Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar

REFLEXIONES SOBRE SALUD RURAL Y REFORMA DE LA SALUD

Autores:

Felipe Cárdenas V.
Douglas Marticorena S.

Módulo I: *Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. Osorno, marzo - mayo del 2007*

INTRODUCCION

Al enfrentarnos al escenario actual de la Salud en Chile es imposible dejar de lado el papel que le ha correspondido a la Salud Rural en el logro de los indicadores que el país exhibe orgulloso en el concierto internacional. Debemos señalar que ha persistido una evolución muy favorable de los indicadores de salud del país, lo que se objetiva comparándolos con los que había en 1950, antes de la creación del SNS [(1)]. Sin embargo, el éxito demostrado por nuestro país en términos biomédicos ha supuesto un deterioro en otros importantes indicadores de salud que la nueva reforma intenta, insuficientemente, satisfacer.

Las reformas efectuadas en el sector salud han permitido ir avanzando de acuerdo a las necesidades que el país ha expresado en determinados momentos históricos. En la década del cincuenta y de la mano del ministro Salvador Allende se implementa una suerte de medidas que abordan la prevención como modelo de atención, surgiendo los médicos generales de zona y programas de: alimentación complementaria para la población infantil y embarazadas, control del niño sano y la embarazada, neonatología, regulación de la natalidad, vacunaciones obligatorias, diagnóstico precoz y tratamiento de la TBC, etc. [(1)]. Recientemente se ha iniciado un nuevo proceso, orientado esta vez a reformular los programas en salud, con el objetivo de adecuar la oferta programática a las necesidades de salud de la población, incorporar mayores niveles de calidad en las prestaciones, orientar las acciones hacia aquellas áreas definidas como prioritarias, privilegiar acciones más costo-efectivas, relevar las acciones de promoción y prevención y aumentar los grados de participación social en la definición de las acciones a ejecutar.

Junto con la reforma programática se ha emprendido una reforma en el modelo de atención, que pretende poner al servicio de las personas un sistema de salud adaptado a sus necesidades, con un enfoque integral, orientado a la familia y a la comunidad. En suma, se espera poner al alcance de las comunidades un sistema de atención más moderno y más humanizado, de forma que las familias se sientan efectivamente protegidas y aseguradas en relación a sus necesidades de salud. Con todo, no se ha conseguido efectivamente producir cambios sustantivos en orden a que sea una propuesta de salud fundada en una economía sostenible, con cobertura de toda la población y con acceso equitativo [(2)].

Ahora bien, esta definición de tareas y prioridades organizadas en una matriz de coherencia denominada Reforma de Salud ha dejado sin incorporar al análisis, situaciones fundamentales a la hora de iniciar cambios de la magnitud que los que se han implementado. Elementos que influyen directamente sobre la dinámica del cambio de modelo y que son gravitantes en la aplicación de los conceptos y visiones que intenta implementar el nuevo modelo de atención. Es precisamente a esas cuestiones que nos referiremos en el presente documento y que expresamos en nuestras posturas que detallamos a continuación:

- La hegemonía que ostenta el modelo biomédico ha sido gravitante, dificultando la implementación del modelo biopsicosocial.

- La actual reforma de salud, no ha logrado la equidad al no contemplar en su desarrollo elementos sociodemográficos que rescaten la sensibilidad de lo local. Asunto prioritario a la hora de referirse a la salud rural.

- Consideramos, además, que hay una desconsideración de la ruralidad y las características que confiere a la salud, en la planificación y posterior implementación de la reforma.

- Y tampoco hay una visión integradora de la reforma que establezca los lineamientos rectores necesarios, que las entidades de educación deben considerar en la formación de técnicos y profesionales para la aplicación del nuevo modelo.

A partir de lo anterior, nuestro objetivo es revisar cual ha sido **"La Repercusión de la Reforma de Salud en la Salud Rural"**

DISCUSION

Desde muy pequeños en el colegio, nosotros los chilenos, aprendemos rápidamente que nuestro país es una larga y angosta faja de terreno, que por efecto de la naturaleza goza de un importante aislamiento y de grandes contrastes. Ambas condiciones nos van forjando el carácter opaco que exteriorizamos como nación y a pesar de las diferencias internas en cuanto a topografía, geografía, clima, etc., tendemos a homogeneizar y monocromatizar todo cuanto cae en nuestras manos.

Quienes hemos tenido la suerte de echar una ojeada a nuestro país desde el exterior, contamos con una visión un poco más objetiva, al divisar a Chile como una nación joven, pujante, con grandes riquezas en lo turístico, en lo económico, educacional, profesional y, aunque no muy bien explotada, también tenemos un importante capital humano, que bien vale la pena seguir perfeccionando.

Como otro antecedente, nuestro país cuenta con una importante herencia de tradiciones y costumbres, que nos legara forzosamente el pueblo español. Con características que se repiten casi sin variaciones al original. Estar parado en cualquier calle de Madrid es equivalente a estar en cualquiera de las arterias de nuestra capital. Hemos copiado catastróficamente en Santiago, con lujo de detalles, hasta los extensos grafitis, el desorden, la displicencia, y hasta la basura que se observa en las calles de la madre patria. Sin embargo, y es aquí donde incorporo el término de contrastes. En nuestro país existen diversas miradas de mundo que se van desperdigando desde el centro hacia el sur y desde el centro hacia el norte. Durante muchos años (de dictadura), en Chile, todos tuvimos que vivir como “chilenos”. Hoy nos ha costado despertar de ese sopor y aprender a comprender y a convivir con las diferentes influencias culturales que se habían soslayado para poder sobrevivir durante esos años que le fueron tan adversos. Por todos lados encontramos indígenas que marcaron el inicio del poblamiento de Chile: Aymaras, Polinesios, Onas y Mapuches entre muchos otros, con una antigüedad que bordea los doce mil años en algunos casos, siendo los más antiguos asentamientos humanos que se conozcan en América. A esto debemos sumar las constantes colonizaciones que se han llevado en diversas regiones geográficas de la nación: chinos en el norte grande, yugoslavos en el extremo sur, árabes en el centro, alemanes en el sur austral, etc., etc.

Si bien es cierto, esto a contribuido a impulsar el país y a enriquecer este capital social, nos hemos ido olvidando que cada grupo humano cuenta con patrones culturales propios y que no necesariamente son compartidos por los demás. Desde situaciones tan trascendentales como la cosmovisión y concepto de lo divino, hasta la forma de cocinar y comer, pasando por cuestiones políticas y de convivencia que van generando, en este continuo compartir, importantes amalgamas culturales en algunos casos y conflictos sociales en otros.

La homogeneización forzada que ha impuesto el modelo cartesiano, ha permitido avanzar hasta los días de hoy en términos de rescatar aquellos rasgos que nos van uniformando (patrones culturales comunes retransmitidos y sincretismos culturales). Sin embargo no ha sabido como abordar y que hacer con aquellas situaciones que se van alejando hacia los extremos, es decir: nuestras diferencias. En tanto hablamos de salud colectiva, definida como un conjunto de prácticas y saberes que moviliza a un grupo humano con el objeto de conocer su salud y transformarla, esta nos conduce a tratar de impulsar un

proceso sociocultural de prevención que supere el reduccionismo de las orientaciones preventivas clásicas (prevención individual y etiológica) y de los programas sanitarios que sufren asimismo por estar equivocados de objetividad, insuficientes, aislados y de baja participación [(3)].

Ahora bien, además de esta amplia diversidad cultural que nos caracteriza, pero que a su vez nos cuesta asumir como nación, es necesario incorporar a la discusión respecto del impacto que ha tenido la Reforma de Salud en el mundo rural, una revitalización del concepto de Ruralidad.

La ruralidad es un continuo dinámico que ha sido sujeto de estudio desde diferentes áreas del conocimiento, las cuales han planteado visiones desde lo sociológico, desde lo antropológico, desde lo político, etc. Sin embargo, a la hora de comenzar a hablar de la ruralidad desde la perspectiva de la Salud Familiar es que tenemos que mirar más detenidamente el todo, haciendo acopio de las herramientas que nos puedan brindar las ciencias sociales entre otras. De esta manera logramos dibujar una mirada más integradora del mundo rural. La ruralidad es un modo de habitar un territorio, es la construcción social y cultural realizada tanto por los habitantes del territorio, zonas rurales, como por lo que piensan sobre rural [(4)]

La ruralidad ha dejado de percibirse como lo contrario de la modernidad, si bien es cierto que en Latinoamérica la ruralidad ha sido sinónimo de retraso en gran medida por la industrialización de los procesos y que en Chile, durante gran parte del siglo XX las ciudades crecieron, mientras que el campo permaneció como el obstáculo a un proyecto de sociedad que impulsa a sus ciudadanos a vivir en las urbes [(4)], partimos de la observación de Edelmira Pérez cuando señala que las demandas que se plantea a la ruralidad, han cambiado. A la tradicional demanda por la tierra, la población reclama por servicios básicos y mecanismos de participación. También interesa incluir en la demanda rural algún proyecto de sociedad que imaginamos para nuestros países. Un dato fundamental tiene que ver con un equilibrio entre concentraciones urbanas y la existencia de una ruralidad expresiva. Ello tiene que ver con equilibrios territoriales y demográficos, pero sobre todo con un modo de vida [(5)].

Por lo tanto, consideramos que es necesario una constante negociación y redescubrimiento de lo rural a través de la continua comunicación (efectiva) y retroalimentación con quienes comparten un territorio cultural común. En este sentido la ruralidad deja de ser un lugar de atraso y pasa a ser el resultado de los procesos sociales culturales e históricos en el lugar [(4)].

Es en este momento cuando más necesitamos retrotraernos hacia el microespacio que somos cada uno y renovar nuestra conceptualización del hacer salud. Dejar de mirar nuestro país a través del smog de Santiago, que monocromatiza a todo el país, desde su arrogante perspectiva hegemónica y centralizadora de acciones y recursos (Basta con hacer mención de los mega esfuerzos que se han desplegado para tender a la solución de las problemáticas generadas por la readecuación del sistema de trasporte público en la Capital). A Chile lo conformamos una variedad enorme de mujeres y hombres de tan distintas edades, creencias, valores, experiencias y por que no decirlo, condiciones socioeconómicas. Chile es un país muy rico en diversidad, esa misma diversidad que nos ha permitido crecer y que postergamos porque nos asusta. Aceptémosla y que no se quede sólo en una gran declaración de principios y acciones inconducentes.

Situación que nos atrevemos a referir pensando que la Reforma de Salud no ha contemplado aspectos puntuales de cambio de visión ya que sentimos que es verdaderamente importante el paso que el país está dando en términos de analizar y evaluar el camino andado para redirigir nuestra mirada a lo que viene. Y abogo porque finalmente se tomen en cuenta iniciativas concretas de cambio, como las extensamente planteadas e insatisfactoriamente reconocidas, como las de Chiloé. Cada región geográfica del país cuenta con una riqueza casi infinita de historia, experiencia y recurso humano que se traduce en un invaluable capital social. Que ha sido forjado en el más estricto de los esfuerzos y que largamente ha debido supeditar sus acciones a lo que dictan las políticas centrales, verticalistas y descendentes; a estadísticas que rayan en lo uniformado sin tomar en cuenta la simpleza y singularidad propia de cada insospechado rincón de la nación. Situación que se grafica plenamente en que los sistemas de información estadística de esta dirección (Servicio de Salud Llanchipal) están basados en datos consolidados comunales y no se encuentra información desagregada por Postas. Tampoco existen procesos de construcción de epidemiología local, salvo excepciones que son por motivación personal, lo que habla de una falencia importante como servicio. La distinción rural urbano no es parte de los sistemas de registro [(4)].

Constantemente se nos está indicando el que hacer, cuando hacerlo y cuanto gastar; además de presupuestos sobrepasados sin considerar situaciones reales de salud con autonomía para la ejecución de las acciones y llenándonos con objetivos y metas, que la verdad, no sabemos si es lo que efectivamente los usuarios quieren y desean. Siempre hemos supuesto que la población esto y la población esto otro. Pero jamás nos hemos detenido a preguntarle a aquel adulto mayor si efectivamente quiere prolongar su vida en una sociedad que no ha guardado nada para él y en la que tampoco tiene participación real en la toma de decisiones respecto de su condición en la sociedad.

Es hoy la coyuntura necesaria para despertar ante la necesidad de reactivar efectivamente las redes intersectoriales con nuevos enfoques, nuevas políticas, nuevos recursos tanto humanos como financieros. De manera tal de visualizar las reales bases de las manifestaciones clínicas que colapsan los servicios de los distintos niveles de la atención, tales como el alto número de bebedores problemas, alcoholismo, VIF, abandono de menores y adultos mayores, embarazo no deseado (sobretodo en adolescentes), etc. Incorporando una visión biopsicosocial efectiva.

Por ahí podría aparecer alguien que piense que los problemas de salud de nuestro país pasan por inyectar recursos financieros. Claro, es muy posible que con mayor financiamiento mejoremos algunas cosas, empero basta con apreciar las diferencias abismantes que guarda nuestro presupuesto nacional para salud, en relación al de naciones del otro hemisferio Y que sin embargo, presentamos indicadores de salud de magnitudes muy similares y dificultades para resolver los mismos puntos críticos. En definitiva, el recurso financiero por si solo no es la solución. La mayor riqueza nacional no garantiza las condiciones sociales y económicas que conllevan salud. Por ejemplo, aunque los EE.UU. sea uno de los países más ricos del mundo, su población no obtiene los beneficios esperables en salud…Entre los países con producto interior bruto (PIB) superior a 20.000 dólares per cápita, las tasas de supervivencia en niños menores de 5 años van, aproximadamente, del 990 por mil en EE.UU. a 995 por mil en Finlandia, Islandia y Suecia. En los países con PIB entre los 1.000 y 2.000 dólares per cápita, el intervalo va desde 900 por mil en Swazilandia y Papúa-Nueva Guinea hasta 990 por mil en Cuba (país con la tasa de supervivencia infantil igual a la de EE.UU. y PIB veinte veces menor) [(2)].

El aumento del ingreso per cápita sumado al mejoramiento de la red vial han mejorado el acceso desde y hacia los centros de salud permitiendo con ellos estrechar los tiempos desde la aparición del problema de salud y la consulta, obteniendo con ello mejores resultados al otorgar una atención precoz. Sin embargo, si a lo anterior le sumamos el repunte tecnológico que caracteriza los centros de mayor complejidad, observamos como se ha centralizado aun más atención generando hospitales verdaderamente monstruosos y deformes, que en su competencia aplastaron casi definitivamente a los establecimientos de comunas pequeñas. Llevándose la poca vitalidad que les quedaba a estos pequeños íconos de la salud de las décadas anteriores, los que sin la capacidad de autosustentabilidad (por inexistencia de actualizaciones en el personal permanente, inexistencia de carrera funcionaria, insuficiencia continua de insumos y carencia de recursos económicos, etc.), no han sido capaces de aceptar la conversión y se han resistido a derribar los muros para devolver la responsabilidad de la salud a los usuarios y han continuado con el viejo esquema que bien poco aporta en términos de crecimiento, solo mantiene. Si tomamos en cuenta además, que la atención especializada exige a menudo más recursos que la atención de salud básica, ya que fomenta el desarrollo y despliegue de una tecnología compleja cuyo único objetivo es mantener a las personas con vida en lugar de prevenir las enfermedades y disminuir los síntomas de las enfermedades comunes… y que la atención superespecializada es más cara que la atención primaria y, por lo tanto tienen menos acceso a ella las personas con dificultades económicas [(2)]. En una palabra, el problema de los establecimientos tipo cuatro, bastiones de la salud rural, es la obsolescencia. Por supuesto sumado al hecho de no contar siempre con los administradores más idóneos, porque dicho sea de paso, los médicos generales de zona pueden saber mucho de medicina, pero de administración…Siendo importante considerar que también se cuestiona que las direcciones de los hospitales estén a su cargo, ya que esto pone en constante rotación el norte de la gestión de éstos [(4)]. La respuesta que se genera espontáneamente desde los cuestionados médicos generales de zona apunta a cambios epidemiológicos como país, que obliga a usar otras estrategias para abordar la salud, como también a la formación de pre - grado, cuyas mallas se orientan -dependiendo de la universidad- a la ultra especialización o a las pinceladas en atención primaria, aunque siempre desde lo urbano, no hay formación comunitaria ni rural [(4)].

No le temamos más a ser diferentes. Es por tal razón que se hace necesario contemplar una reingeniería en la forma de construir país y dejar de verlo desde la burbuja que confiere un escritorio en un céntrico edificio de la capital. Se necesita operativizar una bajada a terreno. Por ejemplo al campo de la formación profesional, revisando en el corto, mediano y largo plazo, los curriculas de quienes van a hacer salud. Se precisa una revisión continua que vincule permanentemente las necesidades de la población con el quehacer profesional. A nuestro juicio, el principal problema que enfrenta actualmente la educación médica, debido al notable aumento en el número de Escuelas de Medicina, es el control de calidad de la formación de los médicos, particularmente en las escuelas surgidas en el último decenio [(5)]. No todo va a ser enriquecerse a costas del sistema que así lo permite. Hay que bajar al tema de la educación también en términos de que las universidades e institutos garanticen la formación de técnicos y profesionales de calidad y comprometidos con un sistema que satisfaga no sólo sus expectativas de sueldo, sino también las de aquellas personas que buscan solución a sus problemas de salud en sus distintos niveles, tanto en la salud privada como pública. Si bien es cierto que el tema de la educación en Chile es un buen negocio, tal vez habría que repensarlo en función de la calidad del producto que está entregando a la sociedad chilena de hoy, de manera de alcanzar un equilibrio adecuado en

el desarrollo de habilidades tanto tendientes hacia la especialización, como al ámbito de la APS.

Una Comisión Nacional de Acreditación, dependiente del Ministerio de Educación, creó un sistema de auto-evaluación y acreditación de las Escuelas de Medicina de carácter voluntario. Hasta ahora, sólo se sometieron a este proceso las 6 Escuelas más tradicionales: las de las Universidades de Chile, Católica de Santiago, de Valparaíso, de Concepción, La Frontera de Temuco y Austral de Valdivia, todas las cuales fueron acreditadas. Ninguna de las 11 Escuelas de más reciente formación se ha sometido a acreditación [(1)]. Y es importante señalar que dicha acreditación guarda relación con objetivos planteados antes de la implementación de la actual reforma de salud, lo que significa que mantiene vigente el concepto biomédico por sobre el biopsicosocial del como hacer salud.

El resultado de estas políticas educacionales es que, al cabo de poco más de 20 años, la educación superior ha sufrido una fuerte descentralización. Ha aumentado el número de instituciones de educación postsecundaria, incluidos los centros de formación técnica, de 17 en 1980 a 224 en el 2002. Las universidades propiamente tales han aumentado de 8, en 1980, a 61, en 1998. El 58% de las universidades son privadas [(6)]. Como resultado de esta política educacional, hoy día existen universidades prácticamente en todas las regiones del país [(6)].

Por otro lado, se hace necesario rescatar y valorar aun más esas diferencias que existen y persisten. Diferencias que a pesar del modelo imperante se han mantenido vigentes por debajo de aquello que creemos ver como la realidad incluso dentro de una misma área geográfica, donde coexisten las más variadas expresiones culturales transmitidas celosamente al interior de cada familia de nuestro país. Ojo, no es una reivindicación indígena, es el simple criterio de respeto por la diversidad cultural.

Para contemplar la existencia de estas diferencias se necesita una mirada desde cerca. Desde el escritorio en Santiago los árboles no permiten ver el bosque. Y evitar esas bajadas a terreno que sólo sirven para experienciar las delicias culinarias expresadas en las distintas áreas geográficas de nuestro país. Hay que analizarlo todo con elementos socioculturales; conocer las reales demandas de los habitantes y conjugarlas con los nuevos criterios epidemiológicos que nos van indicando la necesidad de replantear los temas de Atención Primaria y de los distintos niveles de la atención en salud. Es hora de perderle el miedo al hecho que las decisiones locales van a ser erráticas, lo peor que puede suceder es que a causa de los primeros ensayos nos mantengamos en la misma situación por un tiempo, esto hasta que se enderece el camino y se comience a avanzar. De hecho la atención primaria ha dado muestra suficiente de sus capacidades en aquellas oportunidades que se le han brindado para gestionar y administrar recursos y proyecto, Es tiempo de permitirle más.

El clima o la topografía no influyen tanto en nuestras capacidades intelectuales o creativas, y si así fuera creemos que estaríamos beneficiados por contar con mayores estímulos que en la capital. Nunca desde el nivel central han preguntado oficialmente a un trabajador de regiones cuales son sus propuestas de solución ante la problemática de contaminación en Santiago. Más de alguno pensará “que van a saber de eso si nunca han tenido el problema”. Bueno, también se puede pensar que si nunca hemos sufrido del problema puede obedecer a que se le ha encontrado la solución antes. No?

Finalmente, la salud rural ha pasado por varios períodos que han constituido análisis por parte de los usuarios y de los equipos de profesionales y técnicos encargados de desarrollar los diversos planes y programas. Y si bien es cierto a partir de la aplicación de la reforma de salud han operado algunos cambios estos pueden ser, a mi juicio, los más significativos:

- Que el mapa epidemiológico ha resultado en variaciones explicadas en parte por el crecimiento económico de la nación, del cual los sectores rurales no han estado exentos, presentando diferencias estadísticas no significativas entre lo urbano y lo rural, según la Encuesta Nacional de Salud 2003, para patologías como la dislipidemia, hipertensión, diabetes mellitus, entre otras. Esta situación no ha sido acompañada cabalmente de la participación de los usuarios en el diagnóstico de sus necesidades y del verdadero compromiso de los que hacemos salud para oficiar un cambio real y concreto. Lo anterior ha impedido generar un verdadero cambio de visión del como hacer salud, partiendo del modelo biomédico al biopsicosocial.

- En la carrera por generar equidad en la calidad de la atención se fue gestando un desarraigo de los usuarios incluso de su propio sentido de pertenencia. Esta situación se explica por el hecho de que al pretender entregar una atención de calidad y a todos los chilenos equitativamente, se estableció que los partos debían ser atendidos con las mejores condiciones que solo se encontraban en centros de salud más complejos, con profesionales lo mejor preparados posible, como es en nuestro caso, en el hospital de Puerto Montt. Así se olvidaron del desarraigo que se produce de la mujer gestante que está acostumbrada a ver al profesional que permanentemente le atiende en su comuna, donde el acceso desde su hogar debe realizarlo con mucha dificultad, porque vive en un sector rural de difícil acceso y que le significa desembolsar una buena parte de su ingreso en el tema de traslado. La que tiene familiares que la pueden acoger en la cabecera comunal, lugar donde se encuentra su hospital y al que por cuestión de tiempo y de trabajo su pareja puede visitarla con esfuerzo pero con regularidad. El llevarla a Puerto Montt significa aislarla, sin visitas, incomunicada, vapuleada, en su dignidad de ser mujer, de ser persona y en un período tan labil como es el fin del embarazo y el parto. Y a pesar de considerar que esta decisión obedece a temas económicos, es válido recordar que el parto es un hecho de carácter fisiológico, que actualmente, en países como Canadá (inspiración de nuestro modelo de salud), se está discutiendo su medicalización e instrumentalización por parte del equipo de salud a cargo del proceso.

- La implementación y reingeniería que se aplicó a partir de los exigentes indicadores del programa de salud cardiovascular, han permitido dar cuenta de una realidad oculta en nuestra población. La diferencia que existe entre los hábitos y costumbres del usuario en relación a la mantención de los indicadores de su propia salud. ¿Irresponsabilidad o valores impuestos? Vale la pena investigar que cosa es más importante para el usuario.

- La globalización también ha influido en la relación usuario-profesional, de manera que hoy contamos con un usuario más informado y mucho más demandante que no espera, ya no es *"paciente*" y eso lo tiene muy claro. Ha sido capaz de acceder a mayor información respecto a su condición, respecto a sus derechos y está demandando mejoras en la calidad de la atención individual. En algunos casos vemos que esta nueva actitud pasa a ser una ventaja al ser el usuario proactivo, sin embargo en ocasiones se malentiende, sobretodo el tema de los derechos, generando exigencias no acordes con

las capacidades de los establecimientos de salud y obviando por completo el tema de las obligaciones que tienen como usuarios de un sistema.

- De la mano con lo anterior se viene el reconocimiento de las diferencias culturales, otorgando espacios validados en la cultura dominante de aquellas otras visiones de hacer salud. Situación que ha permitido atisbar a esos aspectos que ocultos por la mirada occidental, se han mantenido vigentes por mucho tiempo en el inconsciente cultural de nuestro país. Sin embargo hay una ambigüedad que deja el propósito anterior solo como una linda declaración de principios, ya que existe una participación parcial de estas alternativas puesto que no han sido validadas por la medicina alópata, más tecnologizada y con todos los espacios para su desarrollo. Aun existe un gran descrédito por estas opciones, tan difundidas en la población, por parte de quienes hacemos medicina y al no existir una verdadera interacción los pocos espacios que se abran no tienen un futuro muy promisorio.

- Los establecimientos de salud rural han caído en la obsolescencia desde la perspectiva del diseño de las plantas físicas, haciendo imposible que un equipo completo, mejor dotado de profesionales, pueda desarrollar una buena labor integral. Incluso es posible sugerir que el modelo actual se hace insuficiente para sectores que han evolucionado, aumentando su población y con ellos las demandas de atención primaria. Es necesario replantearlos en términos de planta física y del número y calidad de atención que brindan.

- La propuesta central de la Reforma reciente de salud no está pensada para su ejecución universal, ya que los sistemas de registro, las tecnologías estandarizadas y los traslados, por ejemplo, tienen variable no consideradas como son la dificultad de acceso, la dispersión geográfica, inclemencias del clima, los tiempos vitales, la formación profesional, los horarios [(4)].

- El nivel local cumple con abrir los casos y luego se les pierde la pista en los cuellos de botellas que todos conocemos a nivel terciario (dificultades en la referencia y contrarreferencia). El tema con la gente de los lugares más alejados es que los avisos de las horas de cirugía no llegan a tiempo y muchos casos se podrían cerrar, incluso por tener los criterios de incumplimiento del paciente sin que éste se enterara [(4)]. Esta situación se presenta con más deterioro de la calidad de atención en los sectores rurales, los cuales deben redoblar los esfuerzos de comunicación, desplazamientos, traslados, etc. para conseguir ser incorporados al sistema formal de atención, donde luego pasan a formar parte de extensas listas de espera.

- Con respecto a los reclamos confirmamos lo que muestran los números, existiendo pocos reclamos desde el sector rural y al tratar de averiguar el motivo nos encontramos que en la mayoría de los casos es por se desconocimiento absoluto de los plazos y las garantías, al igual que los conductos regulares para formalizarlos, esto por parte de los pacientes y del equipo, pues en las Postas ni el GES ni las OIRS funcionan. Otra razón es la pasividad violentamente aprendida a través del tiempo “La gente está acostumbrada a esperar, si históricamente siempre las horas han llegado después de meses de espera”.(K.S TPM Hospital de Fresia) [(4)].

CONCLUSIONES

Acorde con los cambios en las necesidades de salud del país, se ha realizado una reforma que ha impactado en la nación de diversas maneras dependiendo del área en la cual se halla dejado sentir su intervención, tanto de manera directa como indirecta. Trabajadores, directivos, usuarios e ideólogos, cuentan con opiniones propias y variadas, dependiendo del cristal que estén utilizando para realizar sus apreciaciones. La nuestra es una de las tantas que conforman un abanico digno de respeto como cualquier otra y llena de la responsabilidad que puede caracterizar, en nuestro caso, a los profesionales de la salud.

Es así que a través del análisis expuesto es que logramos concebir algunas conclusiones que pueden aportar al diálogo y mejorar de alguna manera el abordaje de los aspectos que pudieran haber quedado sin la profundización necesaria o francamente soslayados por la magnitud de las variables a considerar en dicha tarea.

- Si bien es cierto, la idea de aplicar un modelo de salud único en el país es de importancia a la hora de garantizar la mejor distribución del servicio a toda la población. Pero no es posible hablar de equidad si no se respetan las singularidades geográficas, topográficas, culturales y demográficas que caracterizan a las diversas zonas dentro de las cuales se pretende hacer llegar los beneficios del modelo. Así mismo es de importancia destacar que no se ha considerado la vinculación de las estrategias del modelo con los elementos potenciadores del capital social presente en las zonas que representan mayor complejidad para la sustentabilidad del mismo.

- Sentimos que los cambios ejecutados en virtud de la modificación de un modelo biomédico a uno biopsicosocial, tienden a permanecer solo en el espíritu de la reforma, y no más allá, al observar que tanto las metas y objetivos; servicios ofrecidos y estándares de medición empleados por los programas de salud, siguen siendo impuestos desde los niveles centrales y son de carácter cuantitativo, obviando las características propias de los usuarios, sus orígenes, sus expectativas, sus intereses y las reales opciones con las que cuentan para enfrentar sus condicionantes de salud. Eso sin tocar el tema del concepto particular de salud que cuenta para ellos.

- La ruralidad continúa siendo marginada por el Minsal, producto de la complejidad planteada a la hora de cumplir con metas trazadas, por ejemplo en las patologías GES. Situación que se genera a partir del diseño de políticas de salud públicas que utilizan criterios que consideran zonas urbanas y con características sociodemográficas homogéneas como referente.

- La bien calificada resolución de especialidades, que ha permitido descongestionar abultadas listas de espera es una buena prueba, dentro de muchas, de la capacidad de gestión que han tenido los equipos comunales de salud. Tal vez no se ha considerado prudente aún la entrega de mayores capacidades de decisión a los equipos locales, como el caso de Chiloé, situación que muy probablemente permita actuar con mayor pertinencia sobre aspectos propios de la salud en las zonas más complejas. Recordemos lo gravitante de decisiones centralista como la de suspender la construcción del puente a Chiloé y sus implicancias directas e indirectas en salud.

- No es posible avanzar en salud con un modelo nuevo, si los profesionales que están egresando de las universidades continúan recibiendo una formación basada en el modelo anterior. Es justo que el estado invierta en capacitar a quienes se formaron antes del cambio, sin embargo, los únicos beneficiados con el sostenimiento de esta situación, son las entidades que cobran primero por formar a un profesional de cierta manera y luego vuelven a cobrar por mejorarlo.

- Enlazado con el punto anterior, debido a que los profesionales egresan perfilados hacia la ultra especialización. También sus acciones van encaminadas en ese sentido. Urgiendo por más y más tecnologización de los establecimientos, orientando gran cantidad de recursos financieros hacia las necesidades planteadas por el mínimo de la población que llega a los niveles más altos y onerosos de la pirámide de salud, en circunstancias que la A.P.S. es de más bajo costo y beneficia a más población.

En resumen, una mirada nueva puede conferir nuevas respuestas. La salud rural en Chile ha debido hacerse a pulso y con el esfuerzo de grandes mujeres y hombres que han entregado algo más que 44 horas de trabajo a la semana; que han reconocido en esa labor un reto; que han optado por abandonar las comodidades de las grandes ciudades y que han hecho de su labor una forma de vida y un ejemplo para quienes vienen detrás. Y no debemos olvidar que la Salud es un continuo, más todavía lo es la Salud Rural la que ha modificado sus demandas para permitir su ingreso a un mundo globalizado, pero mantiene vigente sus características y sus variadas expresiones, obligándonos a reactualizar continuamente el diálogo. Lo cierto es que en ocasiones necesitamos arriesgar más de lo acostumbrado y no perdernos en el mundo de la certidumbre en el cual acostumbramos a movernos. Existen otras opciones, distintas de las ya probadas, dejemos espacio para que se manifiesten y no seamos nosotros los que nos opongamos a que las cosas mejoren

BIBLIOGRAFIA

(1) GOIC G, Alejandro y ARMAS M, Rodolfo. **Descentralización en salud y educación: La experiencia chilena**. *Rev. méd. Chile*, jul. 2003, vol.131, no.7, p.788-798. ISSN 0034-9887

(2) STARFIELD, BARBARA, **Atención Primaria, equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología.** Oxford University 1998, p.3- 4- 5-

(3) CASTRO V., MARIO. **Salud colectiva y medio ambiente,** Jaime Ibacache Burgos. Febrero 2003, p. 11

(4) JARAMILLO, WINKLER, CARVAJAL, CARVAJAL, FIGUEROA E IBACACHE. **Propuesta para el desarrollo de la salud en el ámbito rural.** Informe preliminar. S.S. Llanchipal, 15 de marzo de 2007,p 6-9-15-24-25-31

(5) GOMEZ E, Sergio. **Nueva ruralidad (fundamentos teóricos y necesidad de avances empíricos),** Instituto de Ciencias Sociales, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Agosto 2003, p 21

(6) **Seminario "Formación de Médicos en la actualidad en Chile"**. Conclusiones y recomendaciones. Comité Organizador. *Boletín de la Academia Chilena de Medicina 2002*. 2002; XXXIX: 167-82

(7) Goic A. **Proliferación de escuelas de medicina en Latinoamérica**: Causas y consecuencias. Rev Med Chile 2002; 130: 917-24