

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXVII

EPOCA V

Núms. 109-110

TOMO II
ENERO-ABRIL
1978
MEXICO, D.F.

CIÓN BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO
SEGURIDAD SOCIAL Y DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

ORGANO DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS
DE SEGURIDAD SOCIAL

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

INDICE

	<i>Pág.</i>
DOCUMENTOS	7
INFORMATICA Y SEGURIDAD SOCIAL	9
EL USO DE LA TECNOLOGIA AVANZADA EN LA ADMINISTRACION DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA	
Aportación del Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos de América. Administración de la Seguridad Social . .	9
INFORMATICA Y SEGURIDAD SOCIAL	
Aportación de la Secretaría General de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y del Instituto Nacional de Previsión de España . .	25
LA INFORMATICA EN LA SEGURIDAD SOCIAL. ORIENTACIONES, PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS	
Aportación de la Asociación Internacional de la Seguridad Social . . .	61
PRESTACIONES DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN LAS AREAS RURALES	
Documento preparado por la Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social	83
ANEXO 1	
PRINCIPALES RESOLUCIONES DE LA CONFERENCIA INTERAME- RICANA DE SEGURIDAD SOCIAL SOBRE LA EXTENSION DE LAS PRESTACIONES AL AMBITO RURAL, 1942-1974	123
ANEXO 2	
CARACTERISTICAS SOCIALES, ECONOMICAS Y SANITARIAS DE LAS AREAS RURALES	139
ANEXO 3	
PAISES AMERICANOS. BASES LEGISLATIVAS NACIONALES QUE PROPICIAN LA EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL, PARTICU- LARMENTE EN EL MEDIO RURAL	167
LA SEGURIDAD SOCIAL EN AREAS RURALES DE AMERICA LATINA	
Documento preparado por el Departamento de Seguridad Social. Oficina Internacional del Trabajo	183
LA EXTENSION DE SERVICIOS DE SALUD AL MEDIO RURAL	
Aportación de la Organización Panamericana de la Salud	205
CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL .	231
REUNION DE LA JUNTA DIRECTIVA DEL CENTRO INTERAMERI- CANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL	234
CELEBRACION DEL XV ANIVERSARIO DEL CENTRO INTERAME- RICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL	235

**PRESTACIONES DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL
EN LAS AREAS RURALES**

**LA EXTENSION DE SERVICIOS DE SALUD
AL MEDIO RURAL**

**APORTACION DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD**

Dr. Jorge Castellanos Robayo
División de Servicios de Salud

Introducción

La atención de salud de los grupos de población residente en el medio rural es un problema aún no resuelto en un gran número de los países no solamente de la Región de las Américas, sino del mundo en general.

Es ésta quizá una de las razones fundamentales por la cual existe una abundantísima literatura sobre el tema, la cual refleja en buena parte la preocupación y el interés con que se ha tratado, por diferentes gentes en distintas latitudes, de encontrar soluciones apropiadas. Podría decirse que prácticamente no existe publicación de los últimos treinta o cuarenta años, para establecer algún límite en el tiempo, relacionada con la organización de servicios de salud, que no otorgue atención preferencial a la consideración de las circunstancias especiales de inaccesibilidad e inferioridad de condiciones socioeconómicas dominantes en la población rural, y que no describa o proponga enfoques conceptuales y metodológicos, o formas organizativas, para la prestación de servicios a tales grupos.

La existencia de grandes masas de población residente en el campo, aún no cubierta por los servicios de salud pone, sin embargo, en evidencia las limitaciones con las cuales, en la práctica, tropieza la aplicación de estas propuestas.

En las condiciones descritas, resultaría presuntuoso tratar de introducir o proponer esquemas de organización que aparezcan como ideales, por cuanto prácticamente todas las formas posibles han sido descritas y probadas, con mayor o menor éxito algunas, y otras con apenas precarios resultados. No obstante, del examen de diferentes experiencias, es posible obtener elementos conceptuales, principios operativos, y, en general, enseñanzas, que pueden orientar el diseño de soluciones y facilitar su aplicación sobre bases que ofrezcan una mayor solidez a los esfuerzos de esta naturaleza. Ese es el sentido y la orientación con los cuales se ha preparado esta presentación, en la cual la extensión de servicios de salud al área rural, reconociendo sus peculiaridades, se visualiza como parte integrante de los programas generales de ampliación de la cobertura de atención de salud a toda la población, los cuales son motivo de especial atención en el momento actual en los países de América Latina y el Caribe. El reconocimiento de la salud como uno de los derechos fundamentales del individuo y de las colectividades, ha llevado a los Gobiernos a renovar e incrementar sus esfuerzos para hacer accesibles los servicios de salud a toda la población, pero particularmente a un poco más de un tercio de la misma que en la actualidad carece de ellos.

Dentro de este marco, se revisan en los párrafos siguientes, aspectos descriptivos del problema, elementos conceptuales y enfoques estratégicos, así como bases generales y principios de organización que se considera constituyen puntos de referencia importantes dentro de las tendencias actuales para la prestación de este tipo de servicios.

1. Situación general

1.1 *Magnitud del problema*

Los estudios preparatorios del Plan Decenal de Salud de las Américas, formulado en 1973, mostraron que aproximadamente el 40% de la población de la Región no tenía en ese momento acceso a los servicios de salud. La mayor parte de esa población estaba localizada en áreas rurales o en zonas marginadas de las grandes ciudades.

Las definiciones de los términos "urbano" y "rural" que se utilizan en la región varían mucho y obedecen a distintos criterios, como se señala más adelante. Sin embargo, para efectos de descripción y clasificación generales, el documento citado utiliza el tamaño de las localidades, y considera como población rural aquella que está ubicada en localidades de menos de 2,000 habitantes.

Sobre esta base, en 1970 la población rural era en América Latina de 124.043,000 personas, equivalente aproximadamente a un 44% del total. Para 1980 se espera que esta proporción llegará al 36%, y para finales del siglo se estima que alcanzará sólo a un 24%. Si bien en proporciones, existe una marcada tendencia hacia la localización urbana, alimentada en gran parte por una corriente migratoria masiva del campo a las ciudades, en valores absolutos la población rural se estima que llegará en 1980 a aproximadamente a 137.593,000 personas.

Esta distribución urbano-rural varía, por supuesto, en forma importante según los países. Mientras que en el Uruguay y la Argentina la proporción de población rural era en 1970 de 21.6% y 24.4%, respectivamente; en Haití era del 82.2% y en Bolivia del 65.8%. Entre 1970 y 1975, en algunos países la población rural se mantuvo estacionaria o aun comenzó a disminuir en cifras absolutas. En general en los países más grandes siguió aumentando aproximadamente 1.5% al año, mientras que en los países más pequeños y más pobres, aumentó entre un 2 y un 3%.

1.2 *Características de la población rural*

Los conceptos de ruralidad y población rural varían extraordinariamente según los países. Los elementos utilizados para precisar estos conceptos son de una gran diversidad, muchos de ellos con aplicación específica a situaciones particulares.

Por esta razón no hay consenso en cuanto a definiciones, ni de población rural, ni de áreas rurales propiamente dichas. El término rural se usa como indicativo de lugar de residencia en el "campo", y por extensión, debido a la ocupación primordial de estos grupos de población, relacionada con el trabajo de la tierra, se les denomina genéricamente población campesina. Se establece así, hasta cierto punto, una equivalencia entre rural y campesina, la cual se aplica indistintamente tanto a la población como a las áreas geográficas. Esta asociación no es, sin embargo, definitiva ni utilizable en todos los casos.

Desde el punto de vista práctico, se aceptan en general tres órdenes de criterios básicos de categorización en la población rural: demográficos, que incluyen la noción de localización geográfica; administrativos, y socioeconómicos.

En relación con los primeros, se considera población rural a aquella ubicada en localidades cuyo tamaño límite se define más o menos arbitrariamente y que, por tanto, varía según los países. Canadá, Honduras y Venezuela, por ejemplo, utilizan una cifra de 1,000 habitantes; Colombia y Panamá 1,500; Argentina y Guatemala 2,000 (haciendo excepción de aquellos núcleos de población que oscilan entre 1,500 y 2,000 que tienen servicios de agua), y Estados Unidos y México 2,500 habitantes. Otros países prefieren definir la población urbana como aquella que cuenta con servicios públicos, particularmente: servicios sanitarios y luz eléctrica, y por exclusión consideran al resto como población rural.

Los criterios demográficos toman igualmente en cuenta la densidad de habitantes por kilómetro cuadrado, y el grado de concentración de la población (Chile, por ejemplo, entre 10 y 20 habitantes por kilómetro cuadrado). Con sujeción a este criterio, la población rural puede ser nucleada o dispersa. La consideración de esto último es especialmente importante para la prestación de servicios de salud por las dificultades de accesibilidad que presenta usualmente la población dispersa.

Desde el punto de vista administrativo, en especial en salud pública, se usa con frecuencia el criterio de población potencialmente tributaria, de una unidad de administración denominada de atención rural. Esta determinación es también usualmente de carácter arbitrario, y en muchas ocasiones resulta bastante teórica, aunque se usa con frecuencia para efectos de programación. Estados Unidos, por ejemplo, considera entre 25,000 a 50,000 habitantes, Venezuela hasta 5,000, mientras que otros países establecen límites alrededor de los 10,000 habitantes.

Las definiciones de población rural están en general, más ligadas a los criterios de orden socioeconómico. Cualesquiera que sean las cifras límite de habitantes adoptadas, demográfica o administrativamente, éstas son meramente circunstanciales; en cambio, los criterios socioeconómicos permiten hacer una mejor descripción de las características y condiciones de vida de los grupos humanos ubicados en las áreas rurales.

Los parámetros adoptados dentro de estos criterios se relacionan en general con las situaciones de ocupación e ingreso, condiciones de la vivienda, educación, aislamiento o dificultades de comunicación con los centros urbanos, estructura y dinámica demográficas, y el grado y formas de organización social.

Sin pretender entrar en una revisión detallada de estos parámetros, que a la postre resultaría repetitiva, debe señalarse, sin embargo, que se reconocen como características de la población rural en la mayoría de los países de América Latina las siguientes:

Vivienda de una sola habitación, de madera o adobe, con piso de tierra y carente de agua, con facilidades rudimentarias, o sin ellas, para la eliminación de excreta y de basuras;

Subempleo, ocupación fundamentalmente agrícola y bajos salarios, que escasamente le permiten lograr niveles básicos de subsistencia;

Acceso limitado a la educación, y prácticamente ninguna participación en las ventajas y beneficios que ofrecen la educación y los servicios públicos de energía, transporte y comunicaciones;

Organización social no siempre bien definida, agrupada en núcleos pequeños de pobladores o dispersa;

Como consecuencia de todo lo anterior: "condiciones insatisfactorias de vida, desnutrición, deterioro de la salud, apatía social y por encima de todo

la consiguiente ausencia de voluntad e iniciativa para contribuir a implantar mejoras”.

Las anteriores, que corresponden al estado descrito como “pobreza social”, son obviamente las características del subdesarrollo, las cuales en los países de América Latina y el Caribe no afectan solamente a la población residente en las áreas rurales. Se dan en el mismo grado, y en ocasiones con mayor profundidad, en los grupos humanos marginados de las grandes y pequeñas ciudades, buena parte de los cuales están conformados por emigrados del campo en busca de empleo y mejores condiciones de vida, que sólo una muy pequeña proporción puede alcanzar dadas las condiciones imperantes de desarrollo industrial incipiente y de limitada capacidad de inversión social de esos centros.

En este contexto, la diferenciación frecuentemente utilizada de población urbana y población rural, para efectos de la prestación de servicios de salud, no tiene en términos estrictos mucha más lógica, que la que indica la necesidad de dar atención a tres hechos fundamentales: en las áreas rurales los problemas de agresividad del medio son diferentes, la accesibilidad geográfica es de orden crítico, y en tales áreas, como fenómeno natural, la disponibilidad de recursos humanos, particularmente profesionales, es definitivamente menor.

1.3 *Necesidades de atención de salud de la población rural*

La caracterización de la población rural da en buena parte indicación de cuáles son sus necesidades de atención de salud. Las precarias condiciones de desarrollo social y económico constituyen, como es obvio, el común denominador de tales necesidades. Son suficientemente conocidas, y por tanto no procede elaborar sobre ellas, las condiciones sanitarias insatisfactorias; la carencia o mala calidad del agua; las altas tasas de mortalidad y morbilidad infantil, debidas a enfermedades hídricas, infecciosas y parasitarias; el problema de la desnutrición; las afecciones respiratorias; la prevalencia de malaria, chagas, tuberculosis, anquilostomiasis, gastroenteritis y parasitosis en general. Todas ellas han sido consignadas como prioridades de atención en diversas oportunidades.

La identificación de necesidades de atención de salud es usualmente hecha por el personal técnico, en función de acciones tradicionales de los servicios de salud. La forma en que las comunidades rurales perciben sus necesidades difiere en general de este enfoque, debido a la influencia de la cultura profesional de los integrantes del sistema de servicios, y a las creencias, hábitos, actitudes y valores de la cultura tradicional de la comunidad. La diferencia fundamental surge, sin embargo, del hecho de que para la comunidad rural en sí, existen necesidades más apremiantes que aquellas que se relacionan con la esfera de la salud. La percepción de estas necesidades, evidentemente determinadas por la cultura tradicional, está relacionada con el grado de aislamiento, la falta de comunicaciones, escasez de facilidades educativas, empleo, problemas de saneamiento básico, etc. Son numerosas las evidencias acumuladas a este respecto a través de diversos tipos de encuestas y estudios realizados en los diferentes países. La conclusión práctica es obvia, pero frecuentemente se olvida: la identificación de necesidades debe hacerse con la comunidad, la cual debe participar además en el diseño de las soluciones para satisfacer esas necesidades. Por otra parte, los técnicos de los servicios de salud deben

desarrollar la disposición de ánimo necesaria no sólo para aceptar la escala de prioridades establecida por las comunidades, y reconocer que estos grupos tienen necesidades que deben ser satisfechas antes de que comiencen a ser eficaces los servicios de salud, sino que además deben estar dispuestos a estimular y apoyar acciones tendientes a solucionar esos problemas básicos, que aunque no correspondan estrictamente al área de salud, tienen, sin duda una estrecha relación con ésta.

La necesidad de salud sentida por la comunidad es el estado de enfermedad. Usualmente se expresan estas necesidades en términos de los problemas que deben ser solucionados con urgencia: la atención del parto, los accidentes y las enfermedades más frecuentes. Los habitantes del medio rural, menos aún que los de los conglomerados urbanos, no tienen una percepción clara de las medidas preventivas. Estas son la resultante de una evolución y elaboración culturales que tales grupos en general no han vivido. En el diseño de contenidos de servicios para estas comunidades frecuentemente se pasa por alto esta circunstancia, y se pretende con ligereza implantar esquemas que no responden a las aspiraciones de las comunidades, con la resultante de que éstas no se benefician de las medidas preventivas, ni reciben las asistencias que requieren. Para las comunidades no cuentan las separaciones y categorizaciones didácticas desarrolladas por los iniciados en las ciencias de la salud.

Particular referencia merecen en este sentido los accidentes de trabajo causados tanto por implementos de uso más o menos tradicional, como el "machete", que hace parte de la cultura rural de algunos lugares; como por la introducción cada vez más amplia de maquinaria agrícola en las labores corrientes. En este mismo orden de ideas requieren ser destacados las intoxicaciones y envenenamientos por el extenso uso en la agricultura de insecticidas y plaguicidas, no sólo por el contacto directo, sino por la contaminación de las fuentes de agua y del ambiente en general, resultantes de procedimientos tales como la fumigación aérea.

Estas necesidades de atención de salud, que afectan a los adultos jóvenes y a la población trabajadora en general, frecuentemente se dejan de lado. La falta de medidas para atender apropiadamente estas situaciones tienen no sólo implicaciones de orden individual, sino que repercuten además en la unidad familiar, cuya subsistencia depende del ingreso del jefe del hogar.

Otra necesidad de la población rural que también se pasa usualmente por alto, es la de información con respecto a la salud. El bloqueo real o aparente en la comunicación con estas comunidades, sus actitudes aparentemente negativas y su renuencia a acoger y aceptar, particularmente medidas de orden preventivo, surgen de esta falta de información. La educación para la salud, entendida no como una disciplina individualizada, del dominio de los especialistas respectivos, sino como una actividad que hace parte de las materias de trabajo de todos los funcionarios del sector salud, debe dar una respuesta a esta situación.

Aunque no directamente en el área de necesidades de la comunidad en sí, pero de importancia fundamental para la programación de los servicios a ella destinados, debe finalmente destacarse la necesidad de mejorar los sistemas de información. La baja notificación de enfermedades, lo poco confiable de las estadísticas vitales y de salud de estos grupos, la alta proporción de fallecimientos en los cuales no se produce certificación, etc., hacen que el conocimiento de los problemas de salud del área rural no sea exacto. A esto se agrega la necesidad de desarrollar nuevos indicadores,

que permitan apreciar el impacto real de los servicios, y la utilización de éstos por las comunidades en razón de los problemas que las afectan. Estos indicadores constituirán expresiones más reales de la cobertura de los servicios.

2. Elementos conceptuales

2.1 *El concepto actual de cobertura*

La extensión de los servicios de salud al medio rural constituye en los países de la región uno de los esfuerzos prioritarios para lograr el objetivo de ampliar la cobertura de atención de salud a toda la población, adoptado en 1973 en la III Reunión Especial de Ministros de Salud, como una meta continental para el presente decenio. Las acciones tendientes a lograr este objetivo han generado una corriente de cambios conceptuales importantes que deben conducir al desarrollo de nuevos enfoques para la resolución de los problemas de salud. Los nuevos elementos conceptuales desarrollados constituyen un punto de referencia importante para la organización de servicios en el medio rural y, por consiguiente, requieren ser examinados con algún detenimiento.

La aceptación de que la salud no depende exclusivamente de la acción de los servicios, por una parte, y el reconocimiento de las relaciones entre salud, desarrollo social y económico, condiciones de vida y bienestar social, por la otra, implican necesariamente nuevas y más amplias dimensiones para la acción de los servicios, y por consiguiente para el concepto de cobertura de atención de salud.

Se acepta hoy, en general, que "la cobertura es el resultado de una oferta eficaz y sistematizada de servicios básicos de salud, que satisfagan las necesidades de toda la población, se proporcione en lugares accesibles y de manera aceptable por la misma y garantice el acceso a los diferentes niveles de atención del sistema de servicios".

Esta forma de interpretar la cobertura de atención de salud implica, en primer término, que *población cubierta* es sólo aquella que recibe atención oportuna y suficiente para satisfacer sus necesidades de salud, dentro de las posibilidades que ofrece la utilización óptima de los recursos disponibles. En segundo lugar, tal conceptualización destaca una relación dinámica en la que intervienen, por una parte, las necesidades y aspiraciones de la población, que para efectos del sistema de servicios se comporta como la demanda y, por la otra, los recursos disponibles y sus combinaciones tecnológicas y organizativas, que configuran la oferta destinada a satisfacerla.

Como consecuencia de esta conceptualización la expresión final de la relación dinámica entre necesidades de la población y oferta de servicios, que constituye en última instancia la expresión de la cobertura, estará dada por la utilización que la población hace de los servicios.

La noción de cobertura universal hecha explícita en la definición anterior, supone que los esfuerzos para lograr el pleno ejercicio del derecho a la salud, deben realizarse en todo el ámbito nacional, basándose en una política única de salud, que oriente la formulación de programas acordes con las características y recursos de cada país, y en los que participen las diferentes instituciones que conforman el sector salud respectivo.

2.2 *Los sistemas de atención de salud*

La atención de salud, en especial los servicios dirigidos a las personas, ha sido tradicionalmente entendida como la responsabilidad y el área de competencia únicamente de los servicios de salud y del personal vinculado a ellos, particularmente los grupos profesionales, y dentro de éstos los del médico con mayor especificidad. La utilización de otro personal, menos calificado, se ha hecho sobre la base de delegación de funciones, y manteniendo la responsabilidad última de las decisiones respecto al diagnóstico y el tratamiento como una prerrogativa del médico, "celosamente guardada". Cualquier actividad desarrollada fuera de este esquema se consideró en general indeseable, y en muchas ocasiones aun ilegal, hasta hace relativamente poco tiempo. Las dificultades inherentes a la producción del número necesario de médicos para atender las demandas de una población progresivamente creciente, los altos costos y el largo período de tiempo requeridos para el entrenamiento de éstos, y por sobre todo el convencimiento, que ha ido ganando terreno rápidamente, durante los últimos tiempos, de que no es realmente necesario tratar de solucionar mediante la actividad médica todos los problemas de salud, muchos de los cuales no requieren efectivamente personal de tan altas calificaciones y preparación, han generado un movimiento de características mundiales, que envuelve tanto a países desarrollados como en desarrollo, tendiente a reconocer como un elemento importante de la atención de salud, las acciones que la propia comunidad lleva a cabo para satisfacer sus necesidades en este campo.

Como resultado de este movimiento se tiende hoy a aceptar, cada vez con mayor claridad, la presencia de *dos sistemas de atención de salud: el tradicional comunitario y el institucional.*

El primero estaría constituido por las actividades desarrolladas por la propia comunidad, ya sea a través de la automedicación y el autocuidado, o recurriendo a algún otro miembro de la comunidad, a quien se reconocen facultades o atributos especiales para otorgar tal atención. El segundo, compuesto por el personal, las instituciones y establecimientos del sector salud, tanto públicos como privados.

En términos generales, se acepta que en la mayoría de las situaciones coexisten estos dos sistemas, y las comunidades hacen mayor o menor uso de ellos, dependiendo de las condiciones socioculturales y el nivel de educación de la población, y en gran medida de las características del sistema institucional. En otras, sin embargo, el sistema tradicional comunitario es el único a disposición de la población, o el que más se adapta a sus necesidades y aspiraciones, patrones culturales, etc.

En concepto de un grupo de estudio recientemente convocado por la OPS, muy poco se conoce de las características como sistema del tradicional comunitario, excepto que está firmemente arraigado en la cultura local, y cuenta por tanto con apoyo y aceptación; que en general afronta los problemas con limitaciones; que sus acciones se orientan fundamentalmente a las atención de la enfermedad y el parto, y que sus agentes responden a diversos nombres (comadronas, curanderos, brujos, rezadores, chamanes, hueseros, sobadores, etc.), dependiendo del tipo de arte curativo que llevan a cabo.

Independientemente de los resultados de investigaciones en curso para conocer mejor el sistema tradicional comunitario y precisar su rol, organización, funcionamiento y verdaderas posibilidades; y, entre tanto se aclara la polémica que despiertan estos enfoques, es indudable que desde un

punto de vista práctico, el reconocer como hecho incontrovertible, que estas actividades han existido y continuarán existiendo, y que pueden ser utilizadas como punto inicial de la atención de salud que dispensa el sistema institucional, es de especial importancia en la extensión de servicios al medio rural. Esta extensión por lo demás no debe ser entendida solamente como una corriente centrífuga, mediante la cual se lleva a las zonas desprotegidas el beneficio de la creación de nuevas unidades y programas, y la construcción de nuevos establecimientos, todos del viejo tipo. Estas soluciones han demostrado ser inalcanzables y en muchas ocasiones inapropiadas, y están por encima de la disponibilidad real de recursos.

Sobre estas bases, se reconoce la necesidad de reorientación de las políticas y programas de salud a este respecto, y la conveniencia de desarrollar mecanismos de articulación y de interconexión entre los miembros de las comunidades rurales que llevan a cabo acciones de atención de salud, y el personal y las unidades operativas del sistema institucional, así como la importancia de lograr la colaboración de esos agentes tradicionales de salud de las comunidades como propulsores de una mayor participación de ésta en los programas institucionalizados de atención de salud. Numerosos países que han adoptado estas líneas de acción, señalan resultados positivos de importancia.

2.3 El concepto de niveles de atención

En cualquier sistema institucional de salud deben estar disponibles para el individuo y la comunidad, muchos tipos o modalidades de atención que cubren un rango amplísimo de intensidad y de complejidad. La agrupación de estos diversos tipos de atención bajo ciertos criterios ha dado lugar a la conformación de los denominados “niveles de atención”. La noción de niveles aplicada a la organización de un sistema o servicio, cualquiera que sea su naturaleza, hace referencia a una forma estratificada de agrupar y utilizar recursos para dar satisfacción a una necesidad determinada. Como tal, esta noción y las formas de organización que de ella se derivan, que no son privativas del sector salud, están orientadas a obtener máxima eficiencia en la entrega del servicio correspondiente.

En el área de la salud, el propósito básico de utilización de este enfoque es además favorecer el establecimiento de un balance o equilibrio en la cantidad, variedad y calidad de atención disponible a la población, mediante un proceso de combinación de recursos orientado a compartir facilidades y habilidades limitadas. Estas últimas, particularmente en términos de personal y tecnología disponibles.

Las expresiones “niveles de atención médica”, “niveles de atención de salud” o simplemente “niveles de atención” se encuentran utilizadas en los documentos de salud con diversas connotaciones, y este uso más o menos libre de la expresión ha llevado a confusiones de su verdadero significado, las cuales limitan el potencial real de utilización del concepto.

La aplicación del concepto de niveles en la organización de los servicios de salud implica en realidad el reconocimiento de dos elementos claramente diferenciables: por una parte, las características de la condición o situación de salud que requiere atención, y por la otra, la menor o mayor complejidad del contenido tecnológico de la respuesta que se requiere estructurar para satisfacer esa necesidad de atención.

Esta diferenciación se basa en dos hechos fundamentales:

Primero, en el individuo y en las comunidades, hay situaciones o condiciones de salud de ocurrencia más frecuente que otras. Las primeras son en general de naturaleza más simple.

Segundo, hay una relación natural entre la mayor o menor simplicidad de las situaciones de salud y la complejidad, mayor o menor, de la respuesta necesaria para atenderlas.

Estos elementos de diferente frecuencia y distinta complejidad de las situaciones de salud, son los que permiten lograr diversas combinaciones de recursos para conformar los niveles de atención.

En la utilización del concepto de niveles para la organización de servicios de salud, interesa distinguir primordialmente tres aspectos:

- a) La conformación de la escala de niveles y la determinación de su contenido respectivo.

La jerarquización de problemas de salud y de funciones de servicio, base de la definición de niveles, conduce al desarrollo de una escala en la cual la combinación de menor complejidad denominada *primer nivel de atención* agrupa las acciones más elementales del sistema. Las demás combinaciones corresponden, a acciones progresivamente más complejas, a medida que se asciende en la escala. A estas otras combinaciones se denomina usualmente niveles secundario, terciario, etc. Aunque la escala puede ser muy variable, el modelo de tres niveles es quizá el más frecuentemente utilizado.

- b) La definición de los lugares o sitios principales de atención (establecimientos de salud) y su distribución geográfica.

Los sitios o lugares de prestación de los servicios se identifican usualmente con los establecimientos de salud (puesto, centros de salud, hospitales), pero también son los domicilios de los miembros de la comunidad, sus lugares de trabajo, etc. Esto es particularmente válido para el primer nivel de atención. La naturaleza de las funciones de servicio de los otros niveles exige en general instalaciones y equipos que requieren un establecimiento apropiado. Las instalaciones necesarias para las acciones que conforman usualmente el nivel primario son muy simples, o prácticamente inexistentes. En base a lo anterior, importa destacar que los establecimientos no son sinónimo de niveles. En un establecimiento dado pueden coexistir varios niveles. De hecho así ocurre en los establecimientos más complejos.

- c) El diseño y desarrollo de interrelaciones de los niveles, para garantizar continuidad en la atención. La formulación correspondiente de normas técnicas de servicio y el desarrollo de las formas o modalidades de administración, constituyen componentes importantes de los subsistemas de referencia e información.

El desarrollo de estos últimos elementos que atañen a la organización propiamente dicha, del sistema general de prestación de servicios, y la necesidad de relacionar los niveles con núcleos de población definida para hacerlos operativos, da lugar a la *Regionalización funcional de servicios*.

Los criterios que se utilizan en el diseño de la organización regional son muy variados, pero básicamente ésta comprende elementos

o unidades de organización local, intermedia y regional propiamente dicha. A estos estratos administrativos se les denomina con frecuencia niveles, local, distrital o provincial y regional, creándose así la confusión con los niveles de atención. A fin de obviar ésta, en el curso de esta presentación, y quizá como una sugerencia de aplicación más amplia, la denominación: niveles de atención, se reserva para significar combinaciones tecnológicas del servicio, y la de organización local, intermedia y regional, se utiliza para denotar los elementos o unidades organizativos de la regionalización.

Dada su naturaleza, los contenidos de los niveles de atención, como es obvio, varían según sean los problemas y la disponibilidad de recursos existentes para conformar la respuesta necesaria de atención. El contenido de los niveles es por consiguiente diferente según los países, y aun puede serlo según las regiones de un mismo país.

*En la extensión de servicios al medio rural, el desarrollo del primer nivel de atención es primordial, ya que éste constituye el "plano tecnológico" de contacto directo con la comunidad, y la "oportunidad" en la cual la mayoría de las situaciones o problemas de salud pueden y deben ser resueltos, y los demás apropiadamente canalizados hacia los otros niveles de mayor complejidad del sistema. Este último aspecto es fundamental, por cuanto los miembros de la población rural también se ven afectados por situaciones o problemas de naturaleza compleja, los cuales en el primer nivel sólo pueden ser detectados, pero no atendidos a plenitud. Esto es lo que hace indispensable que se aseguren las posibilidades de *continuidad* de atención para hacer efectiva realmente la ampliación de cobertura.*

Como conclusión de orden práctico debe señalarse entonces que la extensión de servicios a la población del medio rural, implica no sólo el desarrollo apropiado del primer nivel, sino también los ajustes necesarios en los otros niveles, ya sea de ampliación de la capacidad de atención o de adecuación tecnológica para satisfacer la demanda que se genera en el primer nivel. Esto exige el desarrollo de una organización eficiente y la coordinación apropiada de los recursos. Las dos encuentran expresión en la regionalización de servicios, sobre cuyos elementos técnico-administrativos, por ser ampliamente conocidos, no procede mayor elaboración.

2.4 *La accesibilidad a los servicios*

La conceptualización de la oferta de servicios contenida en la definición de cobertura que se ha presentado, destaca el principio de accesibilidad de los servicios para el usuario, como una condición esencial para lograr la cobertura universal.

En general, se reconocen tres elementos fundamentales para garantizar el principio de accesibilidad:

- a) La existencia de una oferta continua y sistemática de servicios proporcionados por un conjunto de recursos, combinados y ubicados geográfica, económica, cultural y funcionalmente al alcance de las comunidades, de modo que se satisfagan sus necesidades de salud.

- b) La adecuación de la cantidad y composición de las prestaciones, de acuerdo con el volumen y estructura de la población y de los problemas o necesidades de salud que la afectan.
- c) La aceptación, por parte de la comunidad, del tipo de servicios que se le ofrece, la cual se expresa en la utilización que ésta hace de los servicios.

Sobre esta base la conformación de una oferta apropiada de servicios va más allá de la simple existencia o disponibilidad de una unidad o establecimiento para otorgarlos. Esta, por sí sola no constituye una garantía de accesibilidad. Para alcanzarla no sólo es indispensable lograr una apropiada distribución geográfica de los servicios, expresada en términos de distancia, tiempo y medios de transporte, más que de áreas teóricas de jurisdicción convencional, sino que además se requiere la abolición de barreras derivadas del sistema de pago o contribuciones exigidos al usuario en el momento de la prestación del servicio, y la ausencia de conflictos entre las normas técnicas y administrativas de los servicios, y los hábitos, patrones culturales y costumbres de las comunidades a las cuales éstos se proporcionan. Los servicios deben ser además: oportunos, prestados en forma permanente, no ocasional, y de funcionamiento adecuado a las posibilidades de las comunidades, e incorporar mecanismos de referencia que aseguren la continuidad del acceso a todos los niveles de atención requeridos.

Lograr acceso económico real para la población rural, usualmente de bajos ingresos, significa asegurar una base de financiación sólida para el programa correspondiente, la cual, dada la naturaleza de los servicios a ser otorgados, no puede estar centrada en las contribuciones directas de la comunidad en el momento en que se presta el servicio. Por otra parte algunos servicios no deberán ser motivo de tales contribuciones, particularmente los preventivos y promocionales.

Los aspectos conceptuales planteados en los párrafos anteriores son aplicables en la organización de servicios para la población en general, *independientemente de cuál sea su condición de urbana o rural*, ya que los servicios diseñados para ésta, si bien tienen ciertas peculiaridades, deberán formar parte del sistema general de atención de salud del país.

3. Organización de los servicios de salud en el medio rural

Organizar en general es lograr que los recursos apropiados para producir un efecto deseado sean los indicados, se encuentren en el lugar requerido, en tiempo oportuno, para producir tal efecto en la forma más eficiente posible.

Los países de América Latina han desarrollado diversas y variadas formas de organización de los servicios de salud para la población residente en el medio rural. El mayor o menor éxito de cualquiera de éstas parecería estar ligado a la incorporación y observación de una serie de requisitos básicos surgidos, tanto de los conceptos que sustenta la prestación general de servicios de salud, y de la experiencia acumulada por los propios países, a este respecto, como de los ajustes y modificaciones que frecuentemente ha sido necesario introducir en los planteamientos de organización originales, para dar cabida a la evolución de los conceptos y políticas de atención.

En este sentido, se considera útil destacar aquí, aquellos aspectos que podrían considerarse como básicos en este tipo de programas. Para un mejor ordenamiento en su discusión, se presentan agrupados en aspectos estructurales, enfoques estratégicos y medios utilizados para la prestación de los servicios. La revisión que de ellos se hace no pretende en forma alguna ser exhaustiva. La secuencia de prestación, por otra parte, no implica orden de importancia.

3.1 *Aspectos estructurales*

Cuatro aspectos se tratan aquí fundamentalmente, relacionados con: la ubicación administrativa de los programas de atención a la población rural, su organización local, su contenido y su financiamiento.

3.1.1 *Unidades centrales de atención de salud rural*

Se ha señalado previamente que la prestación de servicios de salud a la población ubicada en el medio rural debe formar parte de la organización general de atención de salud y no ser acometida como una actividad aislada del conjunto de acciones desarrolladas para atender al resto de la población.

El reconocimiento de que la organización de los servicios para el medio rural tiene ciertos requerimientos específicos derivados de las circunstancias previamente destacadas, y la importancia de otorgar prioridad a estos desarrollos, fruto de la aceptación de que ésta es un área problema de gran significación, han llevado frecuentemente a la creación en los Ministerios de Salud y otros organismos, de unidades administrativas centrales de salud rural (departamentos, secciones, etc.), dependientes usualmente de las direcciones generales. Estas unidades tienen a su cargo la organización y administración directa de los llamados "servicios rurales", o "programas de atención rural". Se conforman así programas de naturaleza vertical, separados de la organización para el resto de la prestación de servicios, con elementos operativos y una dinámica propios, que rápidamente los aísla dentro del conjunto. Esta segregación debe ser evitada. No es admisible, ni mucho menos práctico, el desarrollo de dos filosofías de prestación de servicios dentro de un mismo sistema, particularmente si esto conduce, como casi indefectiblemente ocurre, a la categorización de servicios de segundo orden para el medio rural.

Si bien en ocasiones la creación de una unidad específica puede resultar útil, y aun necesaria para favorecer el desarrollo de los servicios del área rural, esa unidad no deberá comprometerse permanentemente en la organización directa de tales servicios. Es entendible que en las etapas iniciales de un programa de esta naturaleza, se requiera un estímulo y aun una acción directa, pero una vez puesto en marcha el programa, el objetivo de la unidad de salud rural (o cualquiera sea su nombre) debe ser, incorporar rápidamente sus actividades al funcionamiento regular del sistema de servicios. El riesgo de caer en el mismo error de los antiguos servicios preventivos como acción independiente, con todas las implicaciones de desintegración del sistema de atención de salud, debe ser a toda costa evitado. Las consecuencias de este tipo de enfoques han traído en

términos de soluciones parciales, duplicaciones, altos costos (por la existencia de dos administraciones), y especialmente de imagen distorsionada de la atención de salud transmitida a las propias comunidades, constituyen una enseñanza que no puede ni debe desecharse.

La función de las unidades de atención rural de los ministerios, u otros organismos, si es que persisten después de poner en marcha el proceso, deberá ser normativa y orientadora, y de asesoría técnica para la adecuación de normas, a las circunstancias y recursos locales, pero nunca de organización y administración directa de tales servicios. Esta función corresponde inequívocamente a las unidades operativas de la organización local.

3.1.2 *Organización local. Red de servicios básicos*

La atención de salud de la población del medio rural debe estar sustentada en el desarrollo de una organización local apropiada. Esta es el primer estrato administrativo de la regionalización de servicios, a que antes se ha hecho referencia. Esta organización local deberá dar lugar a la conformación de una verdadera red de servicios o unidades básicas, con una administración dotada de los elementos operativos necesarios para llevar a cabo las acciones de salud para un grupo de población definido, localizado en un área geográfica determinada.

Las unidades operativas que conforman esta red, varían en tipo y denominaciones según los países. El propósito deberá ser asegurar en esta forma *autosuficiencia dentro de la red para otorgar la gama completa de los servicios que en la determinación de los niveles de atención correspondientes constituyan el nivel primario*. En este sentido es importante la distinción que se establece entre establecimientos y niveles de atención. La presencia o no de determinados tipos de unidades en la red de servicios (particularmente los hospitales) estará determinada por la mayor o menor complejidad de los servicios, según sea la disponibilidad de recursos de los países. En general incluye puestos y centros de salud, dispensarios, etc., llegando en ocasiones a incluir aun hospitales de baja complejidad.

Los elementos sustantivos de la conformación de la red no son, sin embargo, los establecimientos en sí, sino el desarrollo de la organización y administración locales en forma tal que se garantice el apoyo necesario para la prestación oportuna y eficiente del servicio, el establecimiento de un sistema de referencia eficiente, y el desarrollo de mecanismos de supervisión apropiados.

Desde el punto de vista de la administración, el lograr estas condiciones implica en la gran mayoría de los casos una descentralización apropiada de la toma de decisiones, requisito sin el cual se hace extraordinariamente difícil lograr la agilidad administrativa requerida en el manejo de los recursos, para un eficiente funcionamiento de las unidades operativas. En este sentido deberán merecer particular atención los sistemas y procedimientos de suministros, el manejo de los recursos financieros y la administración del personal.

Un diseño administrativo apropiado para la organización local exige el establecimiento de una interconexión efectiva con las organizaciones intermedia y regional. El conjunto de estas medidas constituye *el sistema de referencia*. En éste es esencial lograr formas de organización que permi-

tan, no sólo la movilización de los miembros de la comunidad que requieren tipos de atención que se encuentran fuera de la red, sino también los mecanismos necesarios para el manejo en una doble vía de la información, al igual que el diseño e implementación de las medidas administrativas y técnicas necesarias para canalizar el apoyo necesario de una u otra de estas dos áreas, o en ambas, según lo requieran las circunstancias particulares de cada situación.

3.1.3 *Desarrollo del primer nivel de atención*

La extensión de servicios de salud a la población del medio rural consiste fundamental, aunque no exclusivamente, en el desarrollo del primer nivel de atención del sistema institucional de servicios. La diversidad de las situaciones o eventos que requieren atención y especialmente su variabilidad, según sean las características socioeconómicas y de salud de los grupos de población rural para los cuales se desarrollan tales servicios, señalan claramente la necesidad de lograr en el diseño básico una gran elasticidad, que dé cabida a los ajustes indispensables para responder apropiadamente a los diferentes tipos de necesidades de las comunidades respectivas. No existe, en consecuencia, un contenido único para el primer nivel de atención. Tal contenido requiere ser definido para cada comunidad en particular, aunque es obvio que es posible identificar algunos elementos comunes a todas ellas.

El primer nivel de atención debe constituir el primer contacto del individuo o la comunidad con el conjunto de los servicios que conforman el sistema de atención de salud, y a través de las acciones desarrolladas en este nivel se debe lograr la solución de la mayor parte de las situaciones que requieren atención. Aunque resulta difícil hacer generalizaciones, cabe señalar que a este respecto se citan proporciones de problemas a ser resueltos que oscilan entre un 70% y un 90% de la totalidad de las situaciones que requieren atención de salud en el área rural.

Si bien es difícil generalizar contenidos, desde un punto de vista operativo, cabría tratar de resumir los atributos requeridos para el primer nivel, en la forma siguiente:

- Debe constituir la puerta de entrada natural al sistema institucional de servicios.
- Requiere ser diseñado para núcleos pequeños de población.
- Sus enfoques deben ser simples por naturaleza, y por consiguiente deberá ser concebido para prestar servicios básicos integrados en afecciones o situaciones sencillas y comunes.
- Debe actuar como elemento de tamiz o filtro del sistema, e incorporar por consiguiente, elementos que permitan discriminar problemas que requieren referencia a otros niveles.
- Debe asumir la responsabilidad de coordinar el acceso del individuo y la comunidad al rango completo de servicios que ofrece el sistema.
- Debe contemplar medios y acciones tendientes a remover las barreras de orden cultural, económico y social que puedan limitar el acceso al servicio.
- Debe desarrollar actividades de coordinación intersectorial, e incorporar por tanto acciones de desarrollo integral.

— Debe incorporar acciones tendientes a estimular la organización de las comunidades y su participación en la atención de salud.

Estos dos últimos elementos o atributos destacan aspectos estratégicos importantes en la extensión de servicios al medio rural, a los cuales se hace referencia más adelante.

3.1.4 *Financiamiento*

Es proverbial la escasa disponibilidad de recursos con que en general cuenta el sector salud, lo cual limita la posibilidad de ampliación de sus programas. En contraste, la extensión de los servicios de salud a las áreas rurales exige el lograr una base sólida de financiamiento, tanto para la inversión inicial necesaria para la creación de nuevas unidades y el adiestramiento del personal adicional requerido, como para absorber los costos de funcionamiento.

Durante los últimos años, las agencias de crédito internacional han orientado su política crediticia hacia el fortalecimiento de los sectores sociales, lo cual ha significado el que en un buen número de los países de América Latina el sector salud se haya visto favorecido con la posibilidad de disponer de fondos adicionales para inversión. Sobre esta base se han iniciado planes de extensión de los servicios, que habrán de permitir el desarrollo en las áreas rurales de nuevas unidades y programas de servicio.

La gran incógnita, sin embargo, son los costos de funcionamiento. Es indudable que los países se verán precisados a revisar sus políticas de financiamiento, para hacer realmente accesibles los servicios. Las alternativas abiertas en este sentido no son, sin embargo, muy amplias. Si se afronta el problema en forma realista, es preciso reconocer que el bajo ingreso de los habitantes de las zonas rurales cancela la posibilidad de una participación financiera directa de las comunidades. En estas condiciones será preciso recurrir a los esquemas de financiamiento colectivo, ya sea mediante rentas generales o a través del sistema de seguros. Para los dos se señalan ventajas e inconvenientes que resultaría demasiado largo discutir aquí.

Cualquiera que sea la decisión adoptada, es claro que el lograr la necesaria solidez financiera habrá de traducirse en medidas tendientes a: obtener un aumento de los recursos del sector, mediante una mejor distribución de los recursos nacionales; encontrar formas de alcanzar una redistribución de los recursos dentro del propio sector, a través de la participación coordinada, de las diversas instituciones que lo conforman, en el desarrollo de una política única de atención; y finalmente, diseñar y poner en ejecución medidas de carácter nacional e institucional tendientes a controlar el incremento progresivo de los costos unitarios de servicio.

3.2 *Enfoques estratégicos*

La extensión de los beneficios de la atención de salud a las poblaciones del medio rural, requiere cambios profundos en las formas tradicionales de operar, vigentes en los sistemas de salud. Desde este punto de vista, dos enfoques estratégicos básicos requieren ser, al menos brevemente, discutidos: la estrategia de atención primaria y la participación de la comunidad.

3.2.1 *La estrategia de atención primaria*

El reconocimiento de las relaciones intersectoriales del estado de salud señala que buena parte de los problemas que condicionan la ausencia o limitaciones de ésta, particularmente en el medio rural, escapan al control y posibilidades de acción de los enfoques tradicionales de los servicios de salud. La solución de esos problemas requiere modificaciones significativas del medio ambiente y el estilo de vida de las poblaciones, las cuales dependen de la actividad conjunta de todos los sectores que contribuyen al desarrollo.

En un análisis reciente realizado por un grupo de expertos de la OPS se destaca que en una colectividad, sobre todo si ésta está dominada por la "pobreza social", los interesados en la salud de la población tienen tanta responsabilidad como cualquier otro en el mejoramiento de las condiciones económicas y sociales que conducen al estado de salud. Esta es una actividad no sólo legítima sino además indispensable del personal de salud, particularmente de aquel que tiene a su cargo la atención de los grupos poblacionales más afectados. La racionalización de estas relaciones y el hecho de que las necesidades básicas de las comunidades no estén ligadas necesariamente a acciones del sector salud, han llevado a la necesidad de concebir y desarrollar una estrategia y un enfoque nuevos para los servicios de salud que integren a nivel de la comunidad, y con su participación, acciones múltiples necesarias para producir un efecto significativo en la salud y bienestar de los individuos, familias y comunidades.

A esta nueva estrategia, adoptada prácticamente a nivel mundial para lograr la extensión de servicios de salud, se le denomina *atención primaria de la salud*. La puesta en práctica de este enfoque se basa fundamentalmente en:

- La reorientación de las acciones del sector salud, particularmente en el primer nivel de atención, para satisfacer los requerimientos prioritarios de atención de salud, y promover simultáneamente el desarrollo, mediante acciones intersectoriales coordinadas.
- La aceptación y adecuación de las acciones que tradicionalmente ha realizado la comunidad para atender a sus necesidades de salud (sistema tradicional comunitario).
- El desarrollo de mecanismos de articulación que permitan la interrelación entre el sistema institucional de servicios y el tradicional comunitario para favorecer el acceso de la población a todos los niveles de atención del sistema institucional.

En síntesis *la estrategia de atención primaria implica una actitud diferente de los trabajadores del sector salud, y el desarrollo de nuevas formas de operación de los servicios, que tomen realmente en cuenta las relaciones intersectoriales de la salud.*

El enfoque de atención primaria, dados los componentes señalados, tiene particular aplicación en la extensión de servicios al medio rural, por sus implicaciones en la conformación de contenidos del nivel primario de atención del sistema institucional.

3.2.2 *La participación de la comunidad*

La puesta en práctica del enfoque de atención primaria de la salud exige la participación de las comunidades en las diferentes etapas del pro-

ceso de la prestación de los servicios. El lograr establecer interacciones con las comunidades y obtener su colaboración ha sido invocado desde largo tiempo atrás como uno de los mecanismos de mayor importancia en el desarrollo de los servicios de salud de las áreas rurales. A través de este mecanismo se ha obtenido la creación de muchos centros y puestos de salud, de acueductos rurales, obras de saneamiento, etc. Se reconoce hoy, sin embargo, que este tipo de participación es en general limitativo del verdadero potencial que ofrece la participación para la transformación y el mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades, y por consiguiente de su estado de salud.

Dentro del enfoque de atención primaria de la salud se entiende a la participación comunitaria como un "proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y el de su comunidad, así como la capacidad de actuar consciente y constructivamente en el desarrollo".

En este contexto los objetivos de la participación comunitaria deben estar orientados a crear condiciones de información y aprendizaje que permitan a los individuos conocer mejor su realidad y adquirir la motivación necesaria para resolver conjuntamente sus problemas comunes. Lo anterior supone una tarea continua por parte del personal de salud para lograr la creación de un diálogo permanente con la población, mediante el cual la participación comunitaria debe asegurarse tanto en la identificación de necesidades como en el diseño de soluciones para satisfacerlas. Sólo así se logrará que el enfoque de atención primaria sea una realidad.

3.3 *Medios utilizados*

Del conjunto de medios utilizados para la prestación de los servicios, en relación con la extensión de éstos al medio rural, se destacan el uso de una tecnología apropiada, y la utilización del personal auxiliar.

3.3.1 *Uso de una tecnología apropiada*

En la conformación general de los sistemas de salud, y particularmente en la extensión de los servicios al medio rural, se ha venido otorgando cada vez más atención a la selección y uso de una tecnología apropiada, entendiendo por ésta aquella que combine cualidades de eficiencia, eficacia y viabilidad en la situación particular en que se aplica. Son numerosas y variadas las recomendaciones surgidas a este respecto, de estudios, investigaciones, reuniones de expertos, etc. El énfasis otorgado a este aspecto de la organización de servicios toma en consideración no solamente el factor de costo, y eficiencia en el uso de recursos, de por sí fundamentales, sino también la adecuación de la tecnología utilizada a la naturaleza de los problemas que se intenta solucionar.

Estas manifestaciones parten del hecho fundamental de que la mayoría de los problemas de salud pueden ser manejados técnicamente en varias formas. Por otra parte, es claro que en el mundo de hoy ninguna sociedad por poderosa que sea económicamente, puede darse el lujo de aplicar indiscriminadamente la variedad de tecnologías disponibles en el área de la salud.

Sobre estas bases se reconoce la necesidad de identificar un conjunto razonable de tecnologías que sean no solamente seguras, sino que estén dentro de las posibilidades que la sociedad y economía correspondientes pueden financiar. En este sentido, la conceptualización de niveles de atención, que como se ha señalado previamente, equivale a la determinación de "planos tecnológicos" de resolución de problemas, constituye un factor metodológico y práctico de importancia para la selección apropiada de tecnología.

Un Grupo de Estudio reciente convocado por la OPS/OMS para analizar el tema, definió las tecnologías en general como "las diversas formas de actuar sobre la realidad para transformarla y lograr objetivos orientados a la satisfacción de necesidades". Diferenció igualmente las tecnologías llamadas básicas o centrales, y las tecnologías llamadas de apoyo o gestión, que son aquellas que hacen posible la acción de las tecnologías básicas, y por tanto, existen en función de ellas.

En el sector salud las tecnologías básicas son aquellas que se utilizan para atender las necesidades de las personas o grupos comunitarios, y los problemas del medio. Convencionalmente se les conoce como técnicas de salud. Son tecnologías de apoyo en el sector, las técnicas administrativas y las técnicas de capacitación. Las primeras usadas para organizar y administrar las combinaciones de recursos que emplean las técnicas de salud, y las segundas utilizadas para el adiestramiento y formación de recursos humanos que requieren los servicios. A este respecto, conviene quizá hacer una diferenciación adicional de la tecnología. Se llama tecnología incorporada aquella que está ligada a elementos materiales (instrumental, equipos, edificios, etc.) y tecnología desincorporada a aquella no vinculada a elementos materiales, como serían las técnicas administrativas, los programas de formación del personal, el conocimiento que ese personal adquiere y que influye en su desempeño, etc. . .

En el desarrollo de lo anterior, la selección de una tecnología apropiada en salud, implica una identificación de aquellos métodos, técnicas, facilidades, equipo; drogas y materiales, etc., que se requieren para la prestación de los servicios, sobre la base de lograr los efectos deseados, con eficiencia en el uso de los recursos, y dentro de las posibilidades que respecto a estos últimos exista en cada situación particular.

La consideración de la naturaleza de los problemas existentes en el medio rural, previamente reseñados, señala muy claramente que las soluciones tecnológicas para tales problemas no están fundamentalmente ligadas ni al desarrollo de establecimientos ni al uso de equipos, instalaciones, etc., de naturaleza compleja. Están más en el grupo de las tecnologías desincorporadas, tanto en el desarrollo de recursos humanos como en el diseño de la organización y mecanismos administrativos necesarios para su desempeño.

3.3.2 Utilización del personal auxiliar

La prestación de servicios de salud en el medio rural está, en general, basada en la utilización de personal auxiliar. Existen variadas e importantes razones para que esto sea así, todas las cuales han sido analizadas y tratadas en extenso, en numerosas oportunidades, por lo cual no se considera del caso entrar de nuevo a discutir las. Basta tan sólo mencionar algunas:

Existe, en general, una desigual distribución de recursos humanos entre los centros urbanos y las áreas rurales. En la mayoría de los países tales recursos están concentrados en las áreas metropolitanas o en las ciudades mayores, y solamente una pequeña proporción de ellos se ubican en las áreas rurales. Esta situación es todavía más crítica en los países en desarrollo, en los cuales de hecho existe ya un déficit global inicial. Estos países son por lo demás los que más contribuyen al "éxodo de cerebros" hacia los países más desarrollados en busca de mejores oportunidades de trabajo y realización científica y profesional.

En las áreas rurales la dimensión del problema no es solamente cuantitativa. Existe además un desbalance cualitativo. El escaso personal profesional que sirve a estas áreas carece, en general, de medios y oportunidades para mantener sus niveles de competencia iniciales. Sus conocimientos se ven rápidamente sobrepasados por el avance científico y los adelantos tecnológicos a los cuales ellos no tienen acceso.

La baja disponibilidad natural de recursos de todo orden del medio rural que se traduce en precarias condiciones de vida, la falta de oportunidades para la educación de los hijos, y las limitaciones de medios para aplicar totalmente el conocimiento adquirido en el periodo de formación, son igualmente razones por las cuales los grupos profesionales se concentran en los centros urbanos.

No existen soluciones fáciles para estos problemas, que afectan inclusive al medio rural de los países desarrollados. Esta situación es aceptada en la gran mayoría de los países, algunos de los cuales han acometido inclusive programas específicos de utilización de este personal para llevar a cabo actividades que tradicionalmente estuvieron reservadas en forma exclusiva a los profesionales de salud. Con este propósito se han intentado diversas soluciones y formas de distribución del trabajo, en los cuales el personal auxiliar actúa por delegación o asiste a los profesionales en tareas predeterminadas.

Los ejemplos de este tipo de enfoque son numerosos en el Continente: Guatemala comenzó en 1972 a adiestrar técnicos en salud rural; Honduras utiliza el Guardián de Salud; Colombia y otros países el Promotor de Salud; Costa Rica tiene igualmente los técnicos de salud; Venezuela ha estado llevando a cabo, mediante auxiliares, por cerca ya de 15 años un programa de "medicina simplificada"; Jamaica, Guyana y otros países del Caribe tienen igualmente programas de formación y utilización de este tipo de personal.

Los desarrollos son muy variados, e igualmente lo son el contenido de las funciones y los programas de adiestramiento.

En algunos países el auxiliar realiza tareas específicas en campos tan variados como atención materno-infantil, incluyendo nutrición y planificación familiar; vigilancia epidemiológica e inmunizaciones; atención mínima de enfermedades prevalentes; primeros auxilios; saneamiento ambiental; y de enfermedades prevalentes; primeros auxilios; saneamiento ambiental; y salud otras de desarrollo comunal, agricultura, etc. En otras circunstancias, existe una subdivisión de estas actividades y se cuenta entonces con varios tipos de personal auxiliar, cada uno con un campo específico de trabajo. La variedad de tipos de auxiliares que así se ha desarrollado es muy grande con muy diferentes tipos de trabajo, y con muy diversos grados de preparación.

Una política de ampliar la cobertura de atención de salud, mediante la extensión de servicios al medio rural, que implica una utilización masiva

pero ordenada del personal auxiliar, plantea varios órdenes de decisión que es necesario afrontar también en forma ordenada, para llegar a soluciones prácticas, efectivas y viables dentro del contexto socioeconómico y organizativo en que deban desarrollarse. Difícilmente puede haber diseños generalizables. Cada país debe encontrar sus soluciones propias. Entre los principales aspectos que requieren consideración, cabe destacar:

- a) La necesidad de definir las relaciones del personal auxiliar con el sistema institucional. Aspecto que atañe fundamentalmente a su condición de funcionario o no, y a la utilización de líderes naturales o formales de las comunidades.
- b) El diseño apropiado de los programas de formación. En éstos constituyen aspectos de importancia la selección y el reclutamiento, que de preferencia deben hacerse dentro de la propia comunidad y con su colaboración; el programa de adiestramiento, basado en el análisis de las funciones; y la elaboración de manuales complementarios, y otro material que sirva de referencia y continúe guiando al personal adiestrado en la aplicación de los conocimientos y habilidades adquiridos durante la formación.
- c) El diseño de los mecanismos necesarios para asegurar el trabajo en equipo, lo cual supone incidir igualmente en los programas de formación del personal que debe dar apoyo técnico a los auxiliares. El trabajo en equipo debe ser visualizado no sólo en una dimensión horizontal para el grupo de atención directa, sino también en forma vertical, involucrando en este enfoque a aquellos de quienes el personal auxiliar recibe apoyo técnico y administrativo.
- d) La definición del rol del o de los auxiliares; y
- e) La determinación de los mecanismos de supervisión y de apoyo técnico necesarios.

Por considerarlos de particular importancia cabría adicionalmente destacar algunos aspectos relacionados con los puntos d) y e).

Definición del rol del auxiliar. Intentar definir los tipos de personal auxiliar necesario, sin referencia al caso concreto de una situación determinada, no pasa de ser un ejercicio especulativo. El auxiliar cuya función es válida en un país, puede resultar totalmente inoperante en el otro. El punto fundamental más que establecer globalmente el tipo del o los auxiliares que se estiman necesarios es la definición de su rol. El verdadero sentido de la utilización del personal auxiliar está en la reubicación del proceso de decisión respecto del diagnóstico y del tratamiento de las condiciones de salud, ya sean éstas individuales o colectivas. *El proceso a cumplirse es de reasignación de funciones y redefinición de roles, no de delegación.* Reasignar funciones significa abandonar la rutina y entregar al personal auxiliar mayor responsabilidad en el manejo de situaciones para las cuales han sido o son entrenados. Las tareas que se asignen al auxiliar deben ser de su competencia de ahí en adelante por derecho y no como una sustitución de segundo orden del personal profesional.

Dos aspectos adicionales deben destacarse a este respecto:

- La reasignación de funciones requiere estar acompañada de una revisión de la tecnología a ser utilizada. De otra manera se estaría cayendo en la solución de segundo orden antes señalada y se perpe-

tuarían las confusiones entre calidad y complejidad, que usualmente se presentan como argumento en contra de la utilización de auxiliares. El hecho claro es que el tipo de tecnología a ser utilizado mediante el auxiliar será más simple y de menor costo, pero apropiado y de buena calidad.

- Especial atención requiere ser otorgada a lograr un buen balance en la asignación de funciones. Es cómodo pero irreal pedir a un auxiliar que acometa la enorme variedad de acciones que se requieren en el medio rural, alejado de todas las posibilidades de apoyo inmediato. La concentración de funciones, por otra parte, hace obviamente más prolongado el periodo de adiestramiento y exige, en general, niveles de escolaridad básica más altos, que no siempre van a estar presentes en las comunidades. La alternativa es una diversificación del trabajo y contar con varios tipos de auxiliares. Aquí es necesario igualmente tener cuidado. Una gran variedad de auxiliares, dentro de una misma comunidad crean situaciones de desorientación y en ocasiones serios problemas de coordinación.

Supervisión

La supervisión en los programas de extensión de servicios de salud al medio rural debe ser un instrumento de cambio y capacitación, y no simplemente de control o supervigilancia de tipo fiscal. Su finalidad primordial es lograr, mediante el estímulo, orientación y apoyo técnico necesarios, el cumplimiento de las proposiciones fundamentales de servicio y la incorporación de los cambios y ajustes requeridos para ese propósito. En consecuencia, la supervisión debe formar parte del conjunto de responsabilidades que cada funcionario del sistema tiene en su respectiva área de trabajo. La supervisión debe ser entendida como una función, más que como un sistema o subsistema en sí misma. La idea del sistema de supervisión como tal, está ligada a la concepción de un programa de atención de salud rural con una organización vertical.

En base a lo anterior, el diseño y desarrollo de las acciones de supervisión deben estar orientados a garantizar la utilización de soluciones técnicas apropiadas y a la aplicación de procedimientos administrativos que faciliten el desarrollo de tales acciones. Es necesario evitar la interpretación, frecuentemente observada, de la función de supervisión como exclusivamente administrativa, lo cual conduce con facilidad a enfoques de desarrollo *per se* de la administración y sus elementos, con detrimento del contenido mismo del servicio. Los elementos del proceso administrativo son formas de actuar o instrumentos diseñados para facilitar y apoyar el cumplimiento de una función técnica, a la cual complementan y enriquecen, pero no pueden ni deben sustituir.

El cumplimiento de la función de supervisión debe permitir compartir las situaciones de trabajo, para entender su verdadera naturaleza, y constituir una oportunidad en la cual se entrega orientación, se transmiten conocimiento y experiencias y se desarrollan actitudes y hábitos de trabajo. Idealmente la supervisión debe ejercerse en el sitio de trabajo del supervisado, pero es necesario, además, desarrollar elementos o indicadores, e incorporarlos en el subsistema de información, que permitan ejercer una supervisión "a distancia", un monitoreo del desempeño y dificultades que

afronta el auxiliar de vanguardia, para otorgarle apoyo oportuno y apropiado.

Finalmente, la función de supervisión tiene carácter permanente, no episódico como supone la realización de visitas periódicas de evaluación y supervisión que es el enfoque con que frecuentemente se acomete. Quien ejerce la función de supervisión, y no el "supervisor", debe en consecuencia tener una experiencia vívida y práctica de la situación de trabajo correspondiente. Esto no se logra con los sistemas individualizados de supervisión para ser ejercida desde departamentos o unidades centrales del sistema de prestación de servicios. Por consiguiente, la supervisión debe formar parte de la organización local anteriormente planteada.

Comentario final

En las páginas precedentes se han revisado sumariamente datos generales relacionados con los estimativos de población aún no cubierta con servicios de salud en América Latina, y con las características generales y necesidades de atención de salud de esos grupos poblacionales, particularmente aquellos residenciados en las áreas rurales. Se ha hecho referencia a cambios en elementos conceptuales que orientan la prestación general de servicios de salud, y en grandes rubros se han examinado aquellos aspectos de la organización, estructurales, estratégicos y relacionados con los medios, que aparecen como de mayor relevancia en la extensión de servicios a los grupos de población rural. En la revisión se ha procurado destacar principios más que elementos descriptivos de las experiencias que es posible observar en este campo en los diferentes países que adelantan programas de esta naturaleza. Las limitaciones inherentes al subdesarrollo hacen aún más críticas las dificultades que presenta la organización de servicios para la población rural. Es indudable que para llevar servicios a estas poblaciones se requiere la definición de una política clara al respecto, y el esfuerzo concertado de todas las instituciones de los respectivos sectores de salud. La experiencia de varios países en América Latina así lo está demostrando.

BIBLIOGRAFIA

1. ABEL-SMITH, B. Health priorities in developing countries: The economist's contribution. *International Journal of Health Services* 2(1), 1972.
2. BELTRÁN, OVIDIO. *The training of personnel for extension of health care services in rural areas*. Washington, D.C., Pan American Health Organization, 1973. (Development of Human Resources Series A. Medical Education N° 17.)
3. BRIDGMAN, R.F. *El hospital rural; su estructura y organización*. México, Editorial Interamericana, 1964.
4. DONAVEDIAN, A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 2(4), Part 2:103-154, 1972.
5. FLAHAULT, D. Un equipo integrado y funcional para la asistencia primaria de salud. *Crónica de la OMS*, 30:481-485 (1976).
6. GARCÍA MANZANEDO, HÉCTOR. *Articulación de los sistemas formal e informal de salud y la participación de la comunidad en la primera área, IV Región de Salud, Caruarí, Pernambuco, Brasil*. Informe del estudio realizado del 29 de junio al 6 de agosto de 1976. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1977.
7. LALONDE, MARC. *A new perspective on the health of Canadians; a working document*. Ottawa, Information, Canada, 1974.
8. MAHLER, HALFDAN. Health strategies in a changing world. *WHO Chronicle*, 29: 209-218 (1975).
9. MECHANIC, DAVID. Ideology, medical technology, and health care organization in modern nations. *American Journal of Public Health*, Vol. 65, N° 3, March 1975.
10. Naciones Unidas, Consejo Económico y Social. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria. *Colaboración de la comunidad en la atención sanitaria primaria: estudio del proceso de motivación de la comunidad y continuación de su participación*. Ginebra, 1977. (Documento L/ICEF/L. 1355.)
11. Oficina Internacional del Trabajo. *El Programa de Ottawa de Seguridad Social para las Américas adoptado por la Octava Conferencia de los Estados de América Miembros de la Organización Internacional del Trabajo*. (Ottawa, 12-23 de septiembre de 1966.) Ginebra, 1966.
12. Organización Mundial de la Salud. Actas Oficiales N° 225. *Quinto informe sobre la situación sanitaria mundial*. 1969-1972, Ginebra, 1975.
13. Organización Mundial de la Salud. *Principios de la planificación sanitaria en la URSS*. Ginebra, 1972. (Cuadernos de Salud Pública N° 43.)

14. Organización Panamericana de la Salud. *Extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad*. Documento de referencia. IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. (Washington, D.C., 26-27 de septiembre de 1977.) Washington, D.C., 1977 (REMSA 4/4, Rev. 1).
15. Organización Panamericana de la Salud. *Guía para la organización de servicios de salud en áreas rurales y la utilización de personal auxiliar*. Recomendaciones de dos grupos de trabajo de la OPS/OMS. Washington, D.C., 1974 (Publicación Científica 290).
16. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1969-1972*. Washington, D.C., 1974 (Publicación Científica 287).
17. Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas* (Santiago, Chile, 2-9 de octubre de 1972). Washington, D.C., 1973 (Documento Oficial 118).
18. Organización Panamericana de la Salud. *Seminario sobre utilización de auxiliares y líderes comunitarios en programas de salud en el área rural*. Informe final. (Maracay, Venezuela, 18-27 de noviembre de 1974.) Washington, D.C., 1975 (Publicación Científica 296).
19. Organización Panamericana de la Salud. *Servicios comunitarios de la salud y participación de la población*. Discusiones Técnicas. XXII Reunión del Consejo Directivo. (Washington, D.C., octubre de 1973.) Washington, D.C., 1974 (Publicación Científica 289).
20. Organización Panamericana de la Salud. *Servicios de salud para la población rural y subatendida de América Latina y del Caribe*. Documento de Trabajo. Tema 32. XXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. (Washington, D.C., septiembre-octubre de 1975.) Washington, D.C., 1976 (Documento Oficial 142).
21. Organización Panamericana de la Salud. *Sistemas de salud*. Washington, D.C., 1972 (Publicación Científica 234).
22. Organización Panamericana de la Salud. *Sistemas para aumentar la cobertura de los servicios de salud en las áreas rurales*. Discusiones Técnicas. XVII Reunión del Consejo Directivo. (Puerto España, Trinidad, 6-7 de octubre de 1967.) Washington, D.C., 1968 (Publicación Científica 170).
23. PARKER, A.W. The dimensions of primary care. En: Spyros Andreopoulos, ed. *Blueprints for Change: Primary Care*. Wiley & Sons, Nueva York, 1974.
24. VILLEGAS, HUGO. *Generalidades de la programación de la extensión de servicios de salud a las comunidades rurales de Costa Rica*. San José, Organización Panamericana de la Salud, 1976 (Documento DHS/AMRO-5401-SI-Nº 11).