

ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL MEDIO RURAL Y EN EL MEDIO URBANO

Gregorio MARTINEZ NARVAEZ

El Doctor GREGORIO MARTINEZ NARVAEZ es egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Luis Potosí y ha obtenido el título de Maestría en Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. También tiene estudios de posgrado en Ciencias Administrativas cursados en la Escuela Superior de Comercio y Administración del Instituto Politécnico Nacional.

Ha sido Coordinador de Asuntos Internacionales del Medio Ambiente en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y Coordinador de Programas Binacionales México-Estados Unidos, en la misma Secretaría.

Actualmente, es profesor invitado de la escuela de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, misma donde ocupa el cargo de Director General de Programación y Organización.

Atención de la Salud en el Medio Rural

La atención de la salud en el medio rural presenta algunas modalidades y amplias variaciones según las regiones y circunstancias ecológicas, mientras que en las ciudades, se cuenta con mayor experiencia en el desarrollo de servicios, a pesar de la complejidad en las áreas rurales no ha sido fácil la determinación de modelos, debido entre otras razones a la necesidad de conjugar procedimientos sencillos y de bajo costo con servicios de calidad aceptable.

Los servicios rurales de salud no constituyen un sistema especial, aislado y autosuficiente; sino que deben ser parte de un sistema regional, compuesto de una red de unidades rurales y urbanas, escalonadas según diferentes niveles de atención y complejidad de recursos. La parte rural de este sistema asume modalidades y características propias, pero

descansa en los recursos y servicios urbanos, para aprovechar sus recursos tecnológicos y humanos, en los casos que rebasan su capacidad.

En este sistema, lo importante es el aprovechamiento de la infraestructura regional, mediante enlaces técnicos y administrativos adecuados que eliminan los problemas conceptuales para la planeación de los servicios regionales, tales como el límite entre poblaciones rurales y urbanas, ya que lo que importa verdaderamente es contar con el sistema escalonado de servicios de ascendente complejidad; éstos enlaces son principalmente los siguientes:

1. Enlaces para la referencia de enfermos desde las unidades de menor nivel a las de mayores recursos.

2. Sistemas de aprovisionamiento de medicamentos, material de diagnóstico e información técnica.
3. Programas de supervisión, asesoría y ayuda técnica desde las unidades de mayores recursos hacia las unidades periféricas.
4. Mecanismos de control de programas.

Una vez definidos los requisitos de enlace entre las unidades del sistema, se presenta la necesidad de precisar las características de las unidades rurales periféricas que deben, como ya se ha señalado, lograr un equilibrio entre un mínimo de recursos y una atención de calidad aceptable.

Las unidades de salud rurales deben estar estructuradas para realizar una serie de actividades, integradas en programas tendientes a resolver problemas, de acuerdo con la situación local. En países desarrollados y en regiones donde existe un tipo de agricultura mecanizada y de alto rendimiento, es posible la existencia de unidades de salud semejantes a las urbanas; pero en países y regiones de gran dispersión demográfica y de bajo rendimiento agrícola, es necesario diseñar unidades y métodos de trabajo diferentes.

Con frecuencia en este proceso de planeación es posible caer en errores que llevan a proyectos de funcionamiento parcial; entre los errores más frecuentes se encuentra el considerar a las unidades rurales periféricas, como una reproducción de las unidades hospitalarias centrales; concibiéndose por ejemplo un centro de salud para una población de mil habitantes, como un pequeño hospital incluyéndose en su planta física espacio para dos, tres o seis camas, sin que existan posibilidades de prestar una atención hospitalaria propiamente dicha.

Otro error consiste en establecer a priori una serie de necesidades de la población rural, sin efectuar una auténtica

investigación. Con frecuencia se conciben unidades no controladas, aisladas, sin personal capacitado, atendidas sólo periódicamente por un médico o pasante de medicina, sin los adecuados sistemas de transportación y comunicación. Estas unidades y procedimientos sólo benefician a la comunidad en cuanto a que representa un elemento más de la vida social; pero no se ha evaluado su repercusión real en cuanto a resultados de mejoramiento de la salud pública.

Para el diseño de modelos adecuados a la región o a la comunidad, se requiere realizar tareas de investigación de servicios de salud, tanto para el diseño de las unidades físicas y de su equipamiento, como para definir el tipo de personal que debe estar a cargo de la atención de la salud en el medio rural.

En primer lugar es necesario precisar las necesidades de salud de las comunidades rurales, y seleccionar los programas y actividades que los servicios pueden proporcionar; ya que, por ejemplo, las necesidades básicas pueden resolverse en grupos de acciones como las siguientes:

1. Acciones de capacitación de la población para adiestrarla en técnicas simples de protección de su salud.
2. Prevención de enfermedades por medios específicos tales como la vacunación, la eliminación de vectores de enfermedades transmisibles y la atención materno-infantil.
3. Atención Médica. Generalmente por medio de la consulta externa, procurando proporcionar los medios de tratamiento, también se deben atender emergencias quirúrgicas y médicas que no requieran de equipos e instalaciones costosas.
4. Otro renglón es el saneamiento del ambiente, mediante promociones para establecer sistemas de eliminación de desechos, evitar la contaminación del agua

de consumo y mejorar las condiciones de la vivienda y del área de poblamiento.

5. Otros programas especiales complementan éstas tareas, tales como la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades transmisibles. En México tienen importancia especial los programas de planificación familiar.

El equilibrio y la importancia que tienen las tareas programáticas anteriormente mencionadas dependen de las características de la comunidad, pero la experiencia ha demostrado que la demanda se orienta hacia la asistencia médica, es decir a la restauración de la salud perdida. El prestigio de los servicios de salud descansa en gran parte en el conjunto de tareas a cargo del médico; pero es obvio que estas acciones deben escalonarse y referirse, en algunos casos, hacia otras unidades de concentración, las cuales se encuentran ubicadas en las áreas urbanas.

La dispersión de la población rural, dificulta la prestación de servicios; en términos de administración ésta es la diferencia entre el área rural y la urbana. Lo que importa para la salud en cuanto a las dimensiones de las comunidades, es la capacidad para asegurar; por ejemplo, la atención médica y hacer costeable el aprovisionamiento de agua de consumo y la adecuada eliminación de los desechos.

En términos prácticos el problema del establecimiento de una red de servicios rurales de salud se traduce en la resolución de problemas de financiamiento, ya que los servicios médicos, que son los de mayor demanda, son cada vez más costosos, y el aislamiento de la población eleva los costos. Si a ello se añade que en algunas regiones la productividad agrícola sólo alcanza niveles de subsistencia; el financiamiento de servicios médicos en áreas rurales sólo es posible mediante un subsidio gubernamental.

Las características de la unidad básica rural no son fácil-

mente definibles. ¿Debe establecerse un consultorio rural atendido por personal técnico adiestrado para realizar actividades básicas de prevención, atención de emergencia y manifestaciones tempranas de enfermedad? ¿Y en caso de ser así qué preparación, nivel de adiestramiento, asesoría y supervisión debe recibir este personal? Aun cuando existen diversas experiencias en varios países, este punto de la atención primaria de la salud no ha logrado una fórmula que resuelva satisfactoriamente este punto para los países en vías de desarrollo. Se requiere una mayor investigación de servicios de salud y una metodología de planeación aplicable a nivel regional y local en las áreas rurales.

En todo caso, deben evitarse soluciones que sólo proporcionen atención de la salud a nivel demasiado elemental, y todo sistema debe ser evaluado metodológicamente y en forma periódica. No es posible confiar permanentemente en un modelo ante una comunidad cuyas dimensiones, comportamiento y necesidades varían constantemente.

Las posibilidades de la atención médica a nivel rural dependen mucho del desarrollo regional y del crecimiento de otras áreas de servicios, tales como, la comunicación transportación, impartición, de la justicia y educación, por mencionar algunos ejemplos; así como del desarrollo económico, de creación de infraestructura productiva, del asesoramiento, el crédito financiero, de la comercialización de obras de riego, y de seguridad en el uso de la tierra, etc.

Es conveniente tener en cuenta además, que con frecuencia la planación regional introduce modelos que desequilibran la dinámica social y cultural, por ejemplo, se ha advertido que en el campo de la salud con frecuencia se crean dependencias exageradas en el consumo de medicamentos, al grado de que se introduce el hábito de consumo de vitamínicos en áreas en que existen deficiencias de alimentación por falta de alimentos, impulsando a los campesinos a sacrificar su ya escaso consumo calórico para lograr la adquisición de vitamínicos concentrados.

En algunos casos existen en la comunidad remedios tradicionales que son desplazados por la tecnología médica, haciéndolos desaparecer sin ser sustituidos por otros medios de atención, excepto a un elevado costo y a una mayor complejidad.

La planeación de servicios de salud, por lo tanto, no sólo debe tener en cuenta factores de administración, de tecnología, de costo y financiamiento, de formación de recursos humanos, de desarrollo económico regional; sino también deben examinarse los valores sociales, antropológicos y culturales que prevalecen en la comunidad rural.

La experiencia ha demostrado que no es posible la atención de la salud en base a soluciones simples, preconcebidas, realizando acciones parciales a cargo de personal adiestrado para realizar acciones sencillas. Las características biológicas del residente en el área rural no son diferentes de las del habitante de las ciudades y la solución de sus problemas de salud sólo parece ser factible, mediante la disponibilidad de una infraestructura de salud regional, compuesta de diferentes niveles de servicios; y organizando adecuadamente al primero de ellos para prestar acciones de atención primaria de la salud, con el apoyo, supervisión y control de los otros niveles.

Atención de la Salud en el Medio Urbano

Dentro de un sistema de administración regional, la atención de la salud requiere de la selección de modelos y sistemas que permitan el establecimiento de una estructura de salud capaz de resolver los problemas que se presenten a corto y mediano plazo.

En primer lugar es necesario precisar las interrelaciones y enlaces que deben existir entre los servicios urbanos y los rurales, pues es evidente que en un **sistema regional** coexisten con frecuencia ambos servicios, los cuales asumen ca-

racterísticas diferentes, pero que necesariamente se complementan. No debe establecerse una separación tajante entre servicios regionales urbanos y rurales, sino que deben considerarse como parte de un solo sistema que debe funcionar coordinadamente; si es que deseamos lograr un abatimiento de costos, supervisión eficiente y facilidades de apoyo tecnológico a todos los niveles, lo cual es indispensable para una atención de la salud de calidad aceptable, desde el primer contacto de los usuarios con los servicios. En cualquier medio, un sistema ideal de servicios regionales de salud, debe estar compuesto por una red escalonada de diversos niveles de complejidad ascendente, que partiendo de unidades simples, periféricas, urbanas, rurales o semirurales, ascienda a un segundo nivel de unidades, consistentes en clínicas y servicios más complejos; de concentración, los cuales deben contar con mayores recursos de diagnóstico y tratamiento para estar en posibilidad de resolver los problemas de salud que las unidades periféricas envíen a estas clínicas de referencia. Un tercer nivel, estaría representado por unidades especializadas, con recursos más complejos de diagnóstico y tratamiento, que no recibirán directamente al público, más que en casos excepcionales, dando preferencia a los enfermos referidos por las unidades del segundo nivel.

Los servicios del primer nivel estarían caracterizados por su sencillez, pero capacitados adecuadamente para la atención primaria de la salud; especialmente para educar a la población, inmunizarla contra las enfermedades transmisibles y resolver los padecimientos más comunes en sus primeras manifestaciones.

Otros campos que son importantes también en este primer nivel, es la promoción del saneamiento ambiental y la educación nutricional. Y en países como México, se procura que este tipo de servicios esté capacitado para atender el grupo materno-infantil, que es el más afectado por las enfermedades y está sujeto a graves riesgos por sus características

biológicas; asimismo en este rubro, se prestan amplios servicios de apoyo a la planificación familiar.

El segundo, nivel, estaría integrado por unidades de salud con servicios de consulta externa y hospitalización, laboratorio y servicios de rayos X, así como otros elementos de diagnóstico y tratamiento; según el tipo de comunidad y tamaño del área de influencia, ciertas unidades deben estar dotadas con algunas especialidades básicas: cirugía, pediatría, obstetricia y medicina interna.

El tercer nivel del sistema, estaría representado por unidades hospitalarias especializadas, procuraría contar con los adelantos en el campo de la atención médica y realizaría programas de investigación médica y docencia especializada.

Este esquema general estaría complementado por servicios importantes para la salud, tales como la vigilancia epidemiológica, el control sanitario del ambiente, la vigilancia de los alimentos y medicamentos y la formación de recursos humanos profesionales técnicos y auxiliares para la salud

La estructura regional de servicios de salud, en una ciudad, debe basarse en los principios de la planeación, ya que el desarrollo de una infraestructura creada al azar puede responder a los intereses de los prestadores de los servicios, más que a auténticas necesidades de la población, dando lugar por lo tanto a una demanda artificial. Un diagnóstico de la situación, analizando los daños a la salud pública en cuanto a mortalidad y morbilidad y recursos disponibles en el área, complementando lo anterior con un estudio de mercado, debe ser el primer paso para la remodelación de mercado, debe ser el primer paso para la remodelación de una estructura o la creación de nuevas unidades de salud en la ciudad.

Un aspecto que es necesario definir, es el universo a aten-

der, ya que los subsistemas de salud generalmente dividen a la población en grupos de derechohabientes, debido a que es frecuente que concurren los recursos de la atención privada, los de los sistemas de seguridad y los de población abierta en una misma área urbana. El volumen de la población a atender por cada subsistema depende de la organización social de cada país, la institucionalización de su atención médica y los alcances de sus recursos de financiamiento.

Cuando existen dos o más subsistemas en un área los cuales pueden prestar atención a las mismas personas, se presentan problemas de coordinación, aún entre los servicios abiertos para toda la población financiados por los niveles federal, estatal y municipal.

La coordinación entre los servicios de salud que proporcionan los diferentes niveles de la administración pública es un factor de esencial importancia, ya que sería ideal establecer dentro de un sistema, los enlaces entre los diferentes niveles, tanto para la referencia de enfermos desde la unidad básica hasta la clínica o la unidad especializada, como para la supervisión, auditoría médica y la información. Los procedimientos cibernéticos y de computación permiten el intercambio de información sobre historia clínica y para reservar consultas y camas de hospitalización entre las unidades de los tres niveles, pero son costosos y no son de fácil aplicación universal.

La coordinación entre instituciones que tienen diferentes fuentes de financiamiento es uno de los factores más complicados, debido a que es necesario definir los puntos en que puede haber apoyos o intercambios, tales como el uso común de recursos de tratamiento de tecnología complicada, o los convenios para el tratamiento integral de un paciente o grupos de personas. En estos casos es necesario recurrir a acuerdos basados en disposiciones legales bien definidas, y en base a estudios de costos y fórmulas de financiamiento aprobadas por los niveles políticos.

En los casos de concurrencia de servicios institucionales de régimen de financiamiento especial y de población limitada con derechos precisos a la atención, como es el régimen de seguridad social, generalmente sólo puede establecerse coordinación para el empleo parcial o temporal de instalaciones y servicios. Aunque otra alternativa, lograda solamente en unos cuantos países, es lograr que los sistemas de seguridad social tengan cobertura universal o exista un sólo servicio médico nacional, financiado por el sector público.

La coexistencia de diversos subsistemas de atención médica en una área urbana determinada, plantea la necesidad de diversos subsistemas de coordinación, aunque en términos de eficiencia y eficacia, es deseable una integración de servicios públicos, mediante un respaldo legal y un régimen de financiamiento definido; respetando el ámbito de la atención privada, como alternativa personal, en un campo en que es tan importante la confianza del individuo en una persona o institución para la recuperación de su salud.

Las consideraciones anteriores se refieren a la integración, coordinación y escalonamiento del sistema de salud en sí mismo; pero en el área urbana es importante la relación de la estructura de salud con los sistemas de la administración urbana; especialmente en lo que se refiere a la ubicación y capacidad de las unidades de salud dentro del plan general de equipamiento y ordenamiento urbano; en primer lugar, si la ciudad debe de disponer de servicios o niveles de atención primaria, de reducido tamaño y de contacto constante con el público, ello representa la necesidad de servicios de atención a áreas de mayor densidad humana, las que definen según su población y su nivel de salud el tamaño de la unidad, desde un pequeño consultorio y sus servicios de proyección a la comunidad, hasta el centro de salud de mayores dimensiones y de mayor disponibilidad de recursos médicos.

Los hospitales y clínicas de referencia deben estar relacionados con el esquema de desarrollo urbano y comprendidas dentro de sus complejas relaciones de equipamiento, tales como su accesibilidad, tránsito, comunicación, aprovisionamiento, relación con otros servicios, etc.

Los hospitales de especialidad pueden aceptar una mayor flexibilidad, en cuanto a su ubicación y dimensiones, ya que no representan un grave problema de flujo vial. En todo caso, ciertas unidades deben ubicarse en base a su relación con centros de formación de recursos humanos o de institutos de investigación.

Otras unidades médicas urbanas dependen para su ubicación como para su organización interior, por la necesidad de atender las emergencias, tanto por accidentes de transportación, domésticos y de trabajo, como por manifestaciones agudas de la enfermedad; en algunos casos estas unidades hospitalarias deben contar con sistemas de emergencia para llevar primeros auxilios, cada vez más tecnificados, hasta donde ocurre el accidente o se presente el problema.

La atención de la salud no se limita a los aspectos médicos curativos, ya que el concepto ecológico de la enfermedad que considera a la salud como un estado de equilibrio del hombre con su medio ambiente, requiere que la atención de la salud no se limite a la curación de las enfermedades, y que los equipos de salud se proyecten fuera de las unidades médicas, tanto para prevención de las enfermedades, como para labores de promoción de un ambiente adecuado para la salud mental y el bienestar de la comunidad. El ambiente urbano debe ser un factor de mejoramiento de la salud, tanto por su funcionalidad como por su estructura, razón por la cual el planificador de la salud debe participar en el diseño y desarrollo del ambiente urbano, no sólo en lo que se refiere a la edificación de servicios, o al control de los aspectos ambientales de saneamiento y control de la contaminación sino también de los factores urbanos que contribuyen al bienestar del hombre, tales como la dimensión urbana, las facilidades de recreación, el ambiente del trabajo, acceso a la cultura y a la educación, así como a todos los factores que contribuyen a determinar el auténtico sentido de la salud, como la concebimos en la actualidad, es decir como un grado de bienestar y no sólo la ausencia de enfermedad.