de atención médica a la población rural dispersa; y señaló que una cuestión de tanta trascendencia debía ser motivo de interés no sólo para las autoridades sanitarias oficiales sino también para la profesión médica.

Para cumplir tal propósito, se sugirió un programa de "penetración sanitaria", reorientando el trabajo de los dispensarios ya establecidos en forma tal que, articulados a la red de los servicios locales de salud, actuaran como avanzada del médico rural y fueran capaces de ofrecer ciertos servicios mínimos y bien definidos de atención médica tanto curativa como preventiva. A este programa propuesto se le dio el nombre de "medicina simplificada", para indicar que debería colocarse al amparo de los servicios de salud de nivel superior, o sea, de la "medicina desarrollada".

Se indicó, por tanto, que el programa debía integrarse a la estructura de la organización sanitaria venezolana y adaptarse a las normas de unidad de dirección, regionalización y distritalización, integración de actividades, supervisión constante, evaluación periódica y preparación adecuada del personal. Particular énfasis se dio a que las actividades de los dispensarios se sujetarán a las siguientes bases: a) imposibilidad de separar la medicina preventiva de la curativa, por lo cual deben ofrecer un servicio mínimo integral y permanente; b) la delegación de actividades curativas debe limitarse sólo al tratamiento corriente de enfermedades frecuentes y fácilmente reconocibles; c) tienen que estar sujetos a una supervisión adecuada; y d) el procedimiento debe servir fundamentalmente para establecer un sistema organizado de referencias a los niveles en donde se va a encontrar el servicio médico.

La ponencia dejó sentado claramente que el éxito del sistema propuesto iba a depender esencialmente de que se formara muy cuidadosamente el personal que iba a desempeñar las funciones. Para ello, favoreció un entrenamiento esencialmente práctico, utilizando un manual tan simple como posible que sirviera a la vez como material didáctico y posteriormente de fuente de consulta para el auxiliar una vez que este entrara en funciones.

#### Actitud de la Federación Médica Venezolana

Uno de los hechos trascendentales en la historia del programa, y que sin duda hace honor a la profesión médica venezolana, lo constituyó la acogida favorable dispensada por la Federación al planteamiento que se le hizo. En efecto, después de analizar objetivamente el contenido de la ponencia, adoptó una resolución en la cual reafirmó "el interés demostrado desde su creación por el grave problema que para el país significa la atención sanitario-asistencial de los habitantes rurales"; señaló que "las solu-

ciones propuestas en la ponencia no podrán ser llevadas a cabo eficientemente a menos que se cumplan los principios doctrinarios y se apliquen los procedimientos técnicos y administrativos indicados en ella"; y apoyó el programa de "medicina simplificada", en el entendido de que su desarrollo debe ir precedido por la organización de los servicios locales jerárquicos "necesarios para garantizar el adecuado funcionamiento del sistema".

Una demostración adicional del interés de la Federación fue el hecho de que presentó el asunto a la consideración del VIII Congreso Médico Social Panamericano (Montevideo, 1964). Una de las Mesas Redondas del Congreso discutió ampliamente el problema y concluyó recomendando que se aplique la experiencia de varios países (entre ellas la "medicina simplificada" de Venezuela) para zonas donde no es posible disponer de médicos.

Dentro de la Federación ha venido funcionando una Comisión de Salud Rural, a fin de que siga de cerca el desarrollo del programa para orientar y mantener informado al gremio médico nacional. Esta Comisión presenta informes periódicos a las Asambleas de la Federación y sirve para mantener una relación estrecha con el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, lo cual ha sido valiosísimo en la marcha del programa.

### Ejecución del programa

El apoyo dado por la Federación Médica Venezolana al programa de medicina simplificada permitió al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social propiciar su ampliación a medida que en una zona existían condiciones favorables para garantizar el cumplimiento de los principios fundamentales ya citados. Por ello, de las experiencias iniciales llevadas a cabo en 1960 en dos zonas del país, el programa se ha ampliado paulatinamente hasta cubrir siete, en grados variables de extensión, para fines de 1966. El Ministerio

ha declarado enfáticamente que el programa "persigue ampliar la cobertura de atención médica preventiva y curativa a las zonas rurales más dispersas del país, mediante la utilización de técnicas y procedimientos sencillos de fácil aplicación por personal auxiliar debidamente adiestrado y supervisado" y que "no se trata de un sistema independiente y separado de proporcionar cierto tipo de cuidados médicos a determinados grupos de población, sino sólo de un procedimiento de extensión apoyado firmemente en las estructuras organizativas y funcionales de los servicios locales de salud" (4).

En Venezuela se trata de cumplir tales requisitos por medio de la implantación de servicios regionalizados representados por organismos que se denominan "servicios cooperativos de salud" o "regiones sanitarias". En tal sistema, los dispensarios rurales equivalen al cuarto nivel ("red cuaternaria"), por debajo de las medicaturas rurales ("red terciaria"), de los centros distritales ("red secundaria") y del centro regional ("red primaria"). Los organismos de esos cuatro escalones deben funcionar articuladamente y establecer una corriente de contacto en ambos sentidos, los de nivel superior prestando apoyo y sirviendo como punto de referencia a los inferiores. En tal forma, se procura que funcionen como un solo servicio de salud, con unos mismos principios a todos los niveles, variando sólo la forma y alcance de la atención médica prestada según las condiciones y recursos del sitio donde las instituciones se encuentran ubicadas. Lo que importa es que el programa esté bajo la tutela del profesional médico, sea de modo permanente o en funciones de supervisión y que pueda usar todos los organismos que integran el servicio regional de salud. Por ello, particular importancia se ha asignado al respaldo activo y consciente de los médicos, especialmente de los que actúan en los niveles secundario y terciario, a fin de que ejerzan una vigilancia continua para evitar que el programa de-

genere en prácticas inconvenientes y contrarias al fin inicialmente concebido.

Ya se ha indicado que la ponencia insistió en la necesidad de una formación adecuada del personal auxiliar de los dispensarios y recomendó el uso de un manual simple especialmente preparado para tal propósito. Este manual (5) fue elaborado por el Dr. Emilio López Vidal; se publicó por vez primera en 1962 y se ha venido mejorando paulatinamente en varias ediciones sucesivas, la quinta de las cuales apareció en 1965. La docencia, eminentemente práctica, se realiza de ordinario a nivel distrital, utilizando el centro de salud u hospital pequeño que allí existe. Desde un comienzo se consideró indispensable que estuviera bajo la responsabilidad directa de una enfermera instructora *dedicada integralmente* a esa labor, a fin de que acompañe y guíe permanentemente a las cursantes. La experiencia ha demostrado palmariamente la necesidad de esa instructora permanente, aun cuando por supuesto la enseñanza específica de algunos aspectos preventivos y educativos requiere la colaboración del personal médico y de otras categorías. Al principio el período de entrenamiento duró tres meses, pero posteriormente hubo de aumentarse a cuatro. Finalmente, el cupo máximo para cada curso ha sido de 10 alumnas.

En algunas áreas las condiciones inherentes al medio han hecho que el programa adopte algunas modalidades especiales. Entre ellas debe mencionarse la utilización de voluntarios, o sea, personas no dependientes administrativamente de los servicios oficiales de salud, como misioneros de varios credos religiosos, funcionarios de servicios de agricultura y miembros de las Fuerzas Armadas de Cooperación.

Si bien el objetivo ideal es que la supervisión del programa forme parte de la labor rutinaria que debe cumplir el personal regular de los servicios, especialmente de los de nivel distrital, ha habido necesidad de complementarla en ciertas zonas muy extensas y con vías de comunicación difíciles por medio

de un supervisor especial, hombre debidamente entrenado y convencido de la importancia de su labor. En esta forma se asegura una observación detenida y a intervalos frecuentes del funcionamiento de los dispensarios, particularmente de los que se encuentran en sitios muy alejados.

### La labor realizada

El progreso logrado en el programa fue analizado recientemente por el Primer Seminario de Medicina Simplificada (Caracas, 15-16 de mayo, 1967), ante el cual los Dres. Lobo Castellanos y Hernández (6) presentaron un resumen de las labores realizadas en el período 1962-1966. De este resumen se han tomado los datos que figuran a continuación.

Hasta fines de 1966, en 29 cursos se había preparado un total de 269 auxiliares de las cuales 82 fueron voluntarias. La distribución cronológica y por regiones de este personal preparado se puede observar en el cuadro 2. De ese total, 196 estaban trabajando en el programa para fines de 1966. Es de observar que algunos de los "inactivos" no representan reales pérdidas para el programa general de salud, puesto que han pasado a trabajar en niveles superiores de la organización.

El cuadro 3 muestra el volumen global de algunas de las actividades realizadas por los

CUADRO 2—Auxiliares preparadas para el Programa de Medicina Simplificada de Venezuela, por años y entidades, 1962-1966 (6).

Entidad	1962	1963	1964	1965	1966	Total
Apure.....	—	17	33	8	20	78
Amazonas..	20	12	8	10	—	50
Trujillo.....	—	27	23	—	—	50
Aragua.....	—	—	19	9	23	51
Zulia.....	—	—	—	9	15	24
Guárico....	—	—	8	—	—	8
Yaracuy....	—	—	—	8	—	8
Total.....	20	56	91	44	58	269

CUADRO 3—Algunas actividades realizadas por auxiliares en dispensarios rurales adscritos al Programa de Medicina Simplificada en Venezuela desde 1963 hasta 1966 (6).

Actividad	1963	1964	1965	1966	Total
Nacimientos registrados.....	266	1,201	1,567	1,677	4,711
Primeros auxilios.....	8,706	34,736	46,956	58,607	149,005
Pruebas de PPD.....	—	944	912	4,079	5,935
Inmunizaciones					
BCG.....	356	2,119	1,464	2,948	6,887
Antivariólicas.....	600	2,094	7,291	8,426	18,411
Triple (DPT).....	2,420	7,831	13,428	9,823	33,506
Antitetánicas.....	—	—	—	1,264	1,264
Antitíficas.....	1,560	5,970	10,378	8,039	25,947
Visitas a hogares.....	191	891	1,155	2,479	4,716
Charlas educativas.....	—	532	1,314	1,608	3,454
Toma de muestras de Laboratorio.....	62	272	680	405	1,419

dispensarios incorporados al programa. Obsérvese que estas actividades incluyen el registro de nacimientos, la prestación de servicios curativos (denominados “primeros auxilios”), la práctica de vacunaciones de varios tipos, visitas a hogares, charlas de tipo educativo y toma de muestras para pruebas de laboratorio y su envío a los centros superiores donde se efectúa el examen correspondiente. Ultimamente, los auxiliares de algunos dispensarios realizan satisfactoriamente la toma de hisopados laríngeos y la preparación y fijación de extendidos de esputos para la investigación del *Mycobacterium tuberculosis* como parte del sistema de regionalización de la lucha antituberculosa.

Los citados Dres. Lobo Castellanos y Hernández recalcan que el programa está consolidado técnica y administrativamente y, lo que es muy importante, en las zonas donde está funcionando se nota una ostensible mejoría de los servicios de “medicina desarrollada”; que hay un gran interés y mística por parte de los funcionarios que participan, a todos los niveles; que es muy positivo el papel de los voluntarios; y que, en suma, hay evidencias de que el programa ha tomado un rumbo definitivo y de que no se saldrá de las finalidades que se establecieron originalmente.

### Resumen

Censos relativamente recientes indican que, en 11 países de 18 estudiados en América Latina, más del 50% de la población vive en áreas rurales, pudiendo considerarse una gran parte de ella como población rural dispersa que reside en pequeños caseríos aislados. El problema de la atención médica a esta población es abrumador, no sólo por ir esta en continuo aumento sino por hallarse los profesionales médicos irregularmente distribuidos.

En Venezuela, donde en 1965 el 46.6% de los médicos ejercían en Caracas que representa el 14.6 % de la población total, ha despertado gran preocupación la suerte de la población rural dispersa. El II Congreso Venezolano de Salud Pública (1961), la Sociedad Venezolana de Salud Pública (1962) y la Federación Médica Venezolana (1961 y 1962) han estudiado la magnitud del problema (se calculó que, los 3.5 millones de habitantes de los municipios afectados, sólo un tercio tenía acceso a servicios médicos genuinos) y han venido intentando implantar alguna forma de atención que se adapte a las condiciones del medio en que reside esa población.

Para alcanzar ese objetivo se propuso un

programa de "penetración sanitaria" que fijaba la reorientación de la labor de los dispensarios rurales existentes en el país de modo que, en el marco de los servicios locales de salud, se convirtieran en una avanzada del médico rural y estuvieran en condiciones de ofrecer ciertos servicios médicos mínimos y bien definidos, tanto curativos como preventivos. A ese programa se le denominó de "medicina simplificada", indicándose que debía integrarse a la organización sanitaria venezolana y ajustarse a las normas de la misma (unidad de dirección, regionalización, distritalización, integración de actividades, supervisión constante, evaluación periódica y preparación adecuada del personal). La Federación Médica Venezolana prestó una acogida favorable al proyecto y para fines de

1966 el programa se estaba aplicando en siete zonas.

Como parte del programa se habían preparado, hasta fines de 1966, 269 auxiliares de las que 196 estaban desempeñando sus funciones. Las actividades que habían realizado los dispensarios incluían el registro de nacimientos, la prestación de servicios curativos ("primeros auxilios"), vacunaciones de varios tipos, visitas domiciliarias, charlas educativas y tomas de muestras.

El programa está ya técnica y administrativamente consolidado en las zonas en que se lleva a efecto, cuenta con el interés de funcionarios participantes a todos los niveles y con la colaboración del personal voluntario, y ha tomado un rumbo definitivo hacia el objetivo que se pretende alcanzar por su medio. □

#### REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1961-1964*. Publicación Científica de la OSP 138, 1966.
- (2) Unión Panamericana. *Estudio social de América Latina 1962*. 1964.
- (3) Baldó, J. I., et al. *Estudio de los problemas sanitario-asistenciales de la población rural dispersa*. Cuadernos de la Escuela de Salud Pública No. 6. Caracas, 1966.
- (4) Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela. *Memoria y Cuenta, 1966*. Caracas, 1967.
- (5) López Vidal, E. *Instrucciones para la atención de la salud en la población rural dispersa por personal no profesional*. 5a ed. Publicación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, Caracas, 1965 (mimeografiado).
- (6) Lobo Castellanos, O. y Hernández, D. *Programa Nacional de Medicina Simplificada, 1962 a 1966*. Primer Seminario de Medicina Simplificada (mimeografiado). Caracas, 1967.

#### Medical Care of Scattered Populations: A Venezuelan Experience (Summary)

Most of the censuses taken in recent years indicate that in 11 of the 18 Latin American countries which were studied, over 50 per cent of the population lives in rural areas. It may therefore be considered that most of the population is scattered since it lives in small, isolated villages, and the problem of providing it with medical care is overwhelming, not only on account of its constantly increasing numbers but also because there is an irregular geographical distribution of physicians.

Venezuela has been greatly concerned over the fate of its scattered rural population, especially in view of the fact that in 1965, 46.6

per cent of the country's physicians were practicing in Caracas, which comprises only 14.6 per cent of the total population.

The II Venezuelan Congress of Public Health (1961), the Venezuelan Society of Public Health (1962), and the Medical Federation of Venezuela (1961 and 1962) studied the extent of this problem and estimated that only one-third of the 3.5 million affected population had access to medical services. The three bodies mentioned therefore attempted to implement some type of medical care which would be in keeping with the environment in which such scattered populations live.



To that end, they proposed a program of health penetration, consisting in a redirection of the activities of rural dispensaries, so that certain minimum, well-defined preventive and curative services would be offered to precede the rural medical officer. It was known as the program of "simplified medicine," and it was proposed that the program should be incorporated into the health organization of Venezuela, and should adhere to its standards (single command, regionalization, districts, integrated services, constant supervision, periodic reevaluation, and personnel training). The plan was favorably received by the Medical Federation of Venezuela, and by late 1966 the pro-

gram of simplified medicine was being applied in seven areas of Venezuela.

As part of the project, training was given to 269 nursing auxiliaries, 196 of which were already in their posts by late 1966. Among the activities of the dispensaries were: recording of births; first aid; various kinds of vaccination; home visits; educational talks; and the taking of samples for tests.

By now the program is technically and administratively consolidated in the areas where it was applied, and is receiving the vivid interest of participating personnel at all levels, and the cooperation of voluntary personnel, so that it is well on the way to reaching the objectives for which it was established.

### Assistência Médica à População Dispersa: Experiência da Venezuela (*Resumo*)

Censos relativamente recentes indicam que, em 11 países de 18 países estudados na América Latina, a população, na proporção de mais de 50%, vive em zonas rurais, podendo grande parte dela ser considerada como população rural dispersa, que reside em pequenos povoados isolados. O problema da assistência médica a essa população é esmagador, não somente porque ela se encontra em contínuo aumento, mas também porque os profissionais médicos se acham irregularmente distribuídos.

Na Venezuela, país em que, em 1965, 46.6% dos médicos exerciam a profissão em Caracas, cidade que representa 14.6% da população total, tem despertado grande preocupação a sorte da população rural dispersa. O II Congresso Venezuelano de Saúde Pública (1961), a Sociedade Venezuelano de Saúde Pública (1962) e a Federação Médica Venezuelana (1961 e 1962) têm estudado a magnitude do problema (calcula-se que, dos 3.5 milhões de habitantes de municípios afetados, apenas um terço tinha acesso a serviços médicos genuínos) e têm vindo tentando implantar algumas formas de assistência que se ajuste às condições do meio em que reside essa população.

Para alcançar tal objetivo, foi sugerido um programa de "penetração sanitária," o qual fixava a reorientação das atividades dos dispensários rurais existentes no país de modo que, no âmbito dos serviços locais de saúde, se

convertessem numa vanguarda do médico rural e estivessem em condições de proporcionar certos serviços médicos mínimos e bem definidos, tanto curativos como preventivos. Esse programa foi denominado de "medicina simplificada," indicando-se que deveria êle integrar-se na organização sanitária venezuelana e ajustar-se às normas da mesma (unidade de direção, regionalização, distritalização, integração de atividades, supervisão constante, avaliação periódica e preparação adequada do pessoal). A Federação Médica Venezuelana deu acolhida favorável ao projeto e, em fins de 1966, o programa estava sendo aplicado em sete zonas.

Como parte do programa, haviam sido preparados, até fins de 1966, 269 auxiliares, das quais 196 estavam exercendo suas funções. As atividades que haviam levado a efeito os dispensários abrangiam o registro de nascimentos, a prestação de serviços curativos ("pronto socorro"), vacinação de vários tipos, visitas domiciliares, palestras educativas e coleta de amostras.

O programa já está técnica e administrativamente consolidado nas zonas em que está sendo executado; conta como interesse dos funcionários participantes, de tôdas as categorias, e com a colaboração de pessoal voluntário; e tomou um rumo definitivo para o objetivo que se pretende alcançar por meio dêle.

### Soins médicaux de la population disséminée: l'expérience du Venezuela (*Résumé*)

Des recensements relativement récents indiquent que dans 11 pays de 18 Etats de l'Amérique latine, plus de 50% de la population vit dans les régions rurales, dont la majeure

partie peut être considérée comme population rurale disséminée qui habite dans des petits hameaux isolés. Assurer des soins médicaux à cette population est une tâche écrasante, non

seulement en raison de son augmentation constante mais également du fait que les médecins sont répartis d'une façon irrégulière.

Au Venezuela, où en 1965 46.6% des médecins exerçaient à Caracas qui représente 14.6% de la population totale, le sort de la population rurale est un sujet de vive préoccupation. Le IIe Congrès vénézuélien de la santé publique (1961), la Société vénézuélienne de santé publique (1962) et la Fédération médicale du Venezuela (1961) et 1962) ont étudié l'étendue du problème (on a calculé que sur les 3.5 millions d'habitants des municipalités en cause, un tiers seulement a accès à de véritables services médicaux et ont décidé d'introduire un système de soins qui puisse être adapté aux conditions du milieu où habite cette population.

Pour atteindre ce but, on a proposé de lancer un programme de "pénétration sanitaire" qui vise à réorienter les activités des dispensaires ruraux existant dans le pays de sorte que, dans le cadre des services de santé locaux, ils puissent se transformer en une avant-garde du médecin rural et soient en mesure d'offrir certains services médicaux minimums et bien définis, tant curatifs que préventifs. Ce programme a été désigné sous le nom de "médecine simpli-

fiée" en précisant qu'il devra s'intégrer à l'organisation sanitaire vénézuélienne et s'adapter aux normes de celle-ci (unité de direction, régionalisation, répartition en districts, intégration des activités, surveillance constante, évaluation périodique et formation appropriée du personnel). La Fédération médicale du Venezuela a accueilli favorablement le projet et, vers la fin de 1966, le programme a été mis en oeuvre dans sept zones.

En tant que partie du programme, 269 auxiliaires ont reçu une formation jusqu'à la fin de 1966, dont 196 étaient en train d'exercer leurs fonctions. Parmi les activités exercées par les dispensaires, il convient de mentionner les suivantes: enregistrement des naissances, fourniture de services curatifs ("premiers auxiliaires"), vaccinations de diverse nature, visites à domicile, causeries éducatives et prélèvement d'échantillons.

Le programme qui est déjà bien établi du point de vue technique et administratif dans les zones où il a été mis à exécution, compte sur l'intérêt des fonctionnaires de tous les niveaux qui y participent et sur la collaboration du personnel bénévole; il a déjà réalisé des progrès tangibles vers l'objectif qu'il se propose d'atteindre.

#### NOTAS EPIDEMIOLÓGICAS

*Viruela en la Argentina, el Brasil y el Reino Unido.* Durante el mes de octubre de 1967 se notificaron cuatro casos de viruela en la República Argentina. Uno ocurrió en la ciudad de Santa Fe en un hombre de 32 años de edad, y tres en niños de 2, 4 y 7 años de edad residentes de la localidad de Escobar, situada a unos 340 km al norte de Santa Fe. Después de examinar a la población, sin hallar ningún otro caso, se procedió a la vacunación. Al parecer, no existe relación alguna entre el caso de Santa Fe y los de Escobar.

En el Municipio de União dos Palmares, Estado de Alagoas, Brasil, se habían notificado 35 casos de viruela entre el mes de julio y el 4 de noviembre de 1967. Para controlar el brote fue menester vacunar a un total de 6,704 habitantes entre el 8 de agosto y el 20 de octubre. Asimismo, en el Municipio de Assaré, Estado de Ceará, se notificaron 17 casos, entre el 22 de septiembre y el 22 de octubre, en individuos que nunca habían sido vacunados.

En el distrito de Wandsworth, Londres, Inglaterra, se diagnosticó un caso de viruela en una niña pakistana de tres años de edad. Al poco tiempo, la madre presentó tres lesiones pequeñas en la cara que mediante métodos de laboratorio fueron comprobadas como viruela. Los contactos primarios y secundarios conocidos del distrito fueron vacunados y puestos bajo vigilancia. (*Informe Epidemiológico Semanal* 39(46):262, 1967.)