

SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACION RURAL Y SUBATENDIDA DE AMERICA LATINA Y DEL CARIBE¹

Los Ministros de Salud de las Américas, en su III Reunión Especial celebrada en Santiago de Chile en 1972, destacaron la necesidad de extender la cobertura² de los servicios de salud a la población que vive en zonas rurales o en áreas marginadas de las ciudades y que no tiene acceso a servicios mínimos de salud. En su Plan Decenal de Salud para las Américas (1971-1980) los Ministros señalaron como meta principal la extensión de la cobertura de los servicios de salud, dando prioridad al control de enfermedades transmisibles, a la salud maternoinfantil, a la malnutrición, al saneamiento del

medio, y dirigir esa extensión al grupo más vulnerable, es decir, la madre y el niño. La Asamblea Mundial de la Salud también ha dado atención preferencial al problema como se refleja en las numerosas resoluciones sobre el tema.³

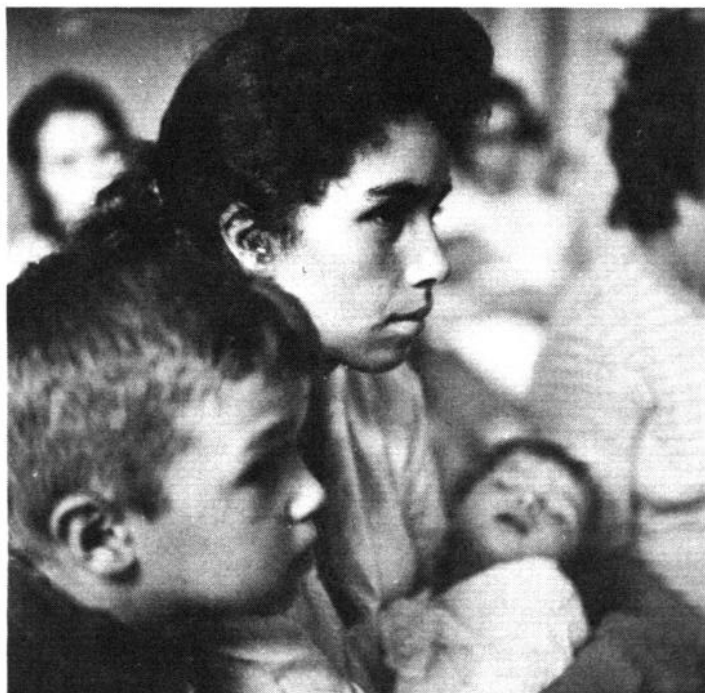
Los Presidentes de los países del Continente, en su reunión de Punta del Este (1967), los Ministros de Salud y los Organismos Internacionales de Crédito y Desarrollo han reconocido también la interrelación entre la economía, la salud y el desarrollo global, así como la importancia que tiene el área rural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

El problema que fundamentalmente ha preocupado a los Ministros de Salud del

¹ Versión condensada del documento de trabajo No. CD23/24 presentado a la XXIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (Washington, D.C., 29 de septiembre-8 de octubre de 1975).

² Cobertura se utiliza en este documento como la expresión real en magnitud y nivel mínimo de complejidad de servicios de salud que reciben todos los habitantes de un país en función de sus necesidades.

³ WHA20.53; WHA20.61; WHA26.35; WHA26.43; WHA27.44 y WHA28.88.



La extensión de la cobertura de los servicios de salud debe dirigir su atención al grupo más vulnerable, es decir, la madre y el niño.

Continente—al cual se han propuesto darle solución en el presente decenio—es contribuir a mejorar la situación general de vida, y de salud en particular, de un 47% de la población de las Américas que no tiene acceso aún a servicios mínimos de salud. Dicha población reside en las áreas rurales y suburbanas, en diferentes grados de desarrollo económico y social, condiciones ecológicas distintas, con altas tasas de morbilidad y mortalidad general y específica.

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

Factores que contribuyen al problema

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

La carencia y las limitaciones de los procesos de desarrollo y mejoramiento de las condiciones de vida en las zonas rurales influyen en el continuo desplazamiento—e incluso parece hacerlo irreversible—de la población rural y de sus problemas hacia áreas urbanas, creando nuevas situaciones críticas en áreas periféricas de las ciudades. En general, se puede decir que en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe la limitación de recursos humanos y materiales, la falta de comunicaciones, la dispersión de la población rural, la escasez de facilidades educativas y el desempleo interactúan y mantienen a la población rural al margen del desarrollo económico y social.

La población rural seguirá engrosando las filas de los estratos subdesarrollados a menos que se acelere considerablemente el

desarrollo rural, que se lleve a la práctica una planificación efectiva y operante, en la que tenga lugar preeminente la ocupación plena como un objetivo de alta prioridad.

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

Se observa que los programas de desarrollo otorgan una baja prioridad a los programas de salud, a pesar de que se han formulado declaraciones en forma reiterada en el sentido de que el desarrollo social debe tener especial atención.

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

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

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

Los servicios de salud tal como están concebidos hoy, sin tomar en cuenta las formas de vida, necesidades y aspiraciones de la población rural y marginada de la mayoría

de los países de América Latina y el Caribe, tienden a establecer una barrera cultural entre las necesidades de salud y su solución. Ello indica que, para que los servicios de salud sean efectivos, es necesario estrechar la brecha existente entre estos y la población en todo el proceso de organización de los servicios de salud. Esto requiere la participación activa de la comunidad, tanto en la identificación de sus necesidades como en la búsqueda y ejecución de soluciones, con la debida orientación y apoyo de los trabajadores de salud.

Entre los factores que han contribuido a una falta de coordinación intrasectorial e intersectorial y han condicionado el tratamiento unilateral y parcial de los problemas de salud, se encuentran la multiplicidad de instituciones tanto públicas como autónomas o semiautónomas y privadas, que tienen un elevado costo de instalación y operación y que actúan fundamentalmente en el medio urbano, como asimismo la falta de políticas de salud integradas, orientadas hacia las necesidades de las comunidades.

Debido a la escasa cobertura de los servicios de salud, las poblaciones rurales solo recibían atención mediante campañas de carácter vertical encaminadas a controlar o erradicar algunas de las enfermedades transmisibles más importantes. Estos programas demostraron la posibilidad de reducir considerablemente las causas específicas de mortalidad y morbilidad y la posibilidad de obtener la participación de las comunidades; obviamente, el enfoque unilateral y la persistencia de las condiciones socioeconómicas y ecológicas desfavorables, no permitían que dichos programas pudieran resolver todos los problemas de salud en forma definitiva. Por otra parte, la falta de extensión y desarrollo de los servicios de salud a nivel local dificultó y puso en peligro la consolidación de los resultados exitosos que esos programas hayan podido lograr.

Recursos humanos. La formación de los recursos humanos, por lo general, tiende a perpetuar el enfoque de brindar atención

institucional frente a la demanda individual por enfermedad. Aunque se han incorporado conceptos de prevención y promoción, el enfoque continúa orientado hacia el individuo y no hacia las comunidades. Los profesionales de salud egresados, en la mayoría de los casos, no tienen suficientemente claro el concepto de la comunidad como un todo, o de grupo o grupos de individuos con necesidades comunes de salud que, al ser satisfechas, tendría mayor impacto sobre la salud de toda la comunidad.

A ello se agrega un relativo desconocimiento por parte de las instituciones formadoras de personal sobre las necesidades de las diversas comunidades. Esta situación se agrava por la tendencia a adoptar tecnologías en vez de estimular la creatividad necesaria para adaptarla a las diversas realidades nacionales, dentro y fuera del recinto hospitalario, y en equipo con otras disciplinas.

Varios países han adoptado el "internado rural" o "servicio social" para los profesionales de la salud, que obliga a los recién



La formación de los recursos humanos, verdadero potencial del desarrollo economicosocial de los países, debe estar basada en la creatividad de manera tal que se dé respuesta a las diversas realidades nacionales.

egresados a trabajar durante un tiempo determinado en el medio rural.

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

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

Enfoques y acciones futuras para la extensión de la cobertura

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

La Organización Panamericana de la Salud ha puesto especial énfasis—y los países se han hecho eco de él—en que la

programación de la extensión de la cobertura de los servicios a las áreas rurales forme parte del sistema nacional de servicios de salud, y que se le dé la debida consideración al enfoque integral y multisectorial en la solución de los problemas de la salud.

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

Cada país debe especificar el alcance de una cobertura que garantice satisfacer las necesidades de la mayoría de la población, dentro de su contexto socioeconómico y con base en la magnitud y características del problema.

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

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

No obstante la pluralidad de las comunidades y, por lo tanto, de las soluciones posibles para resolver sus problemas, se dan características comunes que permiten aplicar algunos hechos ya experimentados por países

de las Américas con su debida adaptación. Entre estas características se mencionan las siguientes:

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

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

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

- La preparación de los trabajadores de salud de todo el sistema de servicios y de las instituciones formadoras de personal; dicha preparación debe estar orientada a obtener la participación activa y consciente de los trabajadores en programas de esta naturaleza.

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

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

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

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

Anexo

En 1975, el Comité Ejecutivo, en su 74ª Reunión, dio muestras de su interés acerca del grado de alcance de la cobertura de los servicios de salud. Así, teniendo presente que una de las metas principales del Plan Decenal de Salud para las Américas es "extender la cobertura con servicios mínimos integrales, a todos los habitantes que residen en comunidades accesibles de menos de 2,000 habitantes", y de acuerdo con las recomendaciones formuladas por el Comité Ejecutivo, el Consejo Directivo, en su XXIII Reunión, aprobó la Resolución XXI, expresada en los siguientes términos:

El Consejo Directivo,

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

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

Consciente de la necesidad de lograr las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas.

Resuelve:

1. Solicitar a la Oficina Sanitaria Panamericana que conceda máxima prioridad a la ampliación de los servicios de salud destinados a alcanzar una cobertura total, según las modalidades de vida y necesidades de las comunidades atendidas, estimulando la participación directa de estas en las acciones de salud de la localidad.

2. Encarecer a los Gobiernos que, en sus programas de salud, den a conocer la decisión

de ampliar y mejorar los servicios de salud rurales y utilicen todos los recursos humanos posibles de la comunidad atendida mediante una labor continua de capacitación y adiestramiento de personal profesional, técnico y auxiliar de acuerdo con las necesidades locales.

3. Estimular a los Gobiernos que ya han iniciado programas a que, en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana, compartan

con otros países la información y experiencia sobre los progresos alcanzados o procedimientos alternos seguidos con miras a proponer normas generales de planificación.

4. Pedir a los Gobiernos que promuevan una coordinación eficaz con los demás componentes del desarrollo socioeconómico íntimamente relacionados con el bienestar de la población rural.

INSTALACIONES DE RADIODIAGNOSTICO EN LAS AMERICAS

Un grupo de trabajo de la OPS/OMS llevó a cabo una reunión sobre Planificación de Instalaciones Radiológicas para Centros Primarios de Atención Médica, que tuvo lugar en la sede de la OPS, Washington, D.C., del 17 al 21 de marzo de 1975.^{1, 2}

Según las estimaciones preliminares sobre el número y distribución de instalaciones de radiodiagnóstico en las Américas, en unos veinte países latinoamericanos, con una población total de 180 millones de habitantes, existe como término medio un aparato de radiodiagnóstico por cada 13,000 personas, dentro de un margen de una unidad por cada 4,700 hasta una unidad por cada 350,000.

En el cuadro 1 figuran los datos disponi-

bles. Con todo, el mismo no muestra que, dado que la mayor parte de los aparatos de rayos X se hallan concentrados en unas cuantas ciudades, la mayoría de la población de las zonas marginales no tienen acceso a los mismos. Estos habitantes se ven prácticamente privados de un valioso medio de diagnóstico que, en los países avanzados, constituye la base de casi la mitad de todas las decisiones diagnósticas.

Los documentos de trabajo presentados en la reunión mencionada ofrecen una idea clara de la situación de la radiología en el estado de São Paulo, Brasil; Perú; México, y Argentina.

ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL³

Brasil, cuyo territorio nacional abarca una extensión de más de 8,400,000 km², tiene una población de cerca de 95 millones de habitantes (censo de 1970).

Tiene 3,952 municipios, de los cuales más del 90% cuenta con una población de menos de 50,000 habitantes. Incluso en el densamente poblado estado de São Paulo (250,000 km²), el 90% de la población reside en municipios que tienen menos de 50,000 habitantes.

El estado de São Paulo mantiene cinco categorías en los sistemas de salud pública y asistencia médica, según el tamaño de la población:

Centro de salud pública No. 1 al servicio de una población de 50 a 150,000 habitantes.

Centro de salud pública No. 2 al servicio de una población de 30 a 50,000 habitantes.

Centro de salud pública No. 3 al servicio de una población de 20 a 30,000 habitantes.

Centro de salud pública No. 4 al servicio de una población de 10 a 20,000 habitantes.

Centro de salud pública No. 5 al servicio de una población de menos de 10,000.

En todos los estados de Brasil se han adoptado, en mayor o menor medida, las mismas categorías.

¹ Documento HS/RAD 75/1, de la OSP, "A Primary Care Radiological System".

² Véase reseña "Planificación de instalaciones radiológicas", *Bol Of Sanit Panam* 79(3):251-254, 1975.

³ Informe preparado por el Profesor O. Pacheco Pedroso, Escuela de Salud Pública, São Paulo, Brasil.