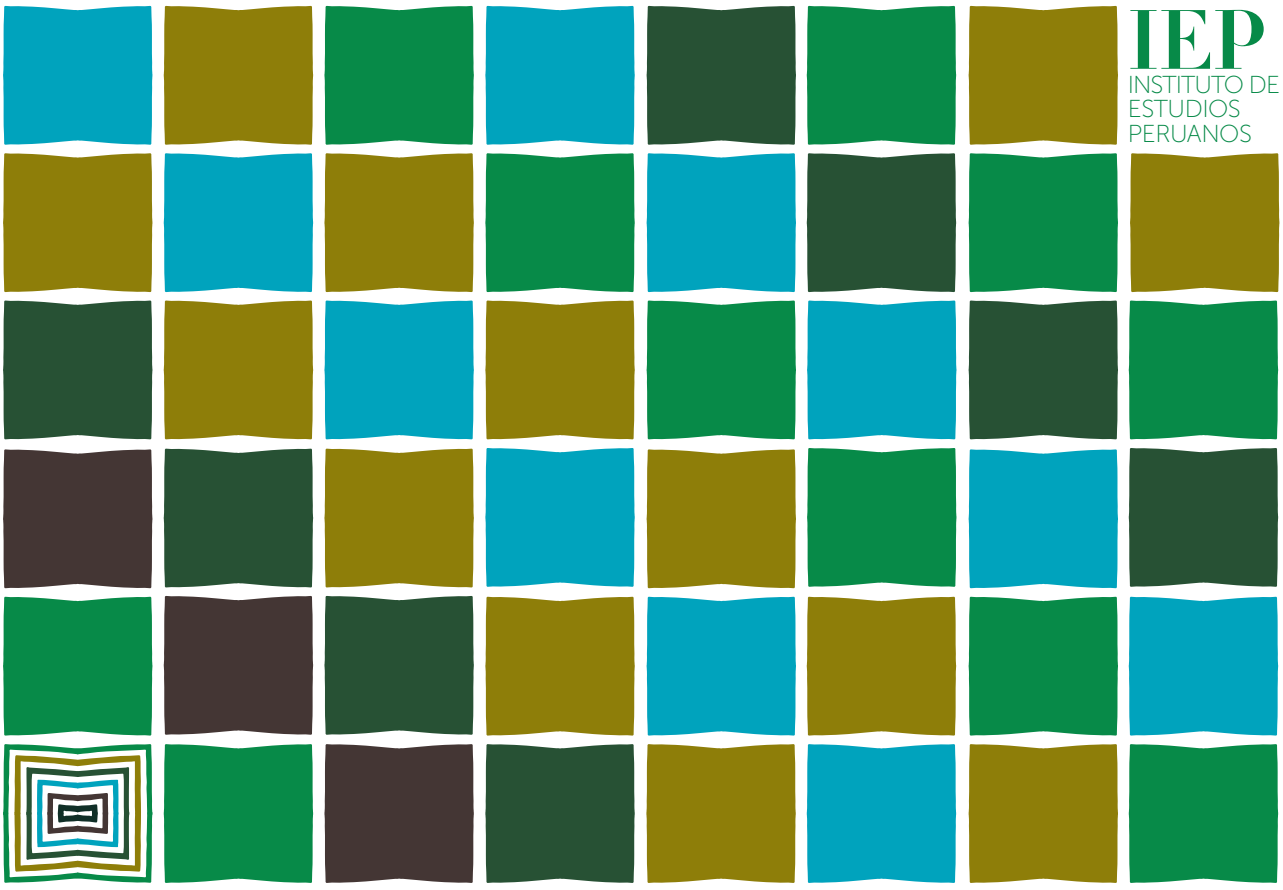
Ernesto Gozzer Infante

SALUD RURAL EN LATINOAMÉRICA EN TIEMPOS DE LA COVID-19



IEP
INSTITUTO DE ESTUDIOS PERUANOS

Ernesto Gozzer Infante

SALUD RURAL EN LATINOAMÉRICA EN TIEMPOS DE LA COVID-19

Documento de Trabajo N.° 274

IEP
INSTITUTO DE ESTUDIOS PERUANOS

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

© Instituto de Estudios Peruanos, IEP
Horacio Urteaga 694, Lima 15072
Central telefónica: (51-1) 200-8500
Web: <www.iep.org.pe>

Libro electrónico de acceso libre disponible en:
<http://repositorio.iep.org.pe/handle/IEP/9>

ISBN digital: 978-612-326-026-2

Documento de Trabajo-274 (ISSN 1022-0356)
Serie, Estudio sobre desarrollo, 45

Primera edición digital: diciembre de 2020

Corrección de estilo: Sara Mateos
Diagramación: Diego Ferrer
Asistente de edición: Yisleny López
Coordinación editorial: Odín del Pozo

Salud rural en Latinoamérica en tiempos de la Covid-19 / Ernesto Gozzer Infante. Lima, IEP, 2020.
(Documento de Trabajo, 274. Estudios Sobre Desarrollo, 45)

1. SALUD RURAL; 2. COVID-19; 3. ASPECTOS SOCIALES; 4. PROGRAMAS DE SALUD; 5. SALUD PÚBLICA; 6. AMÉRICA LATINA

WD/ 06.02.01/D/45

Índice

Introducción 5

1. Importancia de la salud rural para el desarrollo 7

2. Determinantes sociales de la salud y sector rural 13

3. Programas de salud rural 20

4. Impacto de la Covid-19 en los sistemas de salud rural 23

5. Retos y oportunidades 29

Referencias 31

Introducción

Como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades y dolencias". Es además un derecho humano. Por lo tanto, cuando nos referimos a salud rural estamos usando ese marco conceptual, aunque —esto hay que mencionarlo— mucha de la información y de los servicios de salud que se discutirán en este documento se centran en la atención de la enfermedad. Por otro lado, un elemento fundamental para la salud son los determinantes sociales, pues ellos influyen de manera significativa en la situación de la salud de individuos y poblaciones.

En comparación con los datos que se tiene sobre la salud en general, la información sobre la salud rural en Latinoamérica es dispersa y escasa. La mayor parte de la bibliografía al respecto —se trate tanto de artículos publicados en revistas indexadas como de la denominada "literatura gris"— proviene de países tales como Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda, Canadá e India (Murphy et ál. 2019)

Tiempo atrás, la salud de la población de las zonas rurales se asociaba con la atención médica provista en algunos países por los denominados "médicos titulares", los cuales eran contratados por los gobiernos locales para proporcionar atención médica en los pueblos o villas (Zafra Anta et ál. 2016). A comienzos del siglo XX empezó a crecer el interés por atender las necesidades de la población rural con una perspectiva más integral y, desde la segunda mitad de ese siglo, se reconoce la importancia de los determinantes sociales que afectan la salud y pueden influir en el desarrollo y bienestar de esa población.

Así, desde la década de 1960, los gobiernos latinoamericanos se reúnen para analizar y proponer intervenciones con el fin de mejorar la situación de la salud rural —que se caracteriza por la desigualdad, tanto en los indicadores de salud como en la disponibilidad y acceso a los servicios de salud—, considerando este asunto como una condición esencial para lograr el desarrollo socioeconómico y el aumento de la productividad de cada país.

Desde una perspectiva demográfica, la ruralidad ha ido disminuyendo sostenidamente desde mediados del siglo pasado. Actualmente, solo una de cada cinco personas de Latinoamérica vive en el ámbito rural. Esta menor proporción supone una menor cuota de poder político y de representatividad, lo que a su vez lleva a que se mantenga o acentúe la precariedad en el equipamiento social, como los servicios de salud y, por lo tanto, en el acceso a mejores oportunidades y condiciones de vida.

Por otro lado, desde el punto de vista territorial, lo rural representa un 90% del espacio disponible en la región, con un conjunto de recursos naturales renovables y no renovables que pueden ser una oportunidad para crear cadenas de valor que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población (Saravia-Matus y Aguirre Hörmann 2019). No obstante, lo rural representa también —especialmente en las actuales circunstancias— un desafío global, pues los modelos económicos predominantes y la globalización han llevado al ser humano a invadir ecosistemas que su propia biología desconoce, con la consecuente aparición de nuevas amenazas para la salud pública en general. Es importante recordar que el 75% de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes son zoonosis, es decir, infecciones que se transmiten de los animales a los seres humanos. Esto destaca la importancia de utilizar el enfoque denominado "Una salud", en el que de una manera interdisciplinaria la salud humana, ambiental y animal se encuentran para potenciar sus efectos.

1

Importancia de la salud rural para el desarrollo

El concepto de salud ha variado históricamente de acuerdo con la cultura, la ideología, la organización social y el desarrollo de la ciencia, entre otros factores. Hygeia ("salud e higiene") y Panacea ("cura para todo"), dos de las hijas del dios de la medicina, según la mitología griega, demuestran que desde la Antigüedad se le ha otorgado importancia a la salud (Perlstadt 2016).

Desde el siglo pasado, tres enfoques han predominado en el debate y desarrollo de políticas e intervenciones de salud. El primero entiende a la salud como la ausencia de enfermedades o dolencias. El segundo enfoque la concibe además como un estado que permite un adecuado funcionamiento social. El tercer enfoque, que es el de mayor consenso actualmente, considera a la salud como un derecho humano para alcanzar un estado en el que se alcanza un equilibrio dinámico entre las personas, los determinantes sociales y el medioambiente; en este enfoque más holístico, la salud es considerada un derecho universal.

En los dos primeros enfoques, son las profesiones médicas las que determinan quién está sano y quién enfermo a partir de criterios de carácter biomédico —considerando la presencia o ausencia de signos, síntomas y resultados de exámenes auxiliares—, y tanto los sujetos afectados como su entorno social quedan excluidos de la conceptualización de la salud. En el tercer enfoque, en cambio, los sujetos y la sociedad participan en la definición de la salud, trabajando junto con los especialistas en esa materia para encontrar un equilibrio que permita la prevención o el alivio de la enfermedad; en este enfoque los individuos son reconocidos como seres humanos con diferentes dimensiones que buscan su bienestar y el de la

sociedad (Sartorius 2006). Teniendo estos enfoques como referencia, podemos aproximarnos a lo que se viene entendiendo actualmente por salud rural y urbana.

Para entender la salud rural, es necesario destacar que, aunque la cantidad de población que ha migrado a las ciudades ha ido creciendo aceleradamente, hay por lo menos una quinta parte que habita en zonas rurales. No existe una definición compartida de salud rural en el mundo hispanohablante (con mayor frecuencia se encuentran definiciones sobre la salud de la población rural), por lo que su marco conceptual aún no está desarrollado.

Revisando la literatura anglosajona y la disponible en Latinoamérica, se podría entender la salud rural como un campo multidisciplinario de naturaleza compleja que se ocupa de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la organización de los servicios de atención médica en las zonas rurales. Sin embargo, por lo menos en la literatura hispanohablante, no se encuentra una definición clara de salud rural.

Siendo la definición de lo rural variable y diversa en cada país, lo que se entienda por salud rural también se verá afectado por la definición de lo rural. Así, para determinar lo rural, en algunos países predomina la variable demográfica, en la que el tamaño de la población tiene diferentes puntos de corte que van desde los 500 habitantes hasta los 25.000. Otros países utilizan la definición geográfica o administrativa y esa se convierte en el marco de referencia para conceptualizar lo rural (Dirven 2019).

La definición de lo rural ha ido cambiando en el tiempo, incorporando en muchos casos a poblaciones que habitan en zonas muy cercanas a centros urbanos. Esto dificulta fijar un marco de referencia capaz de tratar los problemas de salud que afectan a estas poblaciones y la forma en la que se debe organizar la prestación de servicios, los cuales pueden ser integrales (incluyendo promoción y prevención de la salud) o recuperativos (atención médica de diferentes niveles).

La salud urbana, por su parte, ha empezado a discutirse en la segunda mitad del siglo pasado, también en Latinoamérica, donde ha sido un tema de debate en foros multilaterales y luego objeto de intervenciones. La urbanización acelerada, no planificada e insostenible tiene un impacto sobre la salud y ha propiciado que los acuerdos internacionales planteen la necesidad de tratar ese tema, especialmente desde fines del siglo pasado. La salud urbana, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es "aquella rama de la salud pública que estudia los factores de riesgo de las ciudades, sus efectos sobre la salud y las relaciones sociales urbanas". Este concepto considera la perspectiva de ambiente-salud-enfermedad, pero también incorpora la necesidad de atender los determinantes sociales, económicos y políticos de la salud.

En la primera reunión regional sobre el tema realizada en México en el 2007, se priorizó los siguientes elementos: 1) la gobernabilidad, es decir, los procesos de toma de decisiones, la movilización y el uso de recursos, el grado o calidad de gobierno, y la capacidad de diseñar, implementar y evaluar políticas que afectan la salud de los habitantes de los centros urbanos; 2) la métrica de la salud urbana, referida a los indicadores para analizar la calidad de vida, las desigualdades sociales, la identificación de áreas y grupos de población prioritarios, la evaluación de los

determinantes sociales; y 3) el enfoque de equidad en salud urbana, que implica "orientar los esfuerzos hacia la reducción de las diferencias en resultados y riesgos de salud entre diferentes áreas urbanas y los grupos humanos que las habitan" (Secretaría de Salud México 2008).

Aunque se reconoce la importancia de la salud rural, no existe en Latinoamérica un marco de referencia para plantear políticas, planes, programas e intervenciones que atiendan las necesidades de la población rural, y aún menos para formar recursos humanos en este campo. Una expresión de este pobre o elemental desarrollo es la ausencia de programas de formación en salud rural en la región, donde solo se encuentran posgrados en salud pública en los que no se trata explícitamente la salud rural. En Australia, en cambio, se ofrecen diversos posgrados en salud rural tales como salud rural, salud rural e internacional, y medicina rural. En Estados Unidos hay maestrías en salud comunitaria rural y gestión de servicios de salud rural. El Reino Unido cuenta con una maestría en medicina rural, y Canadá tiene maestrías en medicina rural y remota y en salud pública con mención en poblaciones indígenas. Finalmente, Sudáfrica cuenta con una maestría en salud rural.

Esta debilidad en el marco conceptual plantea la necesidad de llevar a cabo una discusión más sistemática, que cuente con apoyo político, para decidir si es necesario contar con un marco de referencia que se ocupe de analizar los problemas y de plantear intervenciones de largo plazo en este campo. En el siguiente recuadro se mencionan algunos elementos para guiar una discusión sobre un marco conceptual de la salud rural en Latinoamérica.

Elementos para la discusión sobre un marco conceptual de la salud rural en Latinoamérica

- ¿Se requiere desarrollar un marco conceptual para desarrollar estrategias que mejoren la salud integral de la población que vive en zonas rurales?
- ¿Cuál sería el concepto de salud rural más apropiado para uso de los países miembros de la ONU?
- ¿Es necesario y posible incorporar la variable rural en las bases de datos de salud?
- ¿Es la atención primaria de salud un enfoque y estrategia válidos para desarrollar las intervenciones en salud rural?
- ¿Cuáles son las preguntas y desafíos clave que los gobiernos nacionales y locales tienen que enfrentar para desarrollar una planificación y respuesta efectiva que promocione y proteja la salud de la población que vive y trabaja en las zonas rurales?
- ¿Qué modelos, enfoques o experiencias exitosas orientan el desarrollo de mejores condiciones de salud rural en Latinoamérica?
- ¿De qué instrumentos de recolección y análisis integral de aspectos de salud rural a escala nacional, regional y local se dispone? ¿Cuáles instrumentos se pueden proponer para comprender mejor la situación actual y las tendencias futuras de salud rural?
- ¿En qué forma la FAO, la OPS y otros organismos multilaterales, sus centros colaboradores y centros de excelencia, pueden ayudar en el desarrollo de capacidades nacionales y locales en el tema de salud rural?
- ¿Qué temas de investigación operativa se debe promover?

Fuente: Adaptado de OPS/OMS (Secretaría de Salud México 2008).

Al no existir un consenso en la definición, resulta difícil encontrar datos para analizar la situación de la salud de la población rural, más aún para hacer comparaciones entre países. Como consecuencia, resulta difícil identificar la asignación de recursos financieros para los servicios de salud y la inversión para crear capacidades; tampoco es fácil saber si estos recursos se orientan a responder a las necesidades de la población rural. Resulta urgente revisar estos enfoques y realizar investigaciones que permitan conocer mejor lo que viene ocurriendo en el ámbito rural. Como sucedió con la salud mental y otros problemas que fueron transparentados cuando se realizaron estudios, en términos de planificación y asignación de recursos sería muy útil aclarar el enfoque, efectuar investigaciones y asignar una mayor prioridad a los problemas de salud de la población rural.

La manera como las personas entienden la salud está mediada por muchos factores, como la diversidad cultural, el desencuentro con los servicios de salud, la distancia geográfica y el costo para acceder a los servicios formales u occidentales, así como los servicios de salud tradicionales. Por lo general, esto determina que se produzcan choques entre diferentes modos de entender la salud. Por otro lado, con cierta frecuencia se encuentra que hay una búsqueda de atención de la salud simultánea o secuencial en los sistemas tradicionales —según la cultura de la zona— y en los de la medicina occidental. La forma como se produce este encuentro va a influir en la manera como la propia población entiende a su salud. Si bien esto no es igual en todas las zonas rurales, hay ciertas características comunes.

El modo como se concibe la salud repercute en la búsqueda de servicios preventivos y curativos. Su entendimiento puede servir para diseñar e implementar estrategias de información y educación sobre problemas de salud prevalentes, así como para mejorar la búsqueda de atención médica y la adherencia a tratamientos, especialmente de enfermedades crónicas.

Algunas poblaciones rurales entienden la salud como un estado que les permite funcionar socialmente, lo que incluye la capacidad para trabajar, mantener sus relaciones y actividades sociales y conservar su autonomía. En un estudio se encontró que quienes residen en el ámbito rural consideran que trabajar duro y comer bien es una forma de mantenerse sanos, a pesar del estrés laboral y de las particulares condiciones de vida que existen en las zonas rurales (Gessert et ál. 2015, Hoyt et ál. 1997).

En muchos casos, los pobladores rurales conciben la atención de la salud como un servicio predominantemente curativo. Hay una tendencia a concebir la enfermedad como un fenómeno natural que no se puede evitar, lo que a menudo demora la decisión de buscar atención médica. En esos casos, la atención se produce cuando la capacidad de trabajar del profesional de la salud ya está significativamente afectada o cuando el dolor del paciente ya no es soportable. Por otro lado, una vez producida la recuperación, o si las secuelas de la enfermedad no alteran demasiado el ritmo de vida de quien la ha padecido o alguien puede ocuparse de la atención, es poco frecuente entre los pobladores rurales acudir a la rehabilitación o seguir las indicaciones del profesional. Este es un patrón que se repite en diferentes partes del mundo y que debe conocerse cuando se planea llevar a cabo un programa de salud rural, para poder adecuar las estrategias a las características culturales y sociales de la población objetivo.

En el siglo pasado, los países latinoamericanos se caracterizaban por sus amplias zonas rurales con población dispersa, una situación que en la mayoría de los casos se acentuaba por la ausencia de caminos y transportes adecuados. La dispersión poblacional se ha relacionado con el estancamiento productivo, la pobreza extrema, la marginación y el rezago sociodemográfico. En las últimas décadas, en cambio, se ha producido en la región una urbanización acelerada, lo que ha permitido que la población rural se conecte con lo urbano de variadas maneras, especialmente con los pueblos pequeños, pero también con grandes urbes en una suerte de contigüidad territorial. Por otro lado, el acceso a las nuevas tecnologías de información y comunicación está permitiendo una creciente conexión entre los pobladores. En este contexto se ha dado un encuentro entre los sistemas de salud tradicionales y occidentales.

Por ejemplo, en la zona rural de Jalisco, en México, ambos sistemas tienen la misma validez y se recurre a uno o a otro dependiendo de la persistencia de la enfermedad y de la disponibilidad de servicios y recursos. En otros lugares, como en Atacama, en Chile, y en la región andina de Perú, se recurre a los servicios occidentales de salud solamente después de que la dolencia o enfermedad persiste o se hace más aguda.

Es importante destacar que en el amplio mosaico cultural de la región —en el que puede haber una combinación de elementos mágicos y pensamiento sincretista, mimético y animista—, cada comunidad rural tiene su propia manera de asumir el proceso salud-enfermedad, lo que influye en su modo de entender, explicar y responder a sus experiencias de dolor y enfermedad. Esto determinará que "una dolencia puede ser ignorada, tolerada, sobredimensionada, negada, sobreactuada o racionalizada", como indican Soru y otros autores (2012), un aspecto que destaca la importancia de adoptar el enfoque intercultural de la salud, que reconoce los saberes y las formas de entender la vida del *otro* (Hilas et ál. 2004, Salgado de Snyder et ál. 2003, Soru et ál. 2012)

Las poblaciones rurales, por lo general, carecen de influencia política y no son una prioridad en las intervenciones que los gobiernos desarrollan para reducir brechas sociales (Geyndt 1983). El enfoque del desarrollo desde el punto de vista de la capacidad, muy influido por las obras de Amartya Sen, plantea que la buena nutrición, la salud y el fortalecimiento del alfabetismo funcional deben considerarse objetivos del desarrollo, aunque el rendimiento de la inversión sea nulo si se lo mide en términos económicos convencionales (Rodríguez-García y Goldman 1996, Sen 1999).

La salud es reconocida como un requisito indispensable, un resultado y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica, medioambiental y social. Por ello, la cobertura universal de salud —una de las prioridades de la agenda de salud global— supone un reto para todos los Estados, especialmente para Latinoamérica, donde se mantienen importantes brechas entre la salud urbana y la rural. Incorporar las cuestiones de salud en los programas de desarrollo económico puede beneficiar tanto a la población como a la economía y ayudar a reducir los gastos del gobierno. Como señaló el doctor Halfdan Mahler en 1980, un reconocido líder de la salud global y exdirector general de la OMS, "la meta del desarrollo económico es aumentar el bienestar de las personas. Salud para

todos no es tan solo un subproducto del desarrollo. Es una palanca fundamental para iniciar el proceso mismo del desarrollo" (Rodríguez-García y Goldman 1996).

Entonces, la salud es un derecho humano que debe ser alcanzado para que todas las personas puedan beneficiarse del desarrollo y a la vez contribuir con él. Por otro lado, como se dijo, el acceso universal a la salud constituye una de las prioridades de la agenda de salud global. Uno de los grandes retos es cómo establecer estrategias e intervenciones sostenibles para reducir las brechas de salud que persisten entre la población urbana y la rural, especialmente la que habita en zonas remotas. Mantener la desigualdad en el acceso a la salud, en general, y a los servicios de salud, en particular, debilita la salud pública de un país (Meit y Knudson 2009).

Los retos son mayores, pues algunos estudios demuestran que la provisión gratuita de servicios de salud no es suficiente si no se introducen cambios sustantivos en la forma como se organizan y brindan los servicios. En un mundo cada vez más interconectado, mientras haya una amenaza a la salud en cualquier lugar del planeta, es imposible estar protegidos. Es más, la invasión de nichos ecológicos nunca antes explorados puede traer nuevas enfermedades que pueden hacer retroceder los potenciales avances de un desarrollo económico y social.

2

Determinantes sociales de la salud y sector rural

La OMS define los determinantes sociales de la salud como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen [...] Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas" (Organización Mundial de la Salud s. f.: 1). En ello se incluye:

> [...] el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente inequitativas y dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de dichas condiciones sean diferentes, en cuyo caso se consideran desigualdades, o que, de hecho, estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cuyo caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas destinadas a aumentar la equidad. (Organización Panamericana de la Salud 2018: 1)

Esto va a ser de particular importancia en el análisis de la situación de las poblaciones rurales. Los determinantes sociales de la salud "explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria" (Organización Mundial de la Salud s. f.: 1).

> El análisis de estos determinantes reviste particular importancia en esta Región dado que la inequidad y la desigualdad en materia de salud siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo sostenido. Las personas que viven en la Región suelen verse afectadas de manera

> desproporcionada por las condiciones deficientes de la vida cotidiana, causadas por los factores estructurales y sociales (macroeconomía, etnicidad, normas culturales, ingresos, educación, ocupación). Estas condiciones y factores son la causa de las desigualdades y las inequidades generalizadas y persistentes en materia de salud en todo el continente. (Organización Panamericana de la Salud 2018: 1)

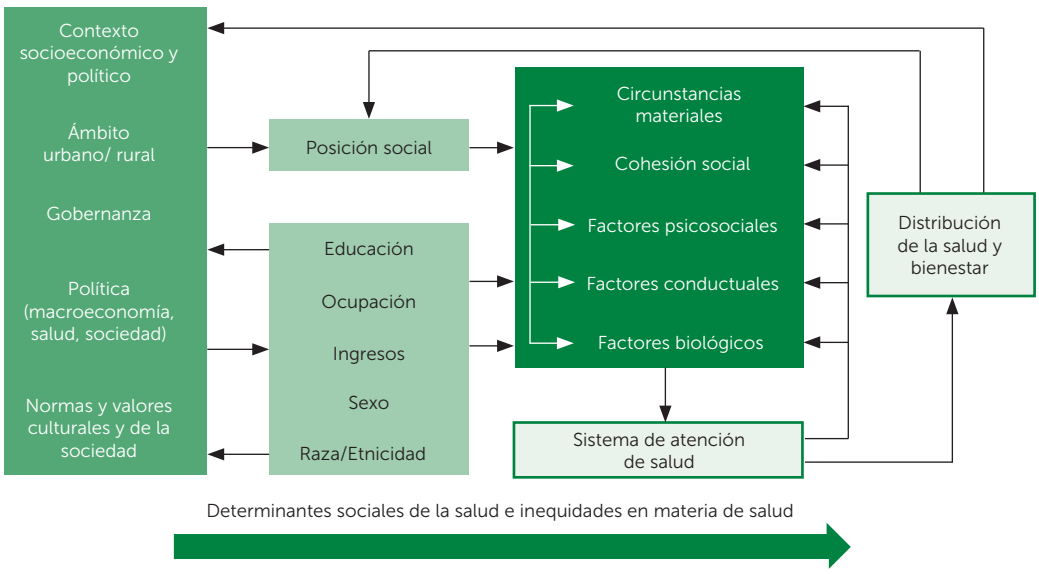
Como también indica la OPS:

> [...] las recientes mejoras logradas en el ámbito de la salud en toda la Región se debieron en parte a los avances del desarrollo económico y social de los países, la consolidación de los procesos democráticos, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el compromiso político de los países para atender las necesidades de salud de sus poblaciones. En esa estrategia se reconoce que las políticas e intervenciones en las que se abordan los determinantes sociales de la salud y se fomenta el compromiso de la sociedad en su totalidad de promover la salud y el bienestar, haciendo hincapié en grupos en situaciones de pobreza y vulnerabilidad, son requisitos esenciales para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Hay una clara necesidad de seguir realizando esfuerzos para superar la exclusión, la inequidad y los obstáculos para el acceso y la utilización oportuna de los servicios de salud integrales. Es necesario adoptar mejores medidas intersectoriales para influir en las políticas, los planes, la legislación y los reglamentos que abordan los determinantes sociales de la salud, así como en la acción conjunta en este sentido más allá del sector de la salud. (Organización Panamericana de la Salud 2018: 1)

Los determinantes sociales incorporan elementos estructurales, como es el carácter político, y también lo que se denomina la "gradiente social", es decir, la posición social de las personas. La figura 1 describe el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, al que se le debe agregar la dualidad urbano-rural, considerando la brecha de salud entre ambos ámbitos.

Figura 1

Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



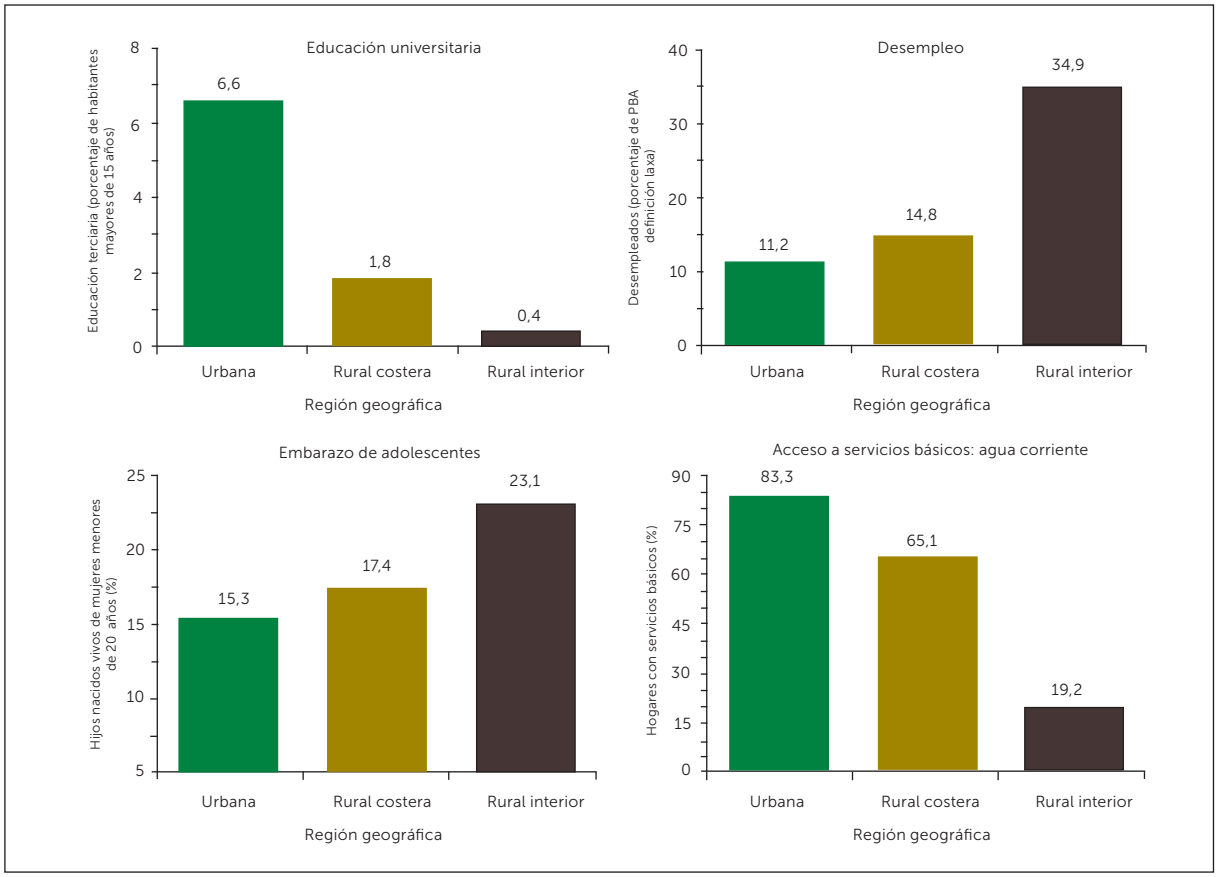
Fuente: Adaptado de Solar e Irwin, Organización Mundial de la Salud 2007.

Un ejemplo que muestra cómo la intersección de los determinantes impacta sobre la salud de las personas, es la situación de las mujeres indígenas de comunidades rurales en Latinoamérica, quienes no tienen un acceso igualitario a servicios de salud reproductiva convenientes, asequibles o culturalmente apropiados, como tampoco acceden a la educación. Las mujeres de las minorías étnico-raciales experimentan con frecuencia una exclusión social y económica que produce inequidades en materia de salud en muchos momentos de su vida, en particular durante el embarazo y el parto.

Las gradientes sociales en algunos determinantes de la salud se pueden observar en la figura 2, para el caso de Surinam, que muestra una gran disparidad según las regiones geográficas. Una evaluación posterior confirmó que los determinantes sociales vinculados con las principales enfermedades que contribuyen a la pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) son la ubicación geográfica, la situación socioeconómica, el grupo poblacional y el sexo. Con esta información, el gobierno de Surinam definió sus líneas de intervención y está reduciendo las brechas. Estos resultados sirvieron para establecer ocho áreas de acción específicas en la aplicación del enfoque multisectorial de la salud. La experiencia de Surinam demuestra lo positivo que puede ser adoptar este enfoque y destaca los fuertes vínculos que existen entre los determinantes sociales de la salud y la salud en todas las políticas (Organización Panamericana de la Salud 2015).

Figura 2

Gradientes sociales en algunos determinantes de la salud, según las regiones geográficas, Surinam, 2004

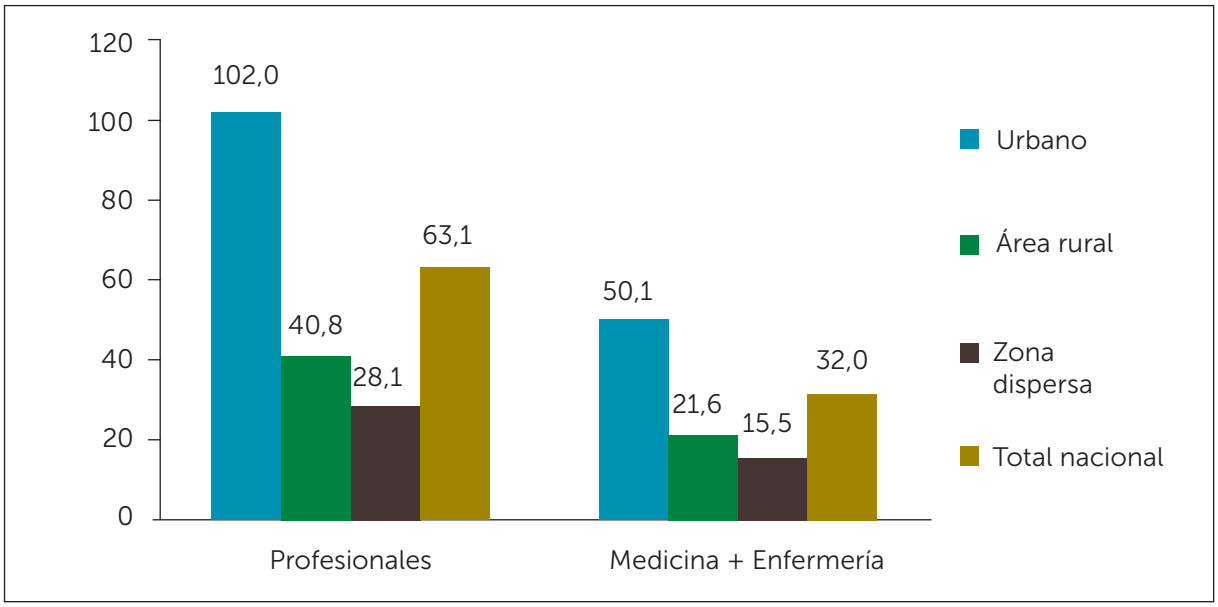


Fuente: Organización Panamericana de la Salud 2012.

El acceso universal a la salud es una iniciativa y aspiración que está aún lejos de alcanzarse, especialmente en los países de bajos y medianos ingresos, donde además existe una brecha entre la población urbana y la rural. En muchos países de Latinoamérica, los establecimientos de salud y otros recursos están desigualmente distribuidos entre las zonas rural y urbana, como se observa en la figura 3, que muestra la diferencia respecto de los profesionales del área de la salud. La brecha es aún mayor cuando se trata de poblaciones dispersas.

Figura 3

Densidad estimada de profesionales del área de la salud, según tipo de municipio, Colombia, 2016 (por cada 10 mil habitantes)

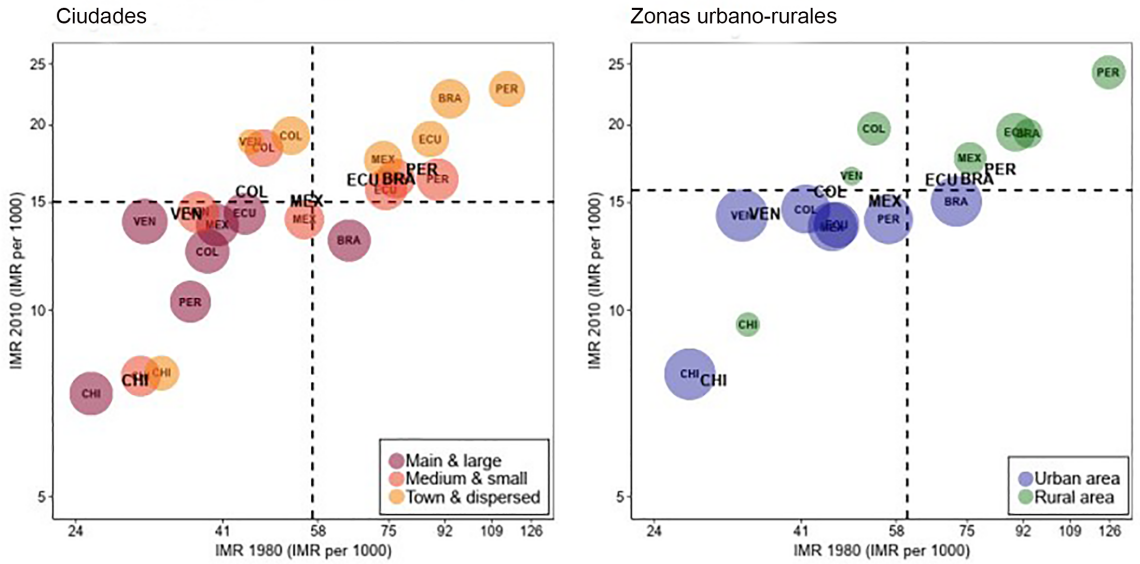


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia, Plan Nacional de Salud Rural 2019.

La tasa de mortalidad infantil (TMI o número de nacidos vivos que fallece antes de cumplir un año por cada mil habitantes) es un indicador que contribuye a averiguar la situación de salud de una población. Un estudio publicado en el año 2020 muestra que la TMI es varias veces mayor en la zona rural que en la urbana. La diferencia se mantiene cuando comparamos el tamaño de las poblaciones. Como se observa en la figura 4, en siete países de Sudamérica —Chile, Perú, Ecuador, Colombia, Brasil, Venezuela y México— la TMI se reduce entre 1980 y 2010 para ambos ámbitos, aunque la zona rural siempre tiene una tasa más alta. El cuadrante inferior izquierdo muestra los mejores resultados, mientras que en el superior derecho se observan los peores (García 2020).

Figura 4

Mortalidad infantil por grupo de ciudades y áreas, 1980 y 2010



Nota: Las líneas punteadas representan la media para los años 1980 y 2010. Los tamaños de las burbujas se ajustan de acuerdo con la proporción de la población recogida en cada categoría.

IMR =	TMI, Tasa de mortalidad infantil por cada mil habitantes
Main & large =	Ciudades principales y poblaciones grandes
Medium & small =	Ciudades medianas y poblaciones pequeñas
Town & dispersed =	Poblados pequeños y población dispersa
Urban area =	Área urbana
Rural area =	Área rural

Fuente: García 2020.

Los principales desafíos que presenta la salud en el medio rural son sistémicos y sanitarios.

a) Sistémicos

Se requiere lo siguiente (Castilho et ál. 2018, Melvin et ál. 2020, Scheil-Adlung 2015)

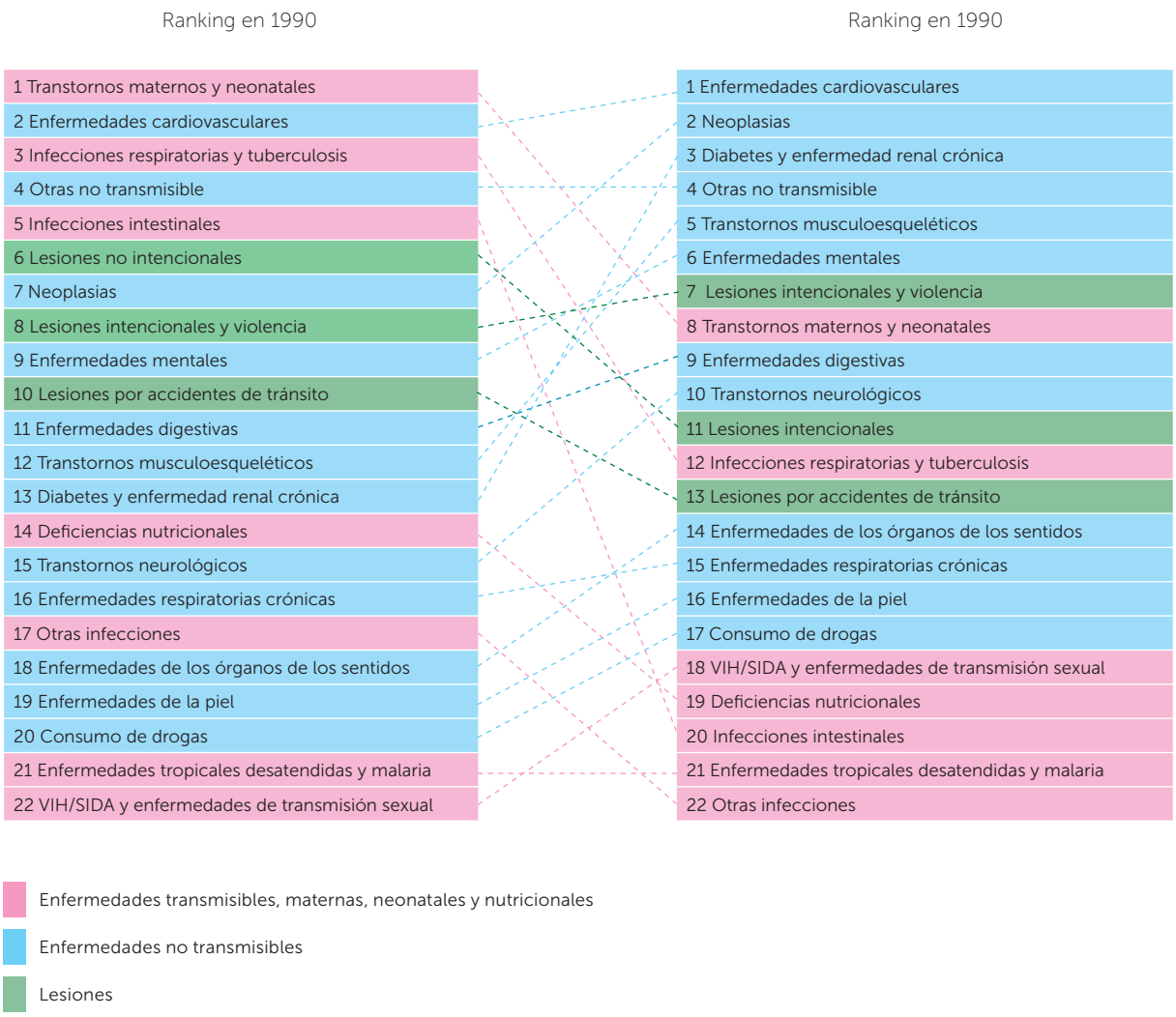
- Investigación sobre los problemas y sus estrategias de abordaje
- Acceso a servicios de salud con profesionales suficientes y competentes
- Estrategias de promoción de la salud y medidas preventivas culturalmente adecuadas
- Cobertura de protección social y financiera
- Información y comunicación en salud culturalmente adecuadas
- Reducción del estigma asociado con ciertas condiciones, como salud mental o abuso de sustancias

b) Sanitarios

Los problemas de salud más frecuentes en Latinoamérica y el Caribe han variado en los últimos 27 años. Los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) son una medida de carga de la enfermedad global que ha permitido identificar ciertas enfermedades o problemas de salud (como los que afectan la salud mental) que por su baja mortalidad no eran reconocidos. En Latinoamérica y el Caribe se observa que el patrón de enfermedades se ha modificado: ahora las enfermedades crónicas superan a las infecciosas y las causas externas mantienen su importancia. Es posible que el patrón de carga de enfermedad sea similar en las zonas rurales, pero con una situación de desventaja (Institute of Health Metrics and Evaluation 2020).

Figura 5
Carga global de enfermedad en Latinoamérica y el Caribe 1990-2019

Ambos sexos, todos los grupos de edad, años de vida ajustados por discapacidad por 100.000 habitantes



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation 2020.

Se ha examinado bases de datos bibliográficas con publicaciones revisadas por pares y "literatura gris", pero no se ha encontrado estudios que diferencien las principales causas de enfermedad y muerte. Esta información se encuentra disponible en diferentes formatos para algunos países en los que se realizan encuestas nacionales que muestran, por lo general, una gran y variable disparidad entre las zonas rurales y las urbanas, pero no hay agregados por regiones o a escala mundial, como sí los hay para los problemas de salud en general.

Por ejemplo, en el reporte sobre indicadores básicos de salud de la OPS y en el *World health statistics* de la OMS, la palabra rural aparece 3 y 4 veces, respectivamente. El informe sobre carga global de enfermedad no hace un desagregado entre lo rural y lo urbano. Existe una gran variación en las principales causas de mortalidad: mientras que en la Amazonía peruana las principales causas son la diarrea, neumonía, malaria, accidentes, mordeduras de serpiente, parasitosis y tuberculosis (Contreras-Pulache et ál. 2014); en las zonas rurales de España lo son las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias, las enfermedades neurológicas y las respiratorias. Para poder definir mejor las estrategias de salud en zonas rurales será muy importante agregar esta variable a las bases de datos ya existentes.

3

Programas de salud rural

En 1978 se realizó en Alma Ata, Kazajistán, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, en la cual se aprobó esta clase de atención como un enfoque y estrategia —no como un nivel de atención— para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Esta iniciativa de los países que conformaban la OMS fue la inspiración y el antecedente para que Naciones Unidas promoviera los Objetivos del Milenio (ODM) y, luego, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

La atención primaria de la salud "exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud". Comprende la "asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación" (Organización Mundial de la Salud 1978).

Los principios que plantea la atención primaria de la salud incluyen la distribución equitativa de los recursos, la participación comunitaria, el uso de tecnologías apropiadas, la cooperación intersectorial y el énfasis en la prevención sin excluir los cuidados curativos: incorporar la promoción y la educación sanitaria sobre cómo controlar y prevenir los problemas de salud más habituales. Estos principios se derivan de una serie de experiencias de salud rural, como las de Cuba, Chile, México, Perú y Venezuela, en Latinoamérica, que contribuyeron al desarrollo de la estrategia y a su implementación (Alva y Castillo 1982, Gandolfo et ál. 1988, Geyndt 1983).

En varios países latinoamericanos existen o han existido programas que se dirigen a las poblaciones rurales, organizados con diferentes fines, que ahora confluyen en la estrategia mundial de acceso universal a la salud. En algunos casos, como el de Colombia, responden a compromisos de los acuerdos de paz. Otros se iniciaron con el fin de incluir a grupos que han estado secularmente al margen de los servicios de salud de su país, como el caso de Perú en los años noventa, cuando se llevó a cabo un programa de atención a poblaciones rurales dispersas que atendía de manera integral y con equipos multidisciplinarios móviles que fueron cambiando de denominación y perdieron, progresivamente, apoyo político y financiamiento, aunque se mantienen en ciertas regiones pero de manera desarticulada. En otros se han desarrollado, más que programas específicamente dirigidos a la población rural, estrategias para aumentar la inclusión social de personas en situación de pobreza y vulnerabilidad, que cubren a población rural, a las que se les exige cumplir algunas condiciones, principalmente en materia de educación y salud (véase el recuadro).

Transferencias condicionadas de efectivo: Mejorar los resultados para los más vulnerables

"Los efectos de la pobreza son particularmente perjudiciales en las poblaciones vulnerables, como los lactantes y los niños. Por consiguiente, muchos programas de transferencias condicionadas de efectivo se han centrado en la salud materno-infantil. Por ejemplo, 'Juntos', un programa de transferencias de efectivo en Perú, tiene por objetivo sacar a los niños de la pobreza y mejorar su educación, salud y nutrición. Si bien este programa parecía haber conducido a mejoras moderadas en el nivel de matriculación escolar (un aumento del 4%), una evaluación reciente reveló que había mitigado el problema de desnutrición crónica extrema en los niños participantes. El programa también ha mejorado con éxito el acceso a los recursos y servicios. Desde el 2012, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social ha administrado Juntos, en coordinación con diversos ministerios a cargo de los asuntos sociales. Esta cooperación a través de los sectores abrió el acceso a una variedad de servicios públicos ofrecidos por cada ministerio a título individual.

El programa 'Uruguay Crece Contigo' utiliza otra plataforma exitosa, que realiza actividades sumamente centradas en los ciudadanos más vulnerables. El impacto sobre los que se matricularon ha sido considerable hasta el momento, lo cual reduce el nivel de depresión en las madres y las embarazadas del 31% al 16% desde el 2012. Otras medidas tienen que ver con la inclusión en redes de seguridad social, como las asignaciones familiares y los programas de vivienda, y la creación de políticas inclusivas. Esto último reviste particular importancia, pues la formulación de políticas inclusivas contribuye a promover oportunidades económicas para los pobres.

Tanto en Uruguay como en Perú, la ejecución contextualizada fue un aspecto clave; no obstante, en cada caso y en otros lugares de la Región, la integración de diferentes sectores institucionales en una estrategia general ha permitido que las instancias decisorias puedan crear estrategias integrales para combatir la pobreza en formas novedosas y eficaces".

Fuente: Organización Panamericana de la Salud 2018: 7.

En la actualidad, los programas de salud rural en Latinoamérica son diversos, dispersos y, salvo algunas excepciones, no están diferenciados. En muchos países, la atención médica en el sector rural se complementa o incluso se basa en servicios provistos por médicos y otros profesionales de la salud que tienen que ejercer su profesión antes o inmediatamente después de graduarse en zonas rurales como una forma de retribuir al Estado por su formación. Por lo general, este servicio es obligatorio para poder trabajar en instituciones públicas. Aunque no se trata de un programa de salud rural, permite contar con personal de salud en lugares que de otro modo no contarían con esos profesionales, aunque muchos cuestionan la escasa supervisión que se hace de este servicio, la cual no permite garantizar una cobertura de calidad.

Uno de los pocos programas que apareció antes de aprobarse la atención primaria de la salud a escala mundial, y que se mantiene en vigencia, es el Servicio Médico Rural de Cuba. Antes de 1959, en ese país solamente había un hospital rural con diez camas. Pocos años después, y debido a la prioridad que se le dio a la creación de un sistema de salud unificado que brindara cobertura universal, se construyeron decenas de hospitales rurales a los que se les asignó personal médico y de otras profesiones de la salud para realizar atención médica del primer nivel. Progresivamente, se le fueron sumando actividades preventivo-promocionales y redefiniciones del ámbito de acción, considerando el acceso físico y el tamaño de la población a ser atendida. El Servicio Médico Rural cubano tuvo como función "prevenir las enfermedades y revitalizar los servicios de salud para los más necesitados, esto es, las personas que eran pobres, que tenían una salud precaria o que vivían lejos de centros urbanos" (Organización Panamericana de la Salud 2020; Alva y Castillo 1982; Gorry 2012; Ruiz Hernández 2015; Reed 2008).

Por otro lado, Colombia elaboró el Plan Nacional de Salud Rural en el 2019, en el marco del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera (Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia, 2019). Otros países latinoamericanos también tienen experiencias de intervenciones y proyectos de atención a la población rural. Sin embargo, no hay verdaderos sistemas o servicios de salud rural en la región. En países anglosajones, como Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda y Gran Bretaña, existen políticas y servicios específicamente dirigidos a atender a la población rural, como atención móvil (odontológica, médica y quirúrgica), telemedicina, hospitales rurales, sistemas de referencia, salud mental, atención domiciliaria. En esos países hay, asimismo, programas de información y comunicación culturalmente diseñados con participación de los grupos involucrados.

Aunque sin el nombre explícito de salud rural, en Latinoamérica se llevan a cabo diversas intervenciones que atienden las necesidades de la población rural. Hace falta saber si estas necesidades se están cubriendo realmente.

Por otro lado, ni la OMS ni la OPS tienen programas específicos de salud rural, aunque de manera transversal, este concepto forma parte de muchas de sus estrategias y programas. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) tampoco tiene un programa de ese tipo, sin embargo la promoción de la salud y la prevención de riesgos y daños se incluyen de manera transversal en sus programas.

La World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) —la organización internacional que reúne a las universidades, academias y asociaciones interesadas en la práctica de la medicina general (o de familia)— ha elaborado varios reportes especiales y organiza todos los años una conferencia internacional sobre salud rural (Strasser 2003). Asimismo, el Banco Mundial ha financiado proyectos de salud rural en varios países y cuenta con el Programa de Agua y Saneamiento, el cual tiene como una de sus prioridades mejorar el acceso de las poblaciones rurales a estos servicios. Por último, diversas organizaciones de la sociedad civil ubicadas en diferentes países promueven el desarrollo rural e incluyen proyectos de salud, como TULA Salud en Guatemala y La Higuera en Argentina.

4

Impacto de la Covid-19 en los sistemas de salud rural

La enfermedad del coronavirus 2019 (Covid-19) es una zoonosis —es decir, una enfermedad que se transmite de los animales a los seres humanos— que se originó en China y que se ha convertido en una pandemia. En la actualidad, ha infectado a más de 32 millones de personas a escala mundial y causado la muerte de más de un millón de ellas. Inicialmente fue considerada una infección respiratoria (una "neumonía atípica"), pero muy pronto la evidencia demostró que es una enfermedad que afecta a varios órganos del cuerpo (sistémica). Debido a que puede ser transmitida por personas asintomáticas y presintomáticas, a su largo periodo de incubación (1-14 días), a la deficiente preparación de los profesionales del área de la salud para aplicar e interpretar resultados, y a la lentitud en tomar medidas preventivas, la Covid-19 se ha propagado con gran rapidez por todo el mundo, empezando por aquellos países que se encuentran más conectados entre sí. En consecuencia, de Asia llegó rápidamente a Europa y luego a Estados Unidos y Latinoamérica, cambiando el epicentro de la pandemia, actualmente ha llegado a todas las regiones del mundo y menos de diez países no han reportado casos, casi todos pequeñas islas. También fue cambiando el grupo de personas afectadas, de las de ingresos medios y altos que podían viajar a los grupos menos favorecidos y vulnerables.

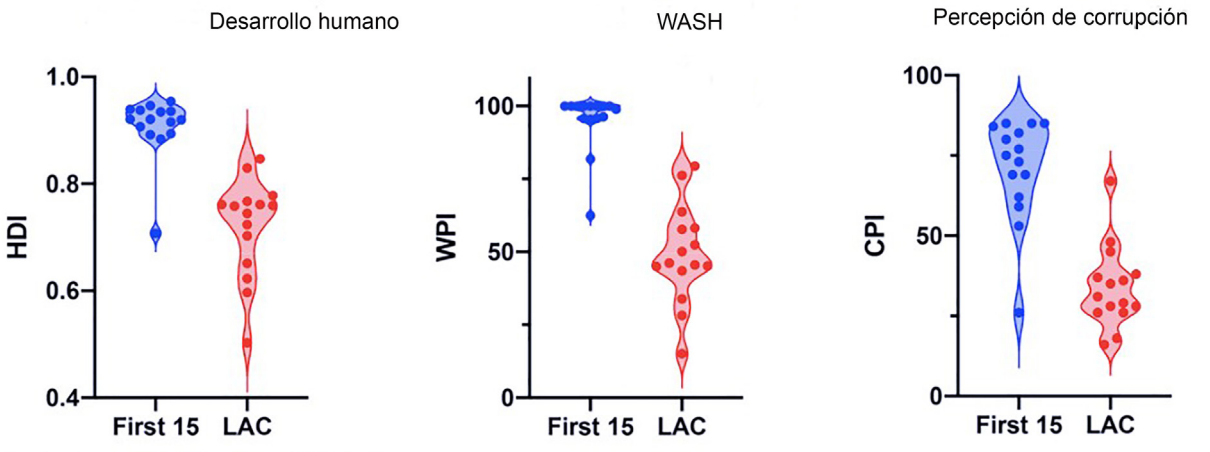
En Latinoamérica, el impacto de la pandemia se observó primero en las grandes ciudades, para luego pasar a zonas rurales que parecían inicialmente protegidas. La zona altoandina estuvo al comienzo alejada de la ola pandémica, una situación que se atribuyó a la altitud, a ciertas condiciones meteorológicas, así como a una menor proporción de los receptores (ECA2) que utilizan las proteínas virales para ingresar a las células humanas, sin embargo, esto no ha sido demostrado y se ha observado prevalencias similares en las zonas andinas.

El principal modo de transmisión de la Covid-19 es de persona a persona debido a las gotículas que se producen al hablar, reír, cantar, gritar, toser o estornudar y también por gotículas aún más pequeñas —aerosoles— que pueden quedar suspendidas en el aire por 2-3 horas, especialmente en espacios cerrados. El riesgo aumenta cuando la distancia entre las personas es de menos de dos metros y cuando el encuentro se produce en espacios cerrados. Esta enfermedad también se transmite, aunque en menor proporción, al tocar objetos contaminados y llevarse las manos al rostro (ojos, nariz y boca). Además, se ha demostrado que el SARS-CoV-2 se encuentra en la materia fecal o incluso fecal-respiratoria, lo que representaría un potencial de transmisión aún en estudio (Ahmed et ál. 2020, Arslan et ál. 2020, Shi et ál. 2020, Wu et ál. 2020).

En una investigación realizada en una comunidad rural de Ecuador, se halló que el 45% de las personas que utilizaban letrinas abiertas eran seropositivas; en cambio, las personas seronegativas eran las que empleaban menos esos espacios (Del Brutto et ál. 2020a). Así, la vía fecal-oral representa un riesgo adicional para la transmisión de la enfermedad en la población rural de Latinoamérica, con poco acceso al agua potable y el saneamiento, como lo demuestran los bajos valores del índice WASH. Cuando se compara el desarrollo humano, el acceso al agua y saneamiento y el grado de corrupción de la sociedad de los países donde empezó la pandemia —en la mayoría de los cuales ya está controlada— con los 15 primeros países latinoamericanos afectados, se observa que estos últimos están en desventaja. Los dos primeros indicadores son especialmente importantes para las zonas rurales y representan una mayor vulnerabilidad y riesgo de transmisión y de complicaciones (Miller et ál. 2020).

Figura 6

Diferencias socioeconómicas entre los primeros 15 países con Covid-19 y toda Latinoamérica



Se encuentran diferencias significativas en el HDI [23], WPI [24], y el CPI [25] entre los primeros 15 ("First 15") países donde se registró que la Covid-19 tuvo una expansión rápida fuera de China (azul) y los 15 países más poblados en LAC (rojo). HDI: (t-test corregido de Welch; $Promedio_{First\ 15}$ = 0,907; $Promedio_{LAC}$ = 0,721; P < 0.0001); WASH: (t-test corregido de Welch; $Promedio_{First\ 15}$ = 95,11; $Promedio_{LAC}$ = 49,17; P < 0,0001); CPI: (t-test corregido de Welch, $Promedio_{First\ 15}$ = 70.9; $Promedio_{LAC}$ = 33,87; P < 0,0001). Clasificamos a los ''Primeros 15'' países como los 15 países no chinos con el número de casos reportados de Covid-19 más elevado según el Informe de Situación Covid-19 del 8 de marzo de 2020 [26]. CPI, Índice de Percepción de la Corrupción; HDI, Índice de Desarrollo Humano; LAC, Latinoamérica y el Caribe; WASH, Agua, Saneamiento, e Higiene; WPI, Índice de Pobreza Hídrica.

Fuente: Miller et ál. 2020.

El encuentro entre el síndrome respiratorio agudo severo causado por el coronavirus de tipo 2 (SARS-CoV-2), la inequidad —producto de los determinantes sociales— y la globalización ha originado lo que Singer denomina una sindemia, en la que confluyen, además de los elementos anteriores, la mayor vulnerabilidad de los adultos mayores y de las personas con condiciones particulares y enfermedades crónicas, como obesidad, diabetes, hipertensión, etc. Esto ha producido una suerte de tormenta perfecta que descubre la precariedad de nuestra sociedad global y las enormes limitaciones de usar enfoques biomédicos que se apoyan en soluciones rápidas o "balas mágicas", como las vacunas, y en tratamientos que aún no se han validado (Horton 2020).

El concepto de sindemia subraya la importancia de considerar los determinantes sociales, ya que sin una estrategia integral que tenga como propósito reducir las inequidades y lograr el manejo sostenible del medioambiente, la humanidad se expone a repetir situaciones como la que estamos viviendo hoy. Al invadir otros nichos ecológicos y alterar el clima, aparecerán nuevos patógenos de características desconocidas que afectarán más a las poblaciones vulnerables. De hecho, en las últimas décadas, las tres cuartas partes de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes han sido de origen animal (zoonosis).

Al ser el SARS-CoV-2 un virus nuevo, toda la población es susceptible de contagiarse. En Latinoamérica, la enfermedad estuvo primero asociada a personas de nivel socioeconómico medio o alto que pueden viajar al extranjero. El primer caso detectado en Perú fue el de un peruano con esas características. Sin embargo, cuando la transmisión es sostenida:

> [...] el mayor riesgo de exposición al virus se traslada a las personas que viven en condiciones de hacinamiento, donde no hay acceso al agua y al saneamiento y donde la subsistencia diaria depende de trabajos informales que requieren contacto con otras personas. Esas son precisamente las características de los hogares en zonas urbano-marginales y las razones por las que seguir las recomendaciones de higiene, confinamiento y distancia física son más difíciles, sino imposibles, de llevar a cabo. Por otro lado, la prevalencia de enfermedades crónicas que predisponen a las complicaciones más graves de la Covid-19, como la hipertensión, la obesidad o la diabetes, son más prevalentes en las poblaciones que viven en condiciones de pobreza. Por ello, el análisis de la determinación social de la salud, en particular en estas poblaciones, es una herramienta esencial en la respuesta a la pandemia de Covid-19.
>
> En comunidades rurales en situación de pobreza, donde la pandemia está llegando o llegará, las dificultades son diferentes a las del hacinamiento de las zonas urbano-marginales. Por un lado, están más distantes de los servicios públicos, en particular de los establecimientos de salud equipados para atender a las personas que desarrollen complicaciones por la Covid-19. Por otro, según la historia de cada país, las zonas rurales de mayor pobreza pueden estar pobladas por comunidades indígenas cuyos derechos son vulnerados de manera sistemática, tanto en el acceso a oportunidades como en la discriminación en los establecimientos de salud.
>
> Por ello, las campañas de información y las políticas públicas tienen que ser transparentes y estar adecuadas a las distintas condiciones de vida, y en particular a las de las poblaciones que sobreviven con mayores dificultades tanto en zonas urbanas como rurales. Para lograr una mayor

> adecuación, es indispensable contar con la participación de personas que viven en estas comunidades y de organizaciones comunitarias que tienen trayectoria y credibilidad en esas zonas, ya que se trata de quienes tienen mejor conocimiento de las necesidades de la población y de su capacidad de aceptar medidas que van a requerir una adaptación temporal o de medio plazo a nuevas formas de organización social. Ante el avance de la pandemia, es indispensable que las comunidades urbano-marginales e indígenas formen parte de la elaboración de políticas públicas que sean equitativas, que promuevan la prevención de la transmisión, que faciliten el aislamiento de las personas sintomáticas y el tratamiento de quienes desarrollen complicaciones sin que ocurran instancias de discriminación.
>
> Al mismo tiempo, es indispensable que estas políticas públicas se establezcan con perspectiva de género, ya que las carencias y necesidades de las mujeres, en particular si están a cargo de niños, personas mayores o personas con discapacidad o si sufren violencia por parte de sus parejas, requieren una priorización particular. Es importante señalar que los sistemas de atención a niños en edad escolar se han transformado por el cierre repentino de las escuelas, lo cual se traduce en mayor carga de responsabilidad para las personas que los cuidan, que en la mayoría de los países de América Latina suelen ser sus madres—muchas de ellas, adolescentes—. La responsabilidad que exige el cuidado de familiares puede retrasar la búsqueda de atención cuando la persona a cargo desarrolle síntomas de la Covid-19 o de otras condiciones de salud. Por ello, las políticas públicas y la acción comunitaria deben ser proactivas en la búsqueda de las mujeres que se sientan imposibilitadas para salir de sus hogares para buscar atención, así como de las personas mayores que vivan solas, lo cual puede ser incluso más difícil en contextos de alta inseguridad callejera.
>
> La falta de acceso al agua en zonas urbano-marginales y rurales, que dificulta poner en práctica medidas de higiene básicas como lavarse las manos con frecuencia, deben subsanarse, a corto plazo, con mecanismos diarios de distribución de agua que lleguen a las comunidades (con camiones u otros medios de transporte) y, a medio plazo, con la construcción de sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento que formen parte de los planes de urbanismo donde exista precariedad y que a la vez contribuyan a disminuir el hacinamiento en los hogares. (Castro 2020: 1-2)

Según cada realidad, se debe poner en marcha mecanismos para facilitar el aislamiento de los pacientes confirmados en espacios físicos que resulten social y humanamente aceptables, donde se pueda contar con agua, alimentos y una supervisión clínica de la evolución de la enfermedad. También se requiere de medios de transporte para poder trasladar a los enfermos, algo particularmente importante en las zonas alejadas y dispersas. Como indica Castro (2020): "Las experiencias que existen de hogares maternos en zonas urbano-marginales y en zonas rurales en varios países de América Latina pueden servir de modelos para organizar los centros de atención con aislamiento".

Por sus características geográficas, demográficas y culturales, las zonas rurales pueden tener algunas ventajas para enfrentar la pandemia de la Covid-19. Entre estas ventajas figura, en primer lugar, que cuando están alejadas de las zonas urbanas donde los determinantes sociales hacen posible que el virus afecte primero a su población, pueden tener más tiempo para desarrollar estrategias de contención. Asimismo, las poblaciones dispersas que habitan en lugares muy

ventilados (por cultura y por clima) tienen menos riesgo de enfermar. Por otro lado, el distanciamiento físico puede ser más fácil de aplicar en las zonas rurales, donde a veces existe la costumbre de tener un espacio extra en el lugar donde se trabaja que puede convertirse en un espacio donde cumplir la cuarentena o el aislamiento. Además, en estas zonas hay una gran población joven, que es un sector con menos riesgo de infectarse de manera severa y morir. Por último, en poblaciones con una tradición de organización y una cultura de respeto, la cuarentena y el aislamiento pueden ser más fáciles de acatar.

Sin embargo, las zonas rurales también tienen ciertas desventajas para enfrentar esta enfermedad. Así como las distancias entre ellas y las zonas urbanas las pueden proteger del virus, también hace más difícil los traslados de quienes sí requieren atención médica. Por otro lado, en algunos países donde la población rural adulta mayor está creciendo, y con ello las enfermedades crónicas, el riesgo de severidad y muerte es mayor, pues se ve potenciado por las malas condiciones de vida y de equipamiento social. Por último, las comunidades rurales que dependen del turismo pueden relajar las medidas preventivas con mayor facilidad.

De hecho, estudios recientes dan cuenta de que la pandemia de la Covid-19 se está expresando como una sindemia en las zonas rurales. La transmisión del virus era ahí inicialmente más lenta: en mayo de 2020, el 94,3% de los casos confirmados y el 96,3% de las muertes ocurrieron en zonas urbanas (Zhang y Schwartz 2020). No obstante, en octubre de ese mismo año, la tasa de nuevas infecciones en condados rurales de Estados Unidos excedió a la de los condados urbanos en 63% (Murphy y Marema 2020). Otro factor biológico que expresa el crecimiento de enfermedades crónicas y, por lo tanto, el aumento del riesgo de complicaciones y muerte en las zonas rurales, es el incremento del índice de masa corporal entre 1985 y 2017. En zonas rurales, ese aumento fue de un 55% a escala global y del 80% en países de medianos y bajos ingresos (Bixby et ál. 2019). El otro gran elemento de esta sindemia son las desigualdades en materia de salud que afectan a las poblaciones rurales (Casas, Dachs y Bambas 2001), que además pueden ser muy heterogéneas (Céspedes y Guabloche 2002).

En un pequeño pero importante estudio realizado en Ecuador, se halló una asociación significativa; entre las personas con índices de alto riesgo, la probabilidad de resultar seropositivas fue de un 15% (Del Brutto et ál. 2020b). Por otro lado, en Perú, en mayo de 2020 se encontró que el acceso a los alimentos fue menor en las zonas rurales: ahí, un 12% respondió no haber comido el día anterior, frente a un 8% en las zonas urbanas. Estos resultados preliminares indican que la vulnerabilidad frente al avance de la Covid-19 es mayor en las zonas rurales (Programa Mundial de Alimentos 2020).

Todo esto vuelve urgente diseñar estrategias y programas para mitigar los efectos de la pandemia en el ámbito rural. Se necesita atender inmediatamente a las poblaciones que viven ahí, sobre todo a las dispersas, por ejemplo, con programas de atención de salud destinados a las comunidades ribereñas, mediante una atención integral con equipos itinerantes, con uso intensivo de la tecnología de información y comunicación, potenciando y ampliando los programas ya existentes.

Es asimismo urgente reactivar el pleno acceso a los servicios preventivos y curativos de salud del primer nivel de atención —interrumpido en muchos países durante los primeros meses de la pandemia—, que deben incluir programas de inmunización y de salud reproductiva, control de niños y gestantes, y atención de problemas de salud prevalentes, entre otros servicios. También se requiere asegurar el acceso a programas de inclusión social que garanticen la seguridad alimentaria y el desarrollo de actividades productivas, acelerar el acceso a servicios educativos seguros para no poner en riesgo el desarrollo del capital humano, y promover la actividad productiva agraria u otra específica de la zona.

Un programa de emergencia debe incorporar a los líderes locales en la planificación e implementación de medidas para combatir la Covid-19. Se les debe brindar información sobre la pandemia y las formas de prevenirla de acuerdo con las necesidades que exige la diversidad cultural de cada país: explicar la importancia de la ventilación natural y de evitar los eventos masivos; facilitar el acceso al agua y jabón; proponer la adopción de comportamientos preventivos, como el distanciamiento físico y el uso de mascarillas; asegurar las medidas de bioseguridad para el transporte.

De igual modo, los trabajadores de salud deben estar preparados para una atención que comprenda un trato más horizontal, para ejercer (previa capacitación) una vigilancia epidemiológica con base comunal, para identificar casos, usar pruebas que diagnostiquen casos agudos, rastrear contactos. Asimismo, deben contar con el equipo mínimo para lograr hacer un adecuado seguimiento médico (oxímetros, termómetros, medicamentos sintomáticos, etc.), soporte emocional y una articulación con otros sectores para facilitar el apoyo social. El personal de salud debe asegurar medidas de bioseguridad antes, durante y después de realizar sus intervenciones para evitar ser transmisores y para protegerse ellos mismos de la enfermedad.

5

Retos y oportunidades

Debido a la desigualdad en materia de salud y a la dinámica de la transmisión del SARS-CoV-2, es altamente probable que en el corto y mediano plazo las comunidades rurales resulten seriamente afectadas por la pandemia. Para reducir el impacto de la Covid-19 en las zonas rurales de Latinoamérica, es urgente establecer estrategias e intervenciones de prevención y control específicamente dirigidas a ellas. Se necesita visibilizar y explicitar los problemas sanitarios de las poblaciones rurales y, en el mediano plazo, realizar evaluaciones y planes para reducir su vulnerabilidad frente a esta y otras pandemias. En el largo plazo, resulta necesario abordar los determinantes sociales que han producido esta sindemia en la que los riesgos biológicos se han potenciado por las precarias condiciones en que habitan estas poblaciones. Programas como el de atención de poblaciones rurales dispersas pueden servir de modelo para hacer frente a los retos del corto plazo.

Asimismo, considerando que en Latinoamérica no hay una definición de la salud rural, sería recomendable discutir y proponer un marco conceptual que sirva de base para las políticas públicas específicas, los programas nacionales, la formación de recursos humanos con oportunidades de empleo y las intervenciones para atender el derecho a la salud de las poblaciones rurales. En este proceso debe buscarse la participación activa de políticos, funcionarios, representantes de organismos multilaterales, sociedad civil, expertos y líderes de comunidades rurales. Considerar las especificidades de la salud rural es un paso indispensable para avanzar hacia la cobertura universal en salud.

Se recomienda además utilizar las bases de datos nacionales para analizar la situación de la salud y el acceso a servicios de atención integral en las zonas rurales de la región, lo que puede iniciarse en un pequeño grupo de países seleccionados. Para escogerlos, y con el fin de identificar brechas y plantear mecanismos de respuesta, se podría usar criterios relacionados con la dispersión, la diversidad cultural y las características geográficas.

Frente a la Covid-19, el sector rural presenta tanto ventajas como desventajas. Es necesario que los encargados de la toma de decisiones entiendan que las desigualdades existentes en materia de salud en el ámbito rural hacen que sea urgente aplicar estrategias preventivas culturalmente aceptables, que involucren a los representantes de las comunidades. Además de establecer mecanismos de referencia de personas afectadas que requieren de tratamiento en un hospital, se necesita preparar a las comunidades para un cambio de comportamiento, organizar anticipadamente la aceptación de medidas efectivas como las vacunas, así como tratar de manera progresiva los determinantes sociales de la salud.

Referencias

Ahmed, Warish et ál.

2020 "First confirmed detection of SARS-CoV-2 in untreated wastewater in Australia: A proof of concept for the wastewater surveillance of COVID-19 in the community". En *The Science of the Total Environmen*t, vol. 728. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138764>.

Alva, Verna y Óscar Castillo (eds.)

1982 *Medicina rural y atención primaria de salud*. Sociedad Iberoamericana de Salud Rural y Ministerio de Salud del Perú. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1111_MINSA1393-1.pdf>.

Arslan, Muhammad, Bin Xu y Mohamed Gamal El-Din

2020 "Transmission of SARS-CoV-2 via fecal-oral and aerosols–borne routes: Environmental dynamics and implications for wastewater management in underprivileged societies". En *The Science of the Total Environment*, vol. 743. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.140709>.

Bixby, Honor et ál.

2019 "Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults". En *Nature*, vol. 569, pp. 260-264. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1171-x>.

Casas, Juan Antonio, Norberto W. Dachs y Alexandra Bambas

2001 "Health disparities in Latin America and the Caribbean: The role of social and economic determinants". En *Equity and health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

Castilho, Euclydes A. et ál.

2018 "Health problems and the rural area". En *Revista de Saúde Pública*, 52. Disponible en: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.20180520supl1ed>.

Castro, Arachu

2020 "Respuesta a la pandemia de COVID-19 en poblaciones urbano-marginales y rurales en América Latina". Blog PNUD. Disponible en: <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/blog/2020/respuesta-a-la-pandemia-de-covid-19-en-poblaciones-urbano-margin.html>.

Céspedes, Nikita y Judith Guabloche

2002 "Heterogeneidad de la pobreza rural: una aplicación del modelo 'ordered data'". En *Revista de Estudios Económicos*, Banco Central de Reserva, pp. 213-235, Disponible en: <https://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Documentos-de-Trabajo/2002/Documento-Trabajo-08-2002.pdf>.

Contreras-Pulache, Hans et ál.

2014 "La salud en las comunidades nativas amazónicas del Perú". En *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1): 1-5, enero-abril.

Del Brutto, Óscar H. et ál.

2020a "SARS-CoV-2 in rural Latin America. A population-based study in coastal Ecuador". En *Clinical Infectious Diseases*, ciaa1055. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1055>.

Del Brutto, Óscar H. et ál.

2020b "Social determinants of health and risk of SARS-CoV-2 infection in community-dwelling older adults living in a rural Latin American setting". En *Journal of Community Health*, 1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00887-9>.

Dirven, Martine

2019 *Nueva definición de lo rural en América Latina y el Caribe en el marco de FAO para una reflexión colectiva para definir líneas de acción para llegar al 2030 con un ámbito rural distinto*. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Disponible en: <http://www.fao.org/publications/card/es/c/CA5509ES/>.

Gandolfo, Juan G., Néstor M. Belmar y Adriana S. Villalobos

1988 "Rural health care in Chile". En *The Journal of Rural Health*, 4(1): 71-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.1988.tb00303.x>.

García, Jenny

2020 "Urban-rural differentials in Latin American infant mortality". En *Demographic Research*, 42(8): 203-244. Disponible en: <https://doi.org/10.4054/DemRes.2020.42.8>.

Gessert, Charles et ál.

2015 "Rural definition of health: A systematic literature review". En *BMC Public Health*, 15(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1658-9>.

Geyndt, Willy de

1983 "Atención primaria de salud en zonas urbanas y rurales de los paises en desarrollo: semejanzas y diferencias". En *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 94(5), mayo.

Gorry, Conner

2012 "Más allá de las montañas: salud rural en Cuba". En *MEDICC Review*, 14(1): 1-10.

Hilas, E. et ál.
2004 "Concepciones de salud predominantes en comunidades rurales dispersas". En *Revista Cubana Estomatol*, 41(3).

Horton, Richard
2020 "Offline: COVID-19 is not a pandemic". En *The Lancet*, 396(10255): 874. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6>.

Hoyt, Danny R. et ál.
1997 "Psychological distress and help seeking in rural America". En *American Journal of Community Psychology*, 25(4): 449-470. Disponible en: <https://doi.org/10.1023/a:1024655521619>.

Institute of Health Metrics and Evaluation
2020 GBD Compare. IHME Viz Hub. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.

Meit, Michael y Alana Knudson
2009 "Why is rural public health important? A look to the future". En *Journal of Public Health Management and Practice*, 15(3): 185-190.

Melvin, Sandra C. et ál.
2020 "The role of public health in COVID-19 emergency response efforts from a rural health perspective". En *Preventing Chronic Disease*, 17. Disponible en: <https://doi.org/10.5888/pcd17.200256>.

Miller, Matthew J. et ál.
2020 "COVID-19 in Latin America: Novel transmission dynamics for a global pandemic?". En *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 14(5): e0008265. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008265>.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia
2019 Plan Nacional de Salud Rural de Colombia. Disponible en: <https://www.normassalud.com/archivos/133806ca086fa756e78e210c0aca10be245bd2f8ad9544cb599e355020bbd59b>.

Murphy, Patrick, Fred Burge y Sabrina T. Wong
2019 "Measurement and rural primary health care: A scoping review". En *Rural and Remote Health*, 19(3): 4911. Disponible en: <https://doi.org/10.22605/RRH4911>.

Murphy, Tim y Tim Marema
2020 "Rural infections break record for fourth week. Rural cases Top 1 Million". En *Daily Yonder*, 19 de octubre. Disponible en: <https://dailyyonder.com/rural-infections-break-record-for-4thweek-total-of-rural-cases-breaks-1-million/2020/10/19/>.

Organización Mundial de la Salud
1978 Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm>.

s. f. "Determinantes sociales de la salud". Disponible en: <https://www.who.int/social_determinants/es/>.

Organización Panamericana de la Salud
2012 *Salud en las Américas. Edición de 2012. Panorama regional y perfiles de país*. Publicación Científica y Técnica, 636. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3272>.

2015 "Health in all policies in the Americas". Disponible en: <http://saludentodaslaspoliticas.org/en/experiencia-amp.php?id=29>.

2018 "Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas". Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=310&lang=es>.

2020 "Llega a su sexta década el Servicio Médico Rural en Cuba". Disponible en: <http://www.paho.org/es/noticias/10-2-2020-llega-su-sexta-decada-servicio-medico-rural-cuba>.

Perlstadt, Harry

2016 "The plague of Athens and the cult of Asclepius: A case study of collective behavior and a social movement". En *Sociology and Anthropology*, 4(12): 1048-1053. Disponible en: <https://doi.org/10.13189/sa.2016.041203>.

Programa Mundial de Alimentos

2020 Evaluación remota COVID-19. Perú.

Reed, Gail

2008 "Cuba's primary health care revolution: 30 years on". En *Bulletin of the World Health Organization*, 86(5): 327-329. Disponible en: <https://doi.org/10.2471/BLT.08.030508>.

Rodríguez-García, Rosalía y Ann Goldman (eds.)

1996 *La conexión salud-desarrollo*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

Ruiz Hernández, José Ramón

2015 "Integración del sistema de salud cubano: hecho relevante para el desarrollo de la docencia médica". En *Edumecentro*, vol. 7, n.° 2, Santa Clara.

Salgado de Snyder, Nelly, María de Jesús Díaz-Pérez y Tonatiuh González-Vázquez

2003 "Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en México". En *Salud Pública México*, 45(1): 19-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s0036-36342003000100003>.

Saravia-Matus, Silvia y Pablo Aguirre Hörmann

2019 *Lo rural y el desarrollo sostenible en ALC*. 2030 – *Alimentación, agricultura y desarrollo rural en América Latina y el Caribe*, n.° 3. Santiago de Chile: Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

Sartorius, Norman

2006 "The meanings of health and its promotion". En *Croatian Medical Journal*, 47(4): 662-664.

Scheil-Adlung, Xenia

2015 *Global evidence on inequities in rural health protection. New data on rural deficits in health coverage for 174 countries*. Document ESS, n.° 47. Oficina Internacional del Trabajo. Disponible en: <https://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceId=51297>.

Secretaría de Salud, México

2008 Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana de la Organización Panamericana de la Salud: "Hacia un marco conceptual de salud urbana y agenda para la acción en las Américas", Ciudad de México. Disponible en: <https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=358-primera-reunion-del-foro-

regional-de-salud-urbana-de-la-organizacion-panamericana-de-la-salud&category_slug=ops-oms-mexico&Itemid=493>.

Sen, Amartya

1999 "Health in development". En *Bulletin of the World Health Organization*, 77(8): 619-623.

Shi, Jiandong , Jing Sun y Yunzhang Hu

2020 "Enteric involvement of SARS-CoV-2: Implications for the COVID-19 management, transmission, and infection control". En *Virulence*, 11(1): 941-944. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/21505594.2020.1794410>.

Soru, María Fernanda et ál.

2012 "Creencias populares sobre la salud, la enfermedad y su tratamiento". En *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 1(1). Disponible en: <https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/2901>.

Strasser, Roger

2003 "Rural health around the world: Challenges and solutions". En *Family Practice*, 20(4): 457-463. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmg422>.

Wu, Yongjian et ál.

2020 "Prolonged presence of SARS-CoV-2 viral RNA in faecal samples". En *The Lancet. Gastroenterology & Hepatology*, 5(5): 434-435. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30083-2>.

Zafra Anta, Miguel Ángel et ál.

2016 "La medicina rural a principios de siglo XX. A propósito de Martínez Saldise (1855-1937), socio de honor de la Sociedad de Pediatría de Madrid en 1927". En *Atención Primaria*, 48(1): 54-62. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.008>.

Zhang, Charlie H. y Gary G. Schwartz

2020 "Spatial disparities in coronavirus incidence and mortality in the United States: An ecological analysis as of may 2020". En *The Journal of Rural Health*, 36(3): 433-445. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jrh.12476>.

ISBN: 978-612-326-026-2

Horacio Urteaga 694, Jesús María, Lima 11, Perú | Telf +51 1 332 6194 | Fax +51 1 332 6173
institutodeestudiosperuanos | @IEPeruanos | fondoeditorial@iep.org.pe | www.iep.org.pe/fondoeditorial