

La práctica de la salud en el mundo rural

Diego Herrera Ramírez^[1]

1. Saludes Ecuador

PRÁCTICA FAMILIAR RURAL | Vol.6 | No.2 | Julio 2021 | Recibido: 19/06/2021 | Aprobado: 29/07/2021

Como citar este artículo

Herrera, D. La práctica de la salud en el mundo rural. *Práctica Familiar Rural*. 2021 Marzo; 1(1).

La mayoría de las personas definen erróneamente rural por la calidad y cantidad de servicios básicos o el acceso y la lejanía de las zonas urbanas. Lo rural no puede ser definido como "no urbano". Rural y marginal no son sinónimos, ya que algunas zonas turísticas, rurales cuentan con infraestructura igual o mejor que los centros urbanos. (1)

Los países desarrollados tienden a definir lo rural utilizando el tamaño de las comunidades (población) y la distancia. Este criterio es poco útil en los países del tercer mundo, por ser países pequeños, donde el tamaño de la población tiene poca relación con el grado del desarrollo de la infraestructura y servicios.

Para la antropología, lo rural es simplemente un referente empírico que solo puede ser abordado desde una perspectiva integral y un enfoque multidisciplinario.

El Real Colegio Australiano de Médicos Generales define la práctica rural como "la práctica médica fuera de las áreas urbanas, donde la ubicación geográfica obliga a algunos médicos generales o de familia a adquirir habilidades procedimentales o clínicas, que por lo general no se requieren en la práctica urbana (2)

Los médicos rurales de Canadá definen la salud rural como la prestación de servicios de salud en zonas alejadas de los centros urbanos, donde no hay acceso a especialista, cuidados intensivos y/o de alta tecnología, y donde los recursos, tanto humanos como materiales, son insuficientes. (17)

Características generales de la Práctica médica rural

Las zonas rurales en todo el mundo enfrentan dificultades de tipo epidemiológico, estructural y socio cultural, que influye en la patología que enfrentan los médicos rurales.

La revista *Practica Familiar Rural* pretende aportar al debate sobre las dificultades de la práctica médica rural en el Ecuador y Latinoamérica. Los temas que promueve esta publicación guardan relación con los cinco obstáculos más frecuentes que la práctica de la Medicina Rural enfrenta.

Primero es la dificultad logística y sociocultural para transferir a los pacientes en estado crítico a los centros urbanos. (1) Las emergencias en zonas rurales son cada vez más frecuentes; en un estudio realizado en el Hospital Pedro Vicente Maldonado en el Noroccidente de Pichincha, de todos los pacientes que acuden al servicio de urgencias, 20,7% necesitaron hospitalización y 12,4% fueron transferidos. Los ingresos eran principalmente por mordeduras humanas o de animales y de los pacientes transferidos el diagnóstico más frecuente fue traumatismos múltiples. (9)

La segunda dificultad es la transición epidemiológica rural. La llegada de la modernidad trae consigo un cambio en el perfil epidemiológico de estas poblaciones que exigen otros perfiles profesionales y una mayor complejidad de los servicios.

En los Estados Unidos, la zona con mayor prevalencia de enfermedades cerebro vasculares es el llamado cinturón rural del sur. Esto se debe a que la mayoría de sus pobladores son afroamericanos y pobres. El discurso sanitario de alimentación saludable y la actividad física encuentra barreras a nivel cultural, social, económico y físico. A pesar de contar con recursos recreativos como canchas de juego o parques infantiles, estos son de mala calidad o son escenarios de violencia. (12)

En Perú, Ecuador y Colombia, se puede observar la transición no occidental teniendo que enfrentar problemas antiguos, como el de las enfermedades infecciosas “tradicionales” (por ej., las infecciones respiratorias agudas) y el de las elevadas tasas de mortalidad materna. Y por otra parte, se presentan algunos problemas que apenas empiezan a aflorar como las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias malignas, los accidentes de tránsito, los problemas de salud mental y nuevas enfermedades transmisibles como Chikungunya y Zika son parte de la atención diaria en la práctica rural. (3,4, 11,12, 16, 17).

La encuesta ENSANUT-ECU (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) muestra una prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 para la población de 10 a 59 años, del 2.7%. Existe un incremento a partir del tercer decenio hasta un valor de 10.3% en el quinto decenio de vida (5). Por otra parte, la encuesta SABE II Ecuador (2011) encontró una prevalencia de 12.3% para los adultos mayores de 60 años y de 15.2% para aquellos situados en el grupo de edad comprendida entre 60 a 64 años. La prevalencia de diabetes en el área urbana es 3.2% y en el área rural 1.6%. Las subregiones que presentan la prevalencia más alta de diabetes son Quito (4.8%) y la Costa área urbana (3.8%) (5).

La distribución desigual de la riqueza, de la calidad de los prestadores de salud, y del acceso a tecnología, redundan en diferencias cada vez mayores en el estado de salud de una población, y en una “brecha de salud” que se ensancha progresivamente entre pobres y ricos, y entre urbanos y rurales.

Estudios realizados en los Estados Unidos desde el año 1997 demuestran que los hombres de las zonas rurales tienen las tasas más altas de hospitalización por lesiones traumáticas, en comparación con los varones en áreas urbanas y mujeres urbanas o rurales. En Australia otro estudio explica que los hombres rurales deben trabajar en las industrias rurales de alto riesgo, tales como la agricultura, silvicultura, explotación forestal y la minería. Estas industrias han demostrado tener las tasas más altas de accidentes mortales de trabajo en comparación con la industria del resto de Australia. (Mitchell R. 2010)

Además, los entornos rurales difieren de los entornos urbanos no solo en el tipo de trabajo, sino también en las condiciones ambientales de mayor riesgo. Las zonas rurales ofrecen contextos geográficos, climáticos y de trabajo más peligrosos, que exponen a las personas a accidentes y exposición a tóxicos y contaminantes. Estos problemas a menudo se extienden a los niños, especialmente en el trabajo agrícola. Un estudio realizado en 16 hospitales rurales en la zona norte de Texas, determinó que de 23 000 traumatismos infantiles que se atendieron, 100 niños fallecieron y todos estos accidentes estaban relacionados con el trabajo agrícola.

Las zonas rurales también tienen el problema añadido de la pobreza y el déficit global de recursos financieros disponibles en comparación con las zonas urbanas. Esto se traduce en fondos limitados para capacitación del personal sanitario, menos recursos médicos en Emergencia, y una mayor dependencia de personal voluntario para el traslado de pacientes. (8)

La tercera dificultad que enfrentan los profesionales que trabajan en zonas rurales es la experiencia negativa del choque cultural. No se sabe en qué medida las tensiones asociadas con el trabajo en una cultura desconocida contribuye a la salida prematura de muchos profesionales, pero se supone que es un factor importante de deserción. (11)

La cuarta dificultad a enfrentar es el déficit en la formación profesional, y la poca importancia que dan las universidades a la práctica médica rural en todo el mundo. En los EE.UU..., pocos estudiantes de medicina

están preparados para los desafíos que les esperan al finalizar la formación formal. Las relaciones con los pacientes, el personal y las comunidades son un desafío particular... (10, 11)

En todo el mundo en las escuelas de medicina, existe cada vez un mayor elitismo de los estudiantes. El problema de que exista una elite estudiantil en medicina, tiene consecuencias negativas tales como pobre conciencia social, poca orientación al servicio, poca empatía y deficientes habilidades comunicacionales con los pacientes pobres. (11, 12)

Las universidades y las instituciones médicas, miran lo rural desde una mentalidad de solución de problemas y se preguntan todos los días, ¿Cómo puedo solucionar los problemas de los campesinos pobres? El verdadero rol de la instituciones educativas no es solucionar los problemas de la sociedad. Es investigar y reflexionar sobre lo rural. Las preguntas que deben hacerse las instituciones educativas y los profesionales de la salud son: ¿Cómo podríamos entender mejor este sistema?, ¿Cómo caracterizamos, analizamos y teorizamos estas poblaciones?. Este marco permite diseñar intervenciones en diferentes contextos.

Los beneficios educativos de un compromiso rural podrían reducirse a una inmersión en un ambiente que es físicamente distantes del centro, donde las cosas son más lentas y más simples y los pacientes exigen un trato más personal que en una ciudad.

Una pedagogía crítica del lugar da permite un reconocimiento a de las peculiaridades y fortalezas locales, y así situarlas dentro de un marco más amplio de la situación política, social y de las disparidades económicas que repercuten en la salud de la población rural. Se convierte así en una base teórica adecuada para una pedagogía rural distinta. (14)

La quinta dificultad tiene que ver con el mercado. Los estudios demuestran que los médicos rurales, al contrario que los urbanos, deben depender de una sola fuente de ingresos, transformándose en una limitación para la retención de profesionales en las zonas rurales. (8)

Aproximadamente la mitad de la población mundial vive en una zona rural, pero estas áreas son atendidas por menos de una cuarta parte de los sistemas de salud. Si bien la inequidad sanitaria es especialmente grave en los países de bajos ingresos, incluso los países de altos ingresos presentan escasez de personal sanitario en las zonas remotas y rurales. Aproximadamente el 20% de la población de los EE.UU. y Canadá viven en las zonas rurales. Sin embargo, sólo el 10% de los médicos de estas naciones trabajan en estas zonas. (13).

La revista **PRACTICA FAMILIAR RURAL** pretende aportar al debate sobre las dificultades de la práctica médica rural en el Ecuador y Latinoamérica. Los temas que promueve esta publicación están relacionados con los obstáculos descritos anteriormente. Este primer número trata de la transición epidemiológica rural. Además, se incluyen temas biológicos que deben enfrentar los profesionales que trabajan en zonas rurales tanto en consulta externa, como en emergencia y hospitalización, sin contar con tecnología ni subespecialistas que ayuden a resolver los problemas que la llegada de la modernidad y la población rural demandan.

Bibliografía

1. Couper I.D. *Rural Hospital focus, defining rural in Rural and Remote Health, (on line) 2003*
2. Deloitte and Touche. *Human Resource Policy for Health. Report to the Medical Association of South Africa, 1994.*
3. Del Brutto OH, Peñaherrera E, Ochoa E, Santamaría M, Zambrano M, Del Brutto VJ. Door-to-door survey of cardiovascular health, stroke and ischemic heart disease in rural coast Ecuador—The Atahualpa Project: methodology and operational definitions. *Int JStroke* 2013, <http://dx.doi.org/10.1111/ijss.12030>.
4. Folsom A, Yatsuya H, Nettleton J, Lutsey P, Cushman M, Rosamond W. “Community prevalence of ideal cardiovascular health, by the American Heart Association definition, and relationship with cardiovascular disease incidence”. *Journal American College Cardiology* 2011;57:1690–6.
5. Freire, W. B., 2013. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT ECU 2011-2013, Quito: Ministerio de Salud Pública.

6. Finkelstein, E, Trogon, J, Cohen, J, and Dietz, W. "Annual medical spending attributable to obesity: Payer- and service-specific estimates". *Health Affairs* 2009; 28(5): w822-w831
7. Hays RB, Chater B, Rourke J, Couper, Strasser R "Developing a new rural medical school in Australia. 2014". WONCA Rural Medical Education Guidebook. World Organisation of Family Doctors: WONCA Working Party on Rural Practice. <http://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/RuralPractice/ruralguidebook.aspx>
8. Jones JA, Humphreys JS, Adena MA. *Doctors' perspectives on the viability of rural practice. Rural and Remote Health* 4: 305. (Online) 2004. Available: <http://www.rrh.org.au>
9. Johnson, T, Gaus, D., Herrera, D. *Emergency Department of a Rural Hospital in Ecuador. West Journal Emergency Medicine.* 2016 Jan; 17(1): 66–72. Published online 2016 Jan 12. doi: 10.5811/westjem.2015.11.27936
10. Raghavan, M, Martin, B, Roberts, D., "Increasing the enrolment of rural applicants to the faculty of medicine and addressing diversity by using a priority matrix approach to assign values to rural attributes", *Rural and Remote Health*, Mayo 2011).
11. Muecke A, Lenthall S, Lindeman M "Culture shock and healthcare workers in remote Indigenous communities of Australia: what do we know and how can we measure it?" *Rural and Remote Health* 11: 1607. (Online), 2011 Available from: <http://www.rrh.org.au>.
12. Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C *et al.* Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014; **384**: 766–781.
13. Reid SJ Pedagogy for Rural Health *Education for Health*, Volume 24, Issue 1, 2011 Available from: <http://www.educationforhealth.net/>
14. Rodríguez-Morales AJ. Zika: the new arbovirus threat for Latin America. *Journal Infection Development Countries* 2015;9(6):684—5
15. Rodríguez-Morales AJ. No era suficiente con dengue y chikungunya: llegó también Zika. *Archivo Medico* 2015;11 (2):e3.
16. Martinez, D, Acevedo, W, Cardona, J, Rodríguez, iA, Paniz, A. A Bibliometric Analysis of global Zika research. *Travel Med Infection Diseases* 2015,
17. *Working Group on Postgraduate Education for Rural Family Practice 1999.*