

Dos enfoques de salud: Irán y Panamá

En las siguientes notas de Alexander Dorozynski y José Renán Esquivel se describen dos interesantes experimentos de salud, uno rural-integral y otro infantil-urbano, llevados a cabo en Irán y Ciudad de Panamá respectivamente. El proyecto de Irán contó con el auspicio financiero del CIID. El ensayo panameño no hizo parte de ningún proyecto del Centro ni representa necesariamente su punto de vista. Representa, sin embargo, un enfoque en salud comunitaria merecedor de amplia difusión, a la cual quiere contribuir CIID Informa.*

SALUD RURAL EN IRAN

La mayoría de las poblaciones rurales del mundo en desarrollo tienen poco o ningún acceso a los servicios de salud. Para tales comunidades un servicio de salud incluso elemental sería una enorme mejora, porque muchos de sus problemas sólo son serios de permanecer sin tratamiento, y en general no requieren la atención de un médico capacitado o las facilidades de un moderno y sofisticado hospital.

Así, el problema que enfrentan estos países no es cómo construir más hospitales o capacitar más doctores, muchos de los cuales se establecen en las ciudades o emigran hacia países donde se les remunera mejor, sino cómo prestar servicios de salud elemental a los habitantes rurales que conforman la mayoría de su población. El ejemplo más conocido es tal vez el de los "médicos descalzos" de China, pero la idea de trabajadores auxiliares de salud no está confinada en manera alguna a este país. Bajo nombres y modalidades diferentes se ha ensayado en otras partes del mundo con resultados sorprendentes.

En Irán, trabajadores de salud rural con pocos meses de entrenamiento han mejorado considerablemente las condiciones de salud de sus comunidades. Un estudio realizado después de que una red de estos trabajadores fué establecida en 16 aldeas sin previos servicios de salud, muestra que la mortalidad tanto infantil como global descendió drásticamente en comparación con aldeas vecinas sin tal servicio.



Fotos Neill McKee

En Irán (arriba) como en Panamá (abajo) y en los países en desarrollo en general, los trabajadores de salud rural contribuyen a mejorar considerablemente las condiciones de salud y de sus comunidades.



* Alexander Dorozynski es Director Asociado de la División de Publicaciones del CIID para el Medio Oriente. José Renán Esquivel es el Director Médico del Hospital del Niño en Panamá; la síntesis aquí presentada se ha extractado de sus documentos *Salud Integral y Medicina Comunitaria en América Latina*, *Salud Integral y Medio Ambiente Vital*, *Diagnóstico de las Condiciones de Vida*, y de una entrevista sostenida con él por funcionarios de LARO.

“No hay alternativa”, dice el doctor Hossain Ronaghy director del Departamento de Medicina Comunitaria de la Universidad Pahlavi e iniciador del proyecto, “ni siquiera en 20 años podríamos dotar a cada aldea con un médico. En este país, y en la mayoría de los países en desarrollo, la prioridad es el trabajo elemental de salud mas que la creación de lujosos hospitales que consumen la mayor parte del dinero”.

Para probar su tesis, el doctor Ronaghy decidió crear un modelo de salud rural que diera al menos una solución parcial al problema. El resultado de los primeros años prueba la tesis del doctor Ronaghy y demuestra que los auxiliares pueden contribuir considerablemente a la salud general de la población.

Un 60% de la población de Irán, 33 millones, vive en 65.000 aldeas. Descontando los centros urbanos, el país cuenta con un médico por cada 15.000 habitantes. La tasa de mortalidad infantil en el área rural sube de 120 por cada mil nacimientos. Con estas estadísticas comenzó en 1972 el programa experimental de trabajadores rurales de salud.

La idea era simple, similar al modelo chino, admite el doctor Ronaghy. En un área cercana a la localidad de Kavar, al sur de Shiraz, se seleccionaron 16 aldeas y en cada una se escogió un voluntario entre 16 y 45 años, alfabeto, dispuesto a reintegrarse a la vida de la comunidad una vez terminado su entrenamiento de seis meses. El curso consistía en clases, demostraciones y entrenamiento clínico con médicos jóvenes que hacían prácticas rurales como parte de su servicio militar. El programa incluía el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mas corrientes, cursos en planificación familiar, sanidad ambiental, nutrición, educación en salud, y prevención de enfermedades contagiosas.

Finalizado su entrenamiento, los trabajadores regresaron a sus aldeas y un médico de la Universidad Pahlavi los visitaba regularmente para revisar sus registros y prestarles asesoría.

Quince meses después del regreso, se evaluó su impacto. Otras tantas aldeas no cubiertas por el experimento sirvieron como grupo de control. La mayor diferencia de resultados entre los dos grupos se dió en la tasa de mortalidad infantil. En las aldeas con trabajadores de salud ésta se redujo a la mitad: 64 por cada mil nacimientos, en tanto el grupo de control arrojaba 128 por la misma cantidad de nacimientos. La tasa global de mortalidad también fue menor, 10 por cada mil, contra 17,5 en el grupo de control.

Como los auxiliares habían sido capacitados en planificación familiar y distribuían anticonceptivos a las mujeres que lo desearan, se intentó determinar su influjo sobre la tasa de nacimientos (Irán dobla su población cada 25 ó 30 años). El censo señaló una tasa neta de nacimientos de 40 por mil en las aldeas con trabajadores, frente a 45 en las aldeas de control. El estudio aclara que estas cifras sólo representan parcialmente el potencial del trabajador para reducir las, puesto que la indagación se hizo a sólo 15 meses de establecido el servicio, de donde la mayoría de nacimientos en los primeros nueve meses correspondían a embarazos anteriores a su llegada.

Otro estudio en curso es aquel que compara el diagnóstico del auxiliar con el del médico, en relación con las enfermedades mas comunes. Para ello, unos mil pacientes serán examinados independientemente por un auxiliar, y luego por un médico, comparándose después los resultados. Un estudio preliminar, hecho con 224 pacientes, mostró que sólo en cuatro casos el trabajador de la salud había omitido un problema potencialmente serio pero en ningún caso de vida o muerte.

Esta es quizás la primera vez que se evalúa el impacto de los auxiliares de salud en las comunidades rurales que previamente no contaban con ellos. El sólo hecho de haber reducido a la mitad la mortalidad infantil habla de la eficacia del sistema. El proyecto de Kavar será expandido y otro nivel de trabajadores de salud rural con dos años de entrenamiento será creado para ayudar en el entrenamiento y supervisión de los auxiliares.

Alexander Dorozynski

EL HOSPITAL DEL NIÑO EN PANAMA

La salud de su población debe ser lo mas importante para cualquier comunidad. Pero salud no es sólo ausencia de enfermedad, es resultado de muchos factores entre ellos la organización. Tenemos que organizar nuestras comunidades en empresas que den prioridad a la conservación y mejora de la vida humana.

En América Latina el diagnóstico de salud es dramático. Más del 40% de la mortalidad general corresponde a niños menores de cinco años. A esto se suma que en la mayoría de nuestros países más del 40% de la población está conformada por niños de menos de quince años de edad, y entre 20 y 30% por mujeres en edad fértil, que constituyen los sujetos mas vulnerables en cualquier grupo humano.

Para acabar con este mal diagnóstico, debemos hacer que Latinoamérica tome conciencia de que la salud depende en gran medida de su organización comunitaria. Sólo una comunidad sana estará en condiciones de transformar su medio utilizando los recursos que la creatividad humana ha puesto a su disposición. Los gobiernos pueden aportar los elementos formales, pero sólo la comunidad organizada puede convertir esos elementos en instrumentos de transformación.

En Panamá los Comités de Salud, el pueblo organizado para producir su propia salud, han logrado disminuir los indices de mortalidad y morbilidad. Ellos funcionan en los centros urbanos y rurales como unidades básicas que intentan combinar las actividades agrícolas, comerciales, educativas, administrativas y de ejercicio del poder, con la meta del bienestar de la población nacional.

Mayo en Panamá era tradicionalmente el mes de la diarrea y ésta, a su vez, la primera causa de muertes infantiles. Cada año el país se preparaba, compraba equipos, pero nadie iba nunca a la comunidad desde enero para prevenirla. Había necesidad de un cambio, de estudiar los problemas de los niños panameños, de hacer algo para evitar la enfermedad, no sólo para curarla.

Pero el cambio había que hacerlo en el lugar donde se originaba el daño, en las comunidades. Una comunidad sana no tiene porqué enviar niños al hospital. Había que descubrir lo que afectaba al niño panameño, y estudiar al niño panameño era estudiar la madre, la familia, la comunidad panameña.

Luego de estudiar y hacer el diagnóstico del país, empezamos el cambio. De un día para otro cerramos las consultas externas en los hospitales y las abrimos en los barrios, en los centros de salud. Hicimos un estudio sobre la procedencia de los niños. Si el 10% venía de un sector

determinado destinamos a ese sector el 10% de las camas del hospital. En nuestro hospital el niño entra con la madre que puede quedarse hasta doce horas diarias pues es cuando el hijo mas la necesita. Pero no viene de visita, viene a participar en la atención. Ella lo cambia, le da el alimento, le transmite seguridad y se convierte en la mejor supervisora de su tratamiento.

El hospital ha sectorizado su atención. El médico que en un sector recibe en consulta al niño y lo remite al hospital será el mismo encargado de verlo allí. El es responsable de ese niño, él debe velar porque en su sector no se presenten otros casos similares. De las ocho horas que tiene cada médico en el programa, dos trabaja en el hospital y seis en el centro periférico.

Los centros de salud que respaldan el sistema atienden cinco frentes: materno-infantil, adultos, educación en salud, organización y educación de la comunidad, y sanidad del medio. Aparte de estos existen varios subprogramas, entre ellos el de administración de recursos de salud en la comunidad, todo a cargo del Comité de Salud. El cobro se hace de acuerdo a las posibilidades del paciente, no se atienden niños de caridad, pero todos disfrutan de igual atención y equipo. Ha habido un cambio conceptual en la pediatría panameña.

El 80% de nuestros pediatras son formados hoy día en el país. Hemos capacitado enfermeras especializadas con un alto nivel de competencia. En su mayor parte las salidas del hospital son precoces. A las ocho horas de operado de hernia, por ejemplo, el niño va a casa con la madre y cuenta con la asistencia pediátrica de estas enfermeras que supervisan su convalecencia. Por eso tenemos el hospital casi desocupado. La mortalidad infantil actual en Ciudad de Panamá es una de las mas bajas en toda América y la diarrea ocupa el sexto lugar entre las causas de muerte. El remedio está en la familia, en el trabajo organizado de los centros, la comunidad y los equipos de salud.

En una encuesta que se hizo para determinar de dónde aprendían las madres el reconocimiento de los síntomas del hijo, estas indicaron que su aprendizaje provenía del auxiliar y de los carteles fijados en el centro y en el hospital. Y ello es comprensible, el auxiliar habla el mismo lenguaje de las madres y los avisos se escriben para ellas.

Destaca nuevamente la organización de la comunidad como factor básico. A medida que una familia comienza a participar en la organización comunitaria, su salud mejora. En los sectores con menos organización la cantidad de niños enfermos es mayor.

A veces los médicos son responsables de las enfermedades de la comunidad porque pudiendo participar en su organización no lo hacen. El programa de salud no puede estar aislado, debe integrarse a los demás programas de bienestar y desarrollo. El médico se debe a la comunidad y su tarea requiere la participación de esta en una acción de desarrollo común y bien encaminada.

Por eso es que Latinoamérica tiene que formar otro tipo de profesional médico. Nuestras escuelas de medicina deben sufrir un vuelco. No podemos permanecer pasivos y decir "que las cosas sigan como están".

José Renán Esquivel

Agua pura para las comunidades

UN PROBLEMA AUN

Mil millones de personas en el mundo carecen de suministro permanente de agua pura. La solución a este problema varía enormemente no sólo de un país a otro, sino de una región a otra dentro de un mismo país. Sin embargo, el denominador común para todos los países en desarrollo con problemas de agua es la tecnología.

Para obtener una visión real de la naturaleza del problema y las limitaciones de las tecnologías actuales para resolverlo hay que ubicarnos en las aldeas. Allí los habitantes pueden gastar hasta medio día para cargar el agua que necesitan desde la fuente mas cercana.

Vistos rápidamente, los resultados de los programas mas ambiciosos para el suministro de agua potable en zonas rurales en la última década son desalentadores. En un país asiático, por ejemplo, se perforaron cerca de 50.000 pozos en regiones rocosas y propensas a la sequía; hoy día un 80% de ellos no produce ya mas agua. Su costo se calcula en 40 millones de dólares, y sus beneficiarios entre 35 y 40 millones de personas. En Africa, tanto occidental como oriental, la historia se repite con tasas declaradas de fracasos hasta de 90% en algunos países.

Dónde está la falla? Si se le pregunta a un aldeano, probablemente nos mostrará una máquina oxidada en el suelo sobre una tubería. Esta máquina, diseñada mas de cien años atrás,