

## Plan de Salud Rural

DR. ELIÉCER VALVERDE JIMÉNEZ\*

*Persigue ampliar la cobertura de atención médica preventiva y curativa a las zonas rurales más dispersas del país, mediante la utilización de técnicas y procedimientos sencillos de fácil aplicación por personal auxiliar debidamente adiestrado y supervisado. No se trata de un sistema separado e independiente para proporcionar cierto tipo de cuidados médicos a determinados grupos de población, sino sólo de un procedimiento de extensión apoyado firmemente en las estructuras organizativas y funcionales de los servicios locales de salud existentes.*

### *Consideraciones generales*

Como servicio público, un programa organizado de atención médica debe procurar la mayor cobertura posible; pero este propósito también tiene que compaginarse con un criterio económico, que exige mantener los costos unitarios del programa dentro de límites razonables, acordes con la capacidad financiera de la comunidad.

Particular seriedad adquiere el asunto cuando se consideran las necesidades de salud de las grandes masas de seres humanos que constituyen lo que usualmente se denomina población rural. Para los efectos de este trabajo llamaremos así aquellas agrupaciones humanas con no más de 500 habitantes en conglomerados sociales llamados aldeas, caseríos o villorrios, carentes de saneamiento ambiental y con viviendas insalubres; los habitantes son socialmente pobres y analfabetos y se dedican a la agricultura y cría de animales en la forma más primitiva. En algunos de estos conglomerados a veces existe una escuela primaria elemental como único servicio para la comunidad. Muchas de estas poblaciones se rigen todavía según los patrones de una cultura arcaica, conservan el idioma vernáculo y están aisladas de los centros poblados importantes por falta de medios de comunicación.

Esta población, por lo general, con diversas variaciones individuales, se encuentra afectada por la malnutrición crónica, a la cual muchos sobreviven por adaptación fisiológica.

El hacinamiento familiar, que llega hasta la convivencia hogareña con animales domésticos, a los que se suman los vectores propios de la región,

---

\* Especialista en Salud Pública. Coordinador, División de Epidemiología. Ministerio de Salubridad Pública.

contribuye a crear un ambiente favorable para las alteraciones en la esfera psíquica y exposición al riesgo de las enfermedades metaxénicas.

La ignorancia, la miseria, la malnutrición, la gran dispersión de las viviendas y el aislamiento de los grandes centros urbanos hacen el ambiente social propicio para que esta población sea proclive a los desajustes sociales y al alcoholismo.

Por las condiciones ecológicas y socioculturales enunciadas, esta población es la más susceptible a las agresiones físicas, biológicas y sociales. Los agentes patógenos específicos locales encuentran terreno favorable para su desarrollo y, en consecuencia, la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecciosas son de gran importancia.

De conformidad con las cifras de población de 1968, el 51.1% de los habitantes del país vivían en las condiciones anteriormente descritas.

Por otra parte, el ser humano sometido a condiciones como las que imperan en ese medio entabla una lucha permanente para adaptarse a condición tan inhóspita, y busca un equilibrio estable para sobrevivir. Pero esa lucha cuesta a la especie un alto tributo en vidas perdidas y, por consiguiente, no es raro que el campesino, en su lógico afán de superar estas adversidades, y respondiendo al llamado de su instinto de supervivencia, emigre de ese medio hostil hacia los centros urbanos con la esperanza de encontrar en ellos el ambiente favorable para su bienestar. Ignora, sin embargo, que por sus condiciones culturales y su falta de preparación para el trabajo industrial, más bien va a ocasionar o a agravar conflictos sociales que a conseguir su propósito de una vida mejor y más duradera.

#### *Magnitud, trascendencia y vulnerabilidad del problema*

En la Tabla N° 1 se puede observar la distribución de la población de Costa Rica en relación con el tamaño de sus centros poblados (número de habitantes) según los datos proporcionados por la Dirección General de Estadística y Censos para 1967.

La ausencia casi total de servicios de atención para la salud, según se muestra en la Tabla N° 2, permite aceptar que la aplicación de algunas de las medidas ya tradicionales de la prevención primaria, como los programas de inmunizaciones y la prestación en forma permanente de servicios elementales de primeros auxilios para la recuperación de la salud, puede reducir parte de las dolencias que afligen a esta población. Además, donde nada existe, lo poco que se haga es bastante y, mejor aún, si para conseguir esto la inversión económica requerida es mínima.

TABLA N° 1.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN TAMAÑO  
DE LAS LOCALIDADES. AÑO 1967. DIRECCION  
GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS

Tamaño de las localidades según número de habitantes	Número de localidades	P O B L A C I O N	
		Nº (en miles)	Porcentaje
TOTAL DEL PAIS	6.269	1.589,9	100,0
100.000 y más	1	184,7	11,6
20.000 a 99.999	5	121,7	7,6
2.000 a 19.999	101	472,7	29,7
500 a 1.999	250	246,6	15,6
200 a 499	742	221,8	14,0
El resto	5.170	342,4	21,5

TABLA N° 2.

DISTRIBUCION DE ALGUNOS RECURSOS DE SALUD, SEGUN  
PROVINCIAS. COSTA RICA. DICIEMBRE DE 1967

Provincias	Médicos	Enfer- meras	Auxil. de Enfermer.	Paramé- dicos	Personal Admtivo.	Camas	Camas por 1.000 hab.
PAIS	798	609	1.743	899	4.229	6.243	3.9
San José	515	387	1.001	589	2.559	3.892	6.5
Alajuela	77	36	180	89	487	577	2.0
Cartago	54	42	196	92	533	629	3.3
Heredia	37	23	66	22	138	151	1.4
Guanacaste	30	14	78	31	176	259	1.5
Puntarenas	61	22	110	46	258	540	2.8
Limón	24	14	87	29	188	195	2.4
Ignorado	—	41	25	—	—	—	—

FUENTE: Dres. Ruano y Valverde, 2ª Conferencia Regional de Hospitales. Diciembre, 1968.

Otra manera directa de medir el problema se sintetiza estudiando la mortalidad de los cantones de Turruabares y Nandayure, ambos carentes casi por completo de servicios de atención médica, en el mismo año. Veamos:

CANTON	M O R T A L I D A D		
	Total	Sin certificación ni asistencia médica	En menores de 5 años
Turruabares	49	40 (81%)	21 (42%)
Nandayure	131	114 (87%)	86 (65%)

Hay que agregar también que en un ambiente civilizado, esta población rural, como cualquier otro grupo humano, es acreedora a la atención de sus problemas de salud y que nada puede justificar, en una sociedad organizada, la indiferencia y el olvido ante las necesidades vitales de un grupo que, por sus costumbres, creencias y supersticiones propias de una cultura no evolucionada, está más expuesta a las agresiones del medio ambiente.

Desde el punto de vista social, esta población rural dispersa es parte de una entidad jurídica llamada "nación", regida por un gobierno entre cuyas obligaciones figura, indudablemente, la de garantizar la salud de todos los habitantes del territorio nacional. Por lo tanto, es obligación del Gobierno prestar servicios de salud a esa población sin dilación ni descuido ya que, como antes se mostró, representa el 35.5% de la población total, y no atenderla debidamente sería una negligencia que puede acarrear consecuencias perjudiciales, bien porque la conduciría a emigrar hacia las ciudades, o bien porque exacerbaría sus reclamaciones y conflictos de orden social.

#### *Posibles soluciones al problema*

La solución natural y lógica sería la concentración de la población rural dispersa bajo la égida de una organización político-social que considere la prestación coordinada de servicios indispensables para el desarrollo social y económico de una comunidad. Paralelamente al establecimiento de los servicios de salud, se deben organizar la tenencia de la tierra y la educación vocacional, con énfasis en el adiestramiento en técnicas como la promoción de fuentes de trabajo, la instalación de medios de comunicación, el uso de la moderna tecnología en la agricultura y la aplicación de medidas de seguridad social que reflejen una política sabia y prudente de educación familiar integral, muy necesaria en el medio rural disperso, tanto por el crecimiento elevado de su población como por las necesidades vitales que pesan sobre la misma.

La reforma integral anteriormente esbozada no puede improvisarse; debe llevarse a cabo mediante un programa coordinado, bien meditado y elaborado en función de los problemas que se desea resolver y de los recursos disponibles para ello. Además del cambio material que ha de promover, esta reforma supone un cambio socio-cultural y, por consiguiente, debe desarrollarse y evolucionar en etapas progresivas. Por otra parte, la implantación y funcionamiento de este sistema integral para el desarrollo económico y social de la población rural dis-

persa no sólo requiere recursos financieros suficientes para la creación de los servicios y la preparación del personal, sino también un tiempo considerable para alcanzar sus propósitos.

En tanto esta política de desarrollo integral se pone en ejecución, se puede formular un programa mínimo de atención de la salud de la población rural, teniendo en cuenta que su aislamiento geográfico y su condición socio-cultural son un obstáculo difícil de superar para el establecimiento de un servicio médico permanente cuyo financiamiento, por otro lado, resultaría muy dispendioso.

Además, incluso en el caso de que se lograra establecer partidas presupuestarias para servicios médicos permanentes, sería difícil encontrar médicos decididos a encargarse de ellos, dadas las condiciones adversas para el ejercicio de su profesión en el medio rural. Este medio, usualmente, ofrece pocos atractivos al profesional. Es posible que muchos no vean en él posibilidades ni de progreso científico ni de promoción como funcionarios y teman ser olvidados. Algunos se sentirán defraudados ante la imposibilidad de usar equipos modernos y técnicas actuales de diagnóstico y tratamiento al ejercer su profesión. Otros, desde un punto de vista personal, se sentirán incómodos al no conseguir para ellos y su familia la vivienda y la alimentación, las posibilidades de educación y comunicación, y otros servicios propios del medio urbano. Por último, existen quienes experimentarán una sensación de fracaso si, ignorando que la población rural no está preparada culturalmente para la buena utilización del médico, llegan a pensar que no son comprendidos por la comunidad y que sus buenas intenciones son mal interpretadas.

Por otra parte, tampoco es productivo organizar servicios sobre la base de visitas médicas periódicas por los siguientes motivos:

- 1.—Las enfermedades no esperan la llegada del médico para manifestarse;
- 2.—Las visitas periódicas no permiten atender los casos de enfermedades agudas en el momento oportuno;
- 3.—Para ser eficaz, la labor educadora de promoción de la salud y prevención de las enfermedades debe hacerse en forma continua y permanente;
- 4.—Habitualmente, el costo del transporte del médico es muy elevado;
- 5.—En muchas ocasiones existe imposibilidad en cumplir con los plazos fijados para repetir las visitas debido a factores climáticos (lluvias torrenciales) o a causas de fuerza mayor (derrumbes, inundaciones);
- 6.—Por lo general, hay un exceso de consultantes que llegan para solicitar medicamentos que en ese momento no necesitan, pero que suponen habrán de requerir alguna vez. Otro sector de consultantes está constituido por pacientes de afecciones propias de la desnutrición y de la senectud, ante las cuales el médico poco puede hacer con los escasos recursos de que dispone, etc., etc.

Vistas de un modo general las muchas dificultades que enfrenta el médico para hacer una labor eficaz en el medio rural, se sugiere la creación de un servicio, permanente y relativamente integral, de atención mínima a los problemas de la salud, que sea prestado por un trabajador de bajo nivel previamente preparado y según un programa de trabajo claramente definido. Es imprescindible que desde el punto de vista administrativo se considere a este trabajador,

que llamaremos "auxiliar de salud", parte integrante de un servicio organizado de salud pública, el cual es responsable de su adiestramiento, dirección y supervisión, y al que el auxiliar pueda llegar cada vez que necesite ayuda.

### *Programa de trabajo*

Un programa de acción debe trazarse en función de la prioridad de los problemas que se intenta resolver por su intermedio, así como de los conocimientos, técnicas y recursos disponibles, tanto financieros como de personal, para resolverlos. En consecuencia, se tratará aquí de trazar un esquema de los fundamentos de un programa de salud para el medio rural, sin que el orden de su presentación indique prioridad alguna.

### *Actividades básicas del programa*

Estas pueden dividirse en tres categorías, a saber: 1) recolección de datos demográficos elementales (nacimientos, defunciones); 2) promoción de la salud y prevención de enfermedades; y 3) recuperación de la salud.

1.—Recolección de datos demográficos. Es objetivo básico del acopio de datos sobre nacimientos y defunciones el tener un balance demográfico del crecimiento vegetativo de un área dada y en un período de tiempo determinado. A ese efecto, el auxiliar de salud ha de recoger, en la forma más simple posible, la siguiente información:

- de los nacimientos: fecha y lugar, sexo del recién nacido, estado al nacer (vivo o muerto), nombre de la madre;
- de las defunciones: fecha y lugar, sexo de la persona fallecida, así como su nombre y edad, y, de ser posible, la causa de muerte de acuerdo con los síntomas y signos predominantes notados por los parientes del difunto;
- de los migrantes: nombres, edades, sexo, lugar al que se van o del que proceden.

Esta información, además de registrada, ha de ser analizada a nivel local, aprovechándola para la planificación de acciones a ese nivel.

2.—Promoción de la salud y prevención de enfermedades. Las inmunizaciones constituyen una parte importante de estas actividades, ya que su objeto es disminuir el riesgo de enfermar y morir por ciertas enfermedades. Los tipos de inmunizaciones y el sistema de aplicación han de ser determinados por el Ministerio de Salubridad Pública pero, considerando las dificultades inherentes al transporte y conservación de las dosis inmunizantes se ha de dar preferencia a las vacunas de tipo liofilizado que vengan en dosis individuales. La información relacionada con el uso de estas vacunas debe ser lo más sencilla posible.

Las actividades de atención materno-infantil pueden orientarse principalmente a controlar a las parteras empíricas locales y a enseñarles, de un modo sencillo, normas de higiene personal, asepsia de la parturienta, asepsia en el corte del cordón umbilical, protección de las infecciones oculares en el

recién nacido; signos que indican la conveniencia de referir a la embarazada al servicio médico y, por sobre todas las cosas, "lo que no deben hacer". Estas actividades de atención materno-infantil deben incluir, también, los consejos a la embarazada durante la gestación, en especial con respecto a los alimentos que es recomendable ingerir, a su higiene personal, y a la observación —durante el puerperio— de los signos y síntomas de alarma propios de la hemorragia y de la infección puerperal, a fin de prestar los primeros auxilios y referir inmediatamente a la paciente al servicio médico, en las mejores condiciones posibles. Los consejos relacionados con el niño pueden centrarse en la orientación sobre la higiene y su alimentación.

En materia de saneamiento ambiental, se deberá estimular el interés de la población por resolver sus problemas de abastecimiento de agua y disposición de excretas, por su solo esfuerzo. Una vez que se haya creado las condiciones favorables y la comunidad esté dispuesta a participar activamente en la solución de esos problemas, el auxiliar solicitará, siguiendo los canales de supervisión que se establezcan, el asesoramiento para realizar otras acciones de desarrollo de la comunidad (v.gr.: caminos, puentes, alumbrado, etc.).

3.—Recuperación de la salud. Por cuanto el cuadro de morbilidad de la población rural, como el de mortalidad, está dominado por el renglón de "enfermedades diarreicas" y el de "afecciones respiratorias agudas", padecimientos que son susceptibles de medidas terapéuticas cuya efectividad no radica en su complejidad técnica sino en que se apliquen precozmente, y basándose en que son propósitos fundamentales de esta actividad:

- a) Disminuir la mortalidad de aquellas enfermedades de importancia epidemiológica, fácilmente detectables y cuyo tratamiento no implica riesgos;
- b) Favorecer la aceptación de las medidas preventivas; y
- c) Alcanzar mayor cobertura con los servicios de salud,

se centrarán las actividades de recuperación de la salud del auxiliar en: a. desparasitación; b. atención de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas; y c. prestación de primeros auxilios a víctimas de accidentes, a fin de referirlas al servicio médico más cercano en las mejores condiciones posibles, evitándoles cuanto se pueda mayores daños y sufrimientos durante su traslado.

El auxiliar no ejercerá su función curativa arbitrariamente; por el contrario, sólo atenderá los casos de enfermedades previamente seleccionadas por el servicio de salud y según pautas claramente establecidas en su manual de trabajo, para lo cual ha recibido adiestramiento previo. La neumonía y la gastroenteritis en niños son ejemplos de enfermedades agudas con elevadas tasas de mortalidad en el medio rural. Esta mortalidad puede disminuirse sensiblemente mediante el tratamiento aplicado en forma precoz.

La fiebre, la tos y la disnea son signos fáciles de apreciar en el caso de la neumonía. La penicilina (que puede conseguirse, o propinarse, asociada con antihistamínicos para evitar el riesgo de reacción alérgica) aplicada al principio de la enfermedad es efectiva. Si estos enfermos no tienen fácil acceso a este recurso terapéutico no les queda otro camino que someterse al tratamiento empírico local o apelar, con las dificultades del caso, a la consulta médica, usualmente muy alejada (además de cara) del lugar donde residen, y a la que seguramente han de llegar demasiado tarde, cuando la extensión y gravedad del proceso no permiten aplicar con éxito terapia alguna.

Similares comentarios se pueden formular con respecto al diagnóstico y tratamiento de las "gastroenteritis".

Desde un punto de vista socio-cultural es indispensable, y la experiencia de otros países lo aconseja, que en el medio rural se facilite un servicio curativo mínimo, a fin de que la comunidad acepte de buen grado y cumpla las indicaciones preventivas que se establezcan. *Para el campesino, la medicina sólo tiene valor por su acción curativa.* En general, sus escasos conocimientos no le permiten apreciar el valor e importancia de la función preventiva. La comunidad solicita el servicio médico para utilizarlo como un medio de recuperación de la salud y el prestigio de ese servicio depende del éxito con que cumpla la función que la comunidad espera de él. De aquí la necesidad de que todo programa de salud pública, por modesto que sea, ofrezca a la comunidad un servicio mínimo de atención curativa destinada a satisfacer las necesidades más urgentes.

Finalmente, también (y no menos importante) estará a cargo del auxiliar, como parte de campañas en masa de lucha contra ciertas enfermedades (por ejemplo, malaria), la toma de muestras y su envío para exámenes de laboratorio.

#### *Organización del trabajo*

Es aconsejable que las funciones del personal auxiliar de salud se definan con precisión y claridad, y se las compile en manuales de normas de trabajo que servirán, a la vez, para la enseñanza y el adiestramiento permanente en servicio. Estos principios se referirán a las acciones que puede llevar a cabo el auxiliar y al equipo y local necesarios para el desempeño de sus funciones.

- 1.—Area de influencia. La extensión del área de trabajo de cada auxiliar dependerá de las vías de comunicación y del sistema de transporte disponible; por consiguiente, no debe establecerse en función de la distancia sino del tiempo necesario para recorrerla. Puede estimarse que por jornada de trabajo (8 horas), el radio de acción máximo será el que se alcance en una hora de viaje, calculando un lapso igual para el regreso al puesto. Cuando el auxiliar requiera dos horas de viaje para llegar al objetivo, es recomendable que pernocte aquí y regrese a su base al día siguiente. Cada auxiliar debe tener claramente demarcada su zona territorial de acción.  
Otra manera de trabajar, especialmente para caseríos muy poco poblados (menos de 200 habitantes), sería realizar "rondas" o giras al uso de los supervisores del programa de erradicación de la malaria, rondas que deben ser alternadas entre, al menos, dos auxiliares.
- 2.—Local. Al comienzo, el servicio debe disponer de un local que le sirva de centro de operaciones, dotado de ciertas condiciones mínimas para la realización del trabajo y que puede construirse con los materiales propios de la región. Bastará con una habitación con suficiente espacio para la espera, y adecuadamente protegida de las inclemencias del clima, adicionada de un área para vivienda del auxiliar. Posteriormente, a medida que el servicio gane prestigio, la comunidad participará, seguramente, en el mejoramiento de sus instalaciones.
- 3.—Mobiliario. Los muebles que se utilicen serán, preferiblemente, de fabricación local, consistiendo en: una mesa-escritorio; media docena de sillas o bancos; una estantería rústica para el almacenamiento de medicinas; una camilla para exámenes clínicos; un refrigerador a canfín.

4.—Equipo y suministros. El equipo se reducirá a un esterilizador que funcione a leña o canfín, bisturí, pinzas de disección y tipo Kocher rectas (drenar abscesos), tijeras, agrafes para suturas elementales y jeringas para inyecciones, de preferencia descartables. Además, se recomienda disponer de un termo-refrigerador para transportar vacuna a lugares alejados. El suministro de medicamentos estará en relación con los objetivos del programa de salud rural.

5.—Personal. En términos generales, se recomienda que el servicio esté a cargo de un auxiliar de salud con residencia obligatoria en la localidad y dedicado exclusivamente a sus funciones.

Su salario será abonado con fondos del presupuesto nacional (Ministerio de Salubridad Pública), debiendo las comunidades colaborar con un sobresueldo (o su equivalente) que torne "atractivo" el trabajo en la región. Además, es prudente considerar procedimientos de estímulo y ciertas medidas de seguridad social para este personal, hasta tanto el desarrollo económico y social de la región permita el establecimiento de un servicio médico permanente, debidamente equipado y financiado. No se recomienda que este personal esté protegido por el régimen de Servicio Civil, porque se considera que al obtener estabilidad funcionaria este personal puede circunscribirse a realizar tareas mínimas cuando lo que se requiere es un trabajo exhaustivo para mejorar el estado actual de las comunidades rurales. Como contrapartida, se recomienda —como medidas de estímulo— el dar aumentos progresivos de salarios, según la eficiencia y el tiempo de servicios.

Es aconsejable que el personal encargado de adiestrar a los auxiliares de salud asuma inmediatamente de iniciada la ejecución del programa la responsabilidad de supervisión, ya que tiene la ventaja de conocer el programa, así como los atributos individuales del personal. La supervisión periódica debe constituir una prolongación de la preparación en servicio y ser lo más frecuente posible. Esta condición es esencial para la existencia misma de esta clase de servicio de salud, debiendo ser la actitud del supervisor (o supervisora) más de ayuda y estímulo que de crítica, para lo cual ha de estar dotado (a) de gran espíritu de comprensión y tolerancia, sólo posible mediante una identificación plena con los términos culturales del medio en que le toca actuar. Para la evaluación, los datos cuantitativos deben ser simples y ordenados en la forma más sencilla posible.

#### *Selección y preparación del auxiliar de salud*

Las condiciones de selección y preparación del auxiliar de salud han de establecerse en función del programa de trabajo y de los recursos humanos disponibles en cada comunidad, así como de la política de salud que adopte el país.

- El auxiliar debe hallarse libre de defectos físicos o funcionales que dificulten su labor; debe poseer una personalidad madura y estar dotado de estabilidad emocional y de un amplio sentido de las relaciones humanas.
- La preferencia por auxiliares de uno u otro sexo dependerá de las condiciones culturales de la región y la calidad del trabajo. Desde luego, en términos generales se pueden enunciar algunos atributos más frecuentes en un sexo que en otro en este personal:

El varón posee resistencia y capacidad física para viajar y puede alejarse del hogar por tiempo prudencial; pero corre un riesgo mayor de caer en el alcoholismo y la poligamia; es más ambicioso con respecto a sus ingresos económicos y requiere supervisión de personas de su mismo sexo.

La mujer posee principios éticos más firmes, un mayor sentido de responsabilidad y disciplina, así como una mayor estabilidad en el hogar, y sus urgencias económicas se limitan a las que surgen de las necesidades de su grupo familiar. Sin embargo, físicamente se halla en desventaja con respecto al varón y está sujeta a ciertos factores de orden cultural que limitan su libertad para emprender viajes que la alejen del hogar por un tiempo relativamente prolongado.

- Es recomendable que la edad del personal oscile entre 18 y 40 años.
- En relación con el lugar de nacimiento y residencia, lo ideal es que el candidato haya crecido en la región en que va a desempeñar sus funciones y resida en ella. En el peor de los casos, se estima indispensable que el candidato haya vivido en el lugar porque esto supone que posee conocimiento de la región, tanto en su topografía como en sus problemas económico-sociales, y puede comunicarse mejor con la población, cuyo modo de pensar, reacciones emotivas, costumbres, supersticiones y lenguaje conoce a fondo, puesto que ha pertenecido a la misma comunidad.
- Los requisitos de educación que se han de exigir al candidato dependerán de las condiciones locales en ese aspecto. En general, se recomienda que hayan completado el ciclo de enseñanza primaria. El pretender que el candidato posea un grado superior de educación impediría conseguir auxiliares nativos de la localidad o con residencia habitual en ella. También debe tenerse en cuenta que en estas regiones, las personas que adquieren un grado superior de instrucción, tienen la aspiración de iniciarse en profesiones más lucrativas que la de auxiliar de salud, y que si aceptan estos cargos, por lo general, será para desempeñarlos transitoriamente.
- Se ha de dar preferencia a los que poseen un hogar estable y buena reputación moral y social en la comunidad, si bien cualquier estado civil del candidato es aceptable.
- Para la preparación del personal auxiliar de salud se buscarán enfermeras que posean calificaciones especiales para la docencia y la administración del trabajo de campo y, sobre todo, una vocación profunda por la labor que han de desempeñar.
- Es recomendable que el adiestramiento se realice en el centro hospitalario del que ha de depender el auxiliar y al que ha de remitir los casos que le presenten problemas. Además, este será un modo de comenzar a establecer buenas relaciones humanas entre quienes han de colaborar con el mismo objeto, condición indispensable para la eficiente coordinación del trabajo. El adiestramiento en hospitales urbanos de auxiliares destinados a trabajar en el medio rural presenta tres grandes inconvenientes: 1) puede que si el candidato se revela muy eficiente durante el adiestramiento, el hospital concluya por ofrecerle empleo; 2) durante su adiestramiento en el medio urbano el candidato puede romper los lazos que lo vinculan a su zona de procedencia y optar por no regresar a trabajar en ella; y 3) el adiestramiento en un hospital urbano se basará en técnicas y equipo de los cuales el candidato no dispondrá en su zona rural de trabajo.

- La preparación del personal auxiliar ha de durar aproximadamente tres meses, debiendo tenerse presente que está destinada a adiestrar al candidato para la realización de un programa práctico mínimo, con actividades perfectamente definidas.
- Como la preparación debe ser eminentemente práctica, el número de estudiantes por instructor (a) no debe pasar de diez.
- Se estima que el 70% del adiestramiento debe ser de carácter práctico y ha de responder a manuales que tienen el doble propósito de servir de guía tanto para la enseñanza como para el trabajo.
- Es recomendable que, tanto en el trabajo de adiestramiento como en la redacción del manual, se utilice el lenguaje usual en el medio donde se ha de trabajar. El empleo del léxico científico tiene dos grandes inconvenientes: 1) hace difícil el aprendizaje; y 2) si el auxiliar lo aprende, tenderá a utilizarlo en sus labores, lo que entorpecerá su función educadora, ya que no será entendido con facilidad por el habitante común de su región.
- La evaluación, que ha de cubrir desde la selección de candidatos hasta la aprobación del curso, debe ser objetiva y práctica y estar a cargo y bajo la responsabilidad del (a) instructor (a).

#### *Otro personal*

En aquellos lugares en que sea imposible organizar un servicio con personal auxiliar de salud dedicado exclusivamente a estas funciones, puede aplicarse un programa de salud más restringido utilizando a los maestros rurales, el cuerpo policial organizado o a otro personal técnico residente en el medio rural como, por ejemplo, los peritos agropecuarios.

La preparación de este personal tendría la misma orientación que la que se reserva para el personal auxiliar de salud y su contenido se ajustaría a los mismos términos del programa. La dirección y supervisión de su trabajo en materia de salud deberá estar a cargo del servicio local de salud en coordinación con la dependencia oficial a la que pertenezca el trabajador.

Es necesario poner de relieve que cada uno de estos funcionarios seguirá teniendo como función primordial la que esté desempeñando en el momento de comenzar a colaborar con el programa de salud. Cualquier función que se le asigne dentro de ese programa deberá coordinarse de suerte que no sea obstáculo a sus labores específicas, no disminuya en forma notable sus horas de reposo y pueda ser llevada a cabo con eficacia.

Es recomendable establecer un programa coordinado entre el profesor de metodología de la enseñanza y el educador sanitario, a fin de preparar adecuadamente al maestro rural para que utilice, en sus clases de alfabetización, palabras o frases con un contenido educativo para la salud.

También debe tratar de que el ambiente de la escuela sea un ejemplo permanente y útil para la educación sanitaria. En el ámbito escolar debe estimularse, con la participación de los alumnos, la realización de programas de purificación del agua, eliminación de excretas y disposición de basuras, entre otros. El servicio de salud que el maestro puede prestar a la comunidad puede limitarse al siguiente programa:

- Recolección de la información demográfica (nacimientos, defunciones, migraciones),
- Inmunizaciones,
- Desparasitación y letrización,
- Prestación de primeros auxilios a víctimas de accidentes incluyendo mordeduras de serpientes, y
- Toma de muestras para campañas específicas (erradicación de la malaria).

Los períodos de vacaciones y los cambios frecuentes de un lugar a otro constituyen una limitación seria del trabajo de este personal. Durante el período de vacaciones, algún voluntario de la comunidad debidamente preparado por el mismo maestro puede sustituirle en el desempeño de su función sanitaria, manteniéndose así la continuidad del servicio. Este voluntario podría ser un estudiante de grado avanzado.

El mantenimiento de esta clase de servicio de modo permanente pero con personal voluntario no remunerado puede presentar, entre otros, los siguientes inconvenientes:

- a) De orden administrativo, al tratar de hacer cumplir normas, imponer técnicas y mantener la disciplina indispensable para el cumplimiento de una labor de gran responsabilidad, o
- b) De orden social, ya que puede dar lugar a comentarios maliciosos que pongan en duda la ética del servicio, organizado y dirigido por una institución oficial.

Lo anterior no significa que no se valore el trabajo voluntario de la comunidad; todo lo contrario, se estima que un buen indicador de la aceptación y desarrollo efectivo de los servicios de salud, podría ser la cuantificación de la colaboración que les presta la comunidad. La experiencia ha demostrado que el campesino contribuye con trabajo no remunerado a la construcción de caminos de penetración, escuelas y centros comunales, etc., demostrando espíritu altruista y aspiración de ver realizados los cambios que contribuyen al desarrollo. Seguramente, su escala de valores culturales lo inclinan a entender más como contribución un esfuerzo que culmine con una obra material y de utilidad práctica inmediata que los resultados de un trabajo de acción permanente y rutinaria, como lo es la protección de la salud mediante las vacunas, cuya apreciación requiere una capacidad de abstracción mucho más desarrollada que la de un campesino típico. Por esto, resulta difícil motivar su colaboración sistematizada y sujeta a normas técnicas y administrativas por tiempo indefinido. De todas maneras, tanto el afán de servir y ser útil, como el espíritu de solidaridad, son atributos de la especie humana y donde se manifiesten deben ser utilizados. La organización del trabajo de voluntarios es una sabia medida de buena administración sanitaria.

### *Colofón*

Un país progresista no debe evadir la responsabilidad de la prestación de servicios de salud a la población del medio rural disperso; servicios que no sólo son indispensables para el desarrollo económico y social del mismo, sino que quizás brinden una parte del bienestar y la felicidad que merece esta población campesina, que nada tiene y todo lo espera.

### *Resumen*

En la abigarrada clasificación de población rural, que en nuestro continente varía según la estructura demográfica, económica y social de cada país, puede delimitarse un sector al que es posible denominar —pretendiendo con ello formular una definición— población rural dispersa. Esta población habita, por lo general, en conglomerados de no más de 500 habitantes y se halla sometida a condiciones socioeconómicas y sanitarias en extremo adversas.

Entendiendo que es deber insoslayable cambiar la pauta de esas condiciones a fin de hacer posible el desarrollo de ese importante sector de la población de Costa Rica, se propone un tipo de servicio que puede beneficiarlo más, de acuerdo con las posibilidades y recursos existentes.

La escasez de estadísticas vitales hace muy difícil establecer las tasas de mortalidad por grupos de edad, así como la tasa de natalidad y otros indicadores igualmente importantes relacionados con la población rural dispersa. No obstante, las pocas cifras disponibles hacen suponer que el ambiente en que vive no favorece en modo alguno su salud y bienestar.

La solución definitiva de esta situación surgirá de una transformación que se cumplirá en el marco del desarrollo integral del país. Mientras esta transformación se opera, puede formularse un programa mínimo de atención de la salud de la población rural dispersa teniendo en cuenta que, en las condiciones actuales, resultaría imposible fundarlo en un servicio médico permanente.

Se propone la creación de un servicio permanente y relativamente integral prestado por auxiliares de salud y ajustado a un programa bien definido, elaborado con criterio epidemiológico, y se formulan los principios generales del mismo, así como de organización del trabajo y de preparación, supervisión y evaluación del personal, y en el que administrativamente se considere esta infraestructura como parte integrante de un servicio general de salud, que se propone sea el Ministerio de Salubridad Pública.

### SUMMARY:

Among the category of rural population, which in our continent varies according to the demographic, economic, and social pattern of each country it is possible to distinguish —pretending to propose a new definition— what might be called the dispersed rural population. As a rule it consists of the inhabitants of communities of not more than 500 persons living in very unfavorable socioeconomic and health conditions.

Assuming that it is the responsibility of health services to seek to change these conditions and to foster the progress of this appreciable segment of the rural population of Costa Rica, it is made an attempt to decide on the type of health service that can be of the most benefit to it, given existing possibilities and resources.

Because of the lack of reliable vital statistics it is extremely difficult to establish age-specific mortality rates, birth rates, and other equally important indicators for the dispersed rural population. Nevertheless, it is to be assumed that the environment in which that population lives is not conducive to its health and welfare.

The solution of the problem will have to be found in the context of the general development of the country. While such a change is being brought about, a minimum health care program can be drawn up for the dispersed rural population. It must be borne in mind that under present circumstances it would be impossible to base such a program on permanent services provided by medical workers. It is therefore proposed that a permanent and fairly comprehensive service staffed by auxiliary health workers be established and tailored to a well-defined program based on sound epidemiological principles, and that the general norms covering the organization of activities and the training, supervision and evaluation of personnel be worked out. Administratively, this infrastructure would be considered as forming an integral part of one general health service. (Ministry of Public Health).

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.—DISCUSIONES TÉCNICAS.  
XVII Reunión del Consejo Directivo de Organización Panamericana de la Salud. Puerto España. Trinidad. 1967.
- 2.—COORDINACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD.  
2ª Conferencia Regional de Hospitales. San José, Costa Rica. 1968.
- 3.—STEPHEN, ENKE.  
Economía para el Desarrollo. Edit. UTEHA. México, 1965.
- 4.—JOSÉ MEDINA, ECHAVERRÍA.  
Filosofía del Desarrollo, en Curso Regional Sobre Planificación del Desarrollo Social Integral. Proyecto 102. O.E.A. San José, Costa Rica. 1968.

**Médicos Inscritos como Especialistas, Incorporados y Autorizados para Hacer Servicio Médico Sanitario del 1° de Febrero al 25 de Abril de 1972**

ESPECIALISTAS

Celina Brenes Jiménez	Pediatría.
Epifanio Fuentes García	Pediatría.
Dennis García Urbina	Cirugía.
Oscar Rodríguez Ocampo	Anatomía Patológica.
Rafael Simeoni Jiménez	Citología.
Jorge Echeverría Murray	Psiquiatría.
Alvaro Moscoa Zúñiga	Neumología.
Willy Salazar Zúñiga	Psiquiatría.
Carlos A. Fernández Vega	Cirugía General.
Jorge Prat Gómez	Anatomía Patológica.
Minor Vargas Baldares	Anatomía Patológica.
Fernando Carazo Fernández	Psiquiatría.
Carlos Ml. Martínez Cartín	Dermatología.
Edgar Cabezas Solera	Cirugía Torácica.
Olivia Brenes Antonini	Psiquiatría.
José A. Rímolo Johanning	Cirugía General.
Bernardino Gutiérrez Varela	Psiquiatría.
Carlos E. Zoch Zannini	Psiquiatría.
Francisco Grau Canalías	Cirugía Plástica.
Oscar Castro Armas	Pediatría.

INSCRITOS

Carlos Alfaro Rodríguez	Claudio Peralta Callis
Daniel Coto Fong	Luis A. Jiménez Ortiz
Carlos Páez Montalbán	German Sánchez Hidalgo
Willy Salazar Zúñiga	Gerardo Sancho Quesada
Guillermo A. Gómez Avila	Guillermo Carballo Murillo
Francisco J. Ruiz Arroyo	Carlos A. Carmona Estrada
Víctor Ml. Ruiz Castro	José M <sup>º</sup> Quesada Fernández
Humberto Collado Solís	Víctor M. Rodríguez Ancheta

## **Autorizados para Hacer Servicio Médico**

Irma Aragón Rodríguez  
Ricardo Alfaro Salazar  
Alfredo Martín Sancho  
Nazario Romás Armendariz  
Margarita Valverde Acuña  
Hernando Alberto Coronado  
Fernando Sáenz Ureña  
Henry Hidalgo Hidalgo  
Freya Pérez Briones  
Rodolfo Ramírez Amaya  
Edgar Fernández Cerdas  
Luis Carlos Salazar Bonilla  
Eduardo Fco. Sánchez Jovel  
Ena Almanza Mejía  
Norma Handal Nasser  
Miguel Arana Guadamuz  
Sonia Edit Polo Ruiz

## **JUNTA DIRECTIVA DE LA UNION MEDICA NACIONAL**

Junio 1972 - Enero 1973

<i>Presidente:</i>	Dr. Mario Chinchilla Cooper.
<i>Secretario:</i>	Dr. Fernando Salazar Esquivel.
<i>Tesorero:</i>	Dr. Carlos Hernández Chacón.
<i>Primer Vocal:</i>	Dr. Víctor Jiménez Brenes.
<i>Segundo Vocal:</i>	Dr. José Miguel Goyenaga Hernández.
<i>Tercer Vocal:</i>	Dr. Alvaro Suárez Mejido.
<i>Cuarto Vocal:</i>	Dr. Fernando Ferraro Dobles.
<i>Primer Suplente:</i>	Dr. Víctor Eduardo Alvarez Porras.
<i>Segundo Suplente:</i>	Dr. Hugo Segnini Sabat.
<i>Tercer Suplente:</i>	Dr. Alvaro Camacho Fernández.
<i>Cuarto Suplente:</i>	Dr. Antonio Diermissen Salazar.