

SISTEMAS PARA AUMENTAR LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS AREAS RURALES

DISCUSIONES TECNICAS
XVII Reunión del Consejo Directivo



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

1968

Discusiones Técnicas

XVII Reunión del Consejo Directivo

**Puerto España, Trinidad y Tabago
6-7 de octubre de 1967**

SISTEMAS PARA AUMENTAR LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS AREAS RURALES



Publicación Científica No. 170

Noviembre de 1968

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.**

Los documentos que aparecen en esta publicación se reimprimen del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. LXIV, No. 1, enero de 1968.

CONTENIDO

| | |
|--|---|
| INFORME FINAL DE LAS DISCUSIONES TÉCNICAS..... | 1 |
|--|---|

DOCUMENTOS DE TRABAJO

| | |
|---|----|
| Servicios de salud en áreas rurales—Trabajo presentado por la Oficina Sanitaria Panamericana..... | 4 |
| Atención médica en las áreas rurales—Trabajo presentado por la Oficina Sanitaria Panamericana..... | 22 |
| Características socioculturales del medio rural latinoamericano: su influencia y relación con la salud—Héctor García Manzanedo..... | 30 |
| Aspectos económicos de los servicios de salud en las áreas rurales—Alfonso Rochac..... | 41 |

INFORME FINAL

Las Discusiones Técnicas celebradas durante la XVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XIX Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, tuvieron lugar durante los días 6 y 7 de octubre de 1967 en Puerto España, Trinidad. Los participantes alcanzaron el número de 70, incluyendo siete representantes de organizaciones internacionales y organismos no gubernamentales.

El Dr. Maxwell P. Awon, Ministro de Salud de Trinidad y Tabago, como Presidente de la Reunión del Consejo Directivo, inauguró las Discusiones Técnicas, procediéndose a elegir a continuación al Director de Debates, designación que recayó en el Dr. Daniel Orellana, de Venezuela. El Dr. Bogoslav Juricic, de Chile, fue elegido Relator General. Actuó de Secretario Técnico el Dr. A. Drobny, de la Oficina Sanitaria Panamericana.

En la reunión inaugural se hicieron las siguientes presentaciones:

1. Problemas de salud en áreas rurales—Dr. A. Drobny (osp)

2. Características socioculturales del medio rural y su relación con la salud—Dr. Héctor García Manzanedo (Socioantropólogo, Universidad de California, Berkeley, California)

3. Aspectos económicos del medio rural y su relación con la salud—Dr. Alfonso Rochac (Director del Departamento Económico y Social, Organización de Estados Centroamericanos, San Salvador)

4. Experiencias de un programa de servicios de salud en poblaciones rurales—Dr. Oscar Lobo Castellanos (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Venezuela)

5. Proyecciones de un programa de desarrollo rural—Dr. Manuel Villa Crespo (Director General de Salud, Perú)

6. Programa rural en Colombia—Dr. David Bersh (Director del Ministerio de Salud Pública, Colombia)

Las mismas personas que hicieron las presentaciones mencionadas constituyeron una mesa redonda a fin de dar respuestas a diversas preguntas que formularon los participantes en relación con el tema.

A continuación se constituyeron dos grupos de trabajo, que eligieron las siguientes autoridades:

Grupo 1. *Presidente:* Dr. Alberto Aguilar
(El Salvador)

Relator: Dr. Woodrow Pantoja
(Brazil)

Grupo 2. *Presidente:* Dr. Patricio Silva
(Chile)

Relator: Dr. Carlos Pineda
(Honduras)

Cada uno de los grupos de trabajo discutió el tema de la Reunión durante la tarde del día 6 y la mañana del 7 de octubre, pudiendo resumirse sus opiniones como sigue:

Definición

Se reconocieron las dificultades para llegar a una definición práctica de "áreas rurales" en vista de las innumerables variables que deben considerarse. La definición de áreas rurales varía con las características de desarrollo de cada país. Sin embargo, algunos estimaron que se puede definir el área rural como "aquella cuya densidad de población oscila entre 10 y 20 habitantes por kiló-

metro cuadrado y en que los núcleos de concentración no son superiores al 50% de la población total del área. Se considera igualmente como rural toda población aislada hasta de 20,000 habitantes, cuyas áreas rurales se encuentren des pobladas y cuyas distancias a las localidades vecinas de mayor población sobrepase la hora/distancia en los medios populares y usuales de transporte”.

Problemas económicos y sociales

Se estimó que existe una interdependencia entre los problemas de salud y los económicos y sociales de las áreas rurales. Se indicó que era necesario enfocar en forma integral el mejoramiento de las condiciones de vida de los habitantes del medio rural, para lo cual se hace necesario la construcción de viviendas, servicios de agua potable y de disposición de excretas, escuelas, vías de comunicación, servicios para la atención de la salud, etc.

Se hizo presente que medidas de esta naturaleza, agregadas a medidas requeridas para producir cambios en el uso y tenencia de la tierra, podrían significar una mejor productividad en beneficio del campesino, permitiendo así sacarlo de la economía de subsistencia y darle un ambiente más agradable y apropiado.

Problemas de salud

Se señaló que la información estadística sobre los problemas de salud de las áreas rurales es insuficiente para un estudio profundo de ellos. Se reconoció la necesidad de mejorar la cantidad y calidad de esta información.

Se hizo presente la importancia que tiene el saneamiento rural, particularmente en lo que respecta a enfermedades diarreicas, parasitosis intestinales y ciertas endemias rurales, todas las cuales se ven agravadas por afectar a un grupo de población con graves deficiencias nutricionales.

Se hizo presente que el derecho a servicios de salud no puede estar condicionado a la capacidad individual de pagar los servicios, debiendo financiarse a base de la redistribución del ingreso obtenido, ya sea por seguros sociales, impuestos directos u otros.

Desarrollo de la comunidad

El término “desarrollo de la comunidad” se usa para indicar los procesos por los cuales los esfuerzos de la población se unen con los de las autoridades para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de la comunidad, integrarlas a la vida de la nación, y capacitarlas para contribuir plenamente al progreso nacional.

Se señaló que en muchas oportunidades los servicios permanentes de salud sirven como núcleos iniciales estimuladores del proceso de desarrollo de la comunidad, debiendo aprovecharse las instituciones ya existentes en el medio rural, procurando fortificarlas y expandirlas.

Se hizo presente que los diversos Gobiernos deben tener en cuenta la posibilidad de obtener fondos de organismos internacionales de crédito para financiar programas de salud en el medio rural, como parte de sus programas generales de desarrollo y en concordancia con los planes nacionales de salud.

Se señaló la necesidad de un mejor conocimiento de los aspectos culturales y sociales del medio rural, utilizando para ello las investigaciones, que deben estar orientadas con un claro sentido de aplicación práctica.

Sistemas para aumentar la cobertura de servicios

Se revisaron diversos sistemas utilizados por los países para ofrecer servicios de salud a la población rural. Se consideró que las características del medio rural no son similares en todos los países y a veces difieren entre diversas regiones de un mismo país, por lo que no es posible establecer sistemas

que se apliquen necesariamente a todos los países. Se hizo presente, sin embargo, que los servicios generales de salud deberían ampliarse abarcando las zonas rurales, de acuerdo con un sistema de regionalización en el que los recursos materiales y de personal de las zonas urbanas deben coordinarse con los de zonas intermedias y rurales a fin de constituir regiones autosuficientes.

Se hizo mención de la necesidad fundamental de establecer, donde no exista, una infraestructura de servicios de salud a fin de dar una atención mínima a las poblaciones rurales.

Se hizo presente la necesidad de aprovechar los servicios y elementos utilizados en los programas verticales, como los de erradicación del paludismo, para contribuir a crear la infraestructura mínima, particularmente en la oportunidad en que los servicios locales de salud toman a su cargo la vigilancia epidemiológica de estos programas.

Se señaló la posibilidad de utilizar personal estable de otros campos de actividades, como maestros de escuelas rurales, peritos agropecuarios, policías, personal de las Fuerzas Armadas, etc., para la prestación de servicios elementales de salud, claramente definidos y limitados, y previo un adiestramiento adecuado.

Se discutió la participación que pueden tener los servicios médicos de la seguridad social en la atención médica del medio rural en varios países, haciéndose presente la necesidad permanente de coordinar todos los recursos humanos y materiales destinados a la salud, a fin de asegurar su máxima utilización.

Se discutieron los alcances, limitaciones y utilidad de las unidades móviles mecanizadas, señalando diversos participantes su experiencia al respecto. Algunos consideraron

que era un sistema administrativamente caro y de dudosa utilidad; otros, en cambio, consideraron que dentro de un sistema coordinado y, en especial, en determinados programas, como lucha contra la lepra y otros, estas unidades pueden ser de utilidad, dependiendo particularmente de la extensión territorial, la topografía del terreno y la existencia de vías de comunicación.

Actividades mínimas de los servicios rurales y personal necesario

Se hizo presente que las actividades mínimas de los servicios rurales de salud deberían consistir en la búsqueda de la información básica sobre salud, en acciones de prevención y promoción, y en acciones de carácter curativo limitadas al tipo y categoría de personal existente, procurando establecer sistemas de referencia de enfermos a centros mejor dotados.

Se reconoció la importancia de la utilización de auxiliares, en lo posible reclutados localmente, los cuales deben ser adiestrados también localmente si ello es posible. Estos auxiliares deben recibir una supervisión periódica y frecuente. Las actividades de este tipo de personal de salud deben estar claramente definidas en un manual sencillo de trabajo, y la supervisión debe tener como objetivo principal continuar el adiestramiento en servicio.

Se reiteró la necesidad de preparar al médico y a otros profesionales de salud en la doctrina y métodos de trabajo y utilización del personal auxiliar. Asimismo se indicó la importancia de que las universidades que preparan a estos profesionales, incluyan en su enseñanza los elementos indispensables de sociología y antropología que les permitan una mejor comprensión de las comunidades rurales.

SERVICIOS DE SALUD EN AREAS RURALES¹

Introducción

La adopción de este tema para las Discusiones Técnicas refleja el interés de los Gobiernos del Hemisferio en el mejoramiento de la salud de los habitantes de las poblaciones rurales, en consonancia con el movimiento de desarrollo económico y social que los países han iniciado en la década de 1960. La población del sector agrícola tiene una enorme importancia en este proceso de desarrollo dado que constituye alrededor del 50% de la población total de la América Latina. El mejoramiento de las condiciones de vida de esta población, que actualmente representa más de 110 millones de habitantes, ha pasado a ser uno de los problemas de mayor urgencia y trascendencia para el Continente. En efecto, los Jefes de Estado de 19 países americanos reunidos en Punta del Este, Uruguay, del 12 al 14 de abril de 1967, al referirse al sector salud indicaron como uno de los objetivos "Ampliar, dentro del marco general de planificación, la preparación y ejecución de planes nacionales que fortalezcan las infraestructuras en el campo de la salud".

En general, la población rural de la América Latina vive en condiciones deficientes, marginada de las ventajas y beneficios que otorga la civilización de nuestros tiempos. Su mortalidad es muy superior a la que se registra en las grandes ciudades. Areas extensas carecen de servicios mínimos de salud, no tienen servicios de saneamiento o estos son muy deficientes. Las mismas deficiencias se encuentran en otros campos como

en la vivienda, educación y otros aspectos del desarrollo.

Por otra parte, en el orden social y económico esta población no contribuye en la medida necesaria al proceso general de desarrollo, debido a que se mantiene generalmente dentro de una economía de subsistencia.

Los problemas de la baja producción agrícola, agudizados por las deficientes estructuras de la propiedad, el mal uso de los suelos y por el rápido crecimiento vegetativo de la población, constituyen serios obstáculos para el desarrollo armónico de los países. Esto se manifiesta en la población rural en bajos niveles económicos, sociales y culturales, caracterizados por reducidos índices de productividad, deficientes condiciones sanitarias, analfabetismo y otros exponentes del subdesarrollo.

A esto se agrega la falta de empleo pleno y de ingresos suficientes para la población campesina, lo que unido a la mala calidad de la vivienda y otras condiciones generales de vida, produce secuelas sociales y humanas de carácter agudo y provoca la migración de grandes masas humanas hacia las ciudades, creando en ellas lo que se ha llamado "la ruralización del medio urbano".

Tanto la Carta de Punta del Este como el Grupo de Estudio que reunió en 1963 a los Ministros de Salud de las Américas, expresaron la necesidad de mejorar y extender los servicios de salud a todos los confines del Continente, a fin de que la salud juegue el papel que le corresponde en el desarrollo económico-social de las Américas.

¹ Trabajo presentado por el Departamento de Fomento de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana.

Definiciones

No existe consenso general para definir en forma clara y explícita el área rural. Para formular una definición aceptable habría que considerar los criterios utilizados en las diversas definiciones, entre ellos los demográficos, sociales y administrativos. El término rural es un indicador de residencia, mientras que el de agrario lo es de ocupación. El hecho de que la población rural sea predominantemente agraria, ha contribuido a que a veces se consideren estos términos como equivalentes. La comunidad rural se identifica muy comúnmente por la relación de sus habitantes con el trabajo de la tierra como medio de sustento.

Como lo han expresado numerosos autores, no es fácil encerrar en una definición a una forma de vida social que se ha manifestado con tanta diversidad en las distintas épocas y en los diversos países como es la comunidad rural. Numerosos estudios por parte de geógrafos, legisladores, juristas, historiadores y sociólogos, entre otros, han sugerido definiciones, cada una haciendo resaltar un aspecto de particular interés para el investigador y la disciplina científica que profesa.

George Hillery, citado por Chiva, expresa haber analizado 94 definiciones de comunidad rural, buscando sus elementos comunes (1).

El mismo Chiva define la comunidad rural como "una unidad social pequeña, que vive en un área determinada y que obtiene sus medios de vida del usufructo de dichos terrenos en una economía más o menos cerrada" (1).

Con la generalización de la práctica de tomar censos cada 10 años, se vio la necesidad de definir localidades rurales en términos geográficos. Sin embargo, los límites que se han sugerido y que varían para cada país, no son satisfactorios desde un punto de vista científico.

En las definiciones de áreas rurales utilizadas por los países de las Américas en los censos de alrededor de 1960, nueve están expresadas en términos de número de habitantes: Canadá, Honduras y Venezuela utilizan el límite máximo de 999 habitantes como población rural; Venezuela considera población "intermedia" a la de 1,000 a 2,499 habitantes; Colombia y Panamá consideran rural a las poblaciones de menos de 1,500 habitantes; Argentina y Guatemala establecen que poblaciones de menos de 2,000 habitantes deben considerarse rurales. Guatemala hace excepción de las poblaciones de 1,500 a 2,000 habitantes que tienen servicios de agua. Estados Unidos de América y México consideran rurales las localidades con menos de 2,500 habitantes. El resto de los países definen la población urbana dejando entrever lo que consideran rural en forma menos precisa; algunos indican como áreas urbanas solamente la capital del país y capitales de provincias, de departamentos y de distritos. Otros consideran que son poblaciones urbanas todas las que tienen ciertas facilidades como servicios sanitarios y luz eléctrica, entre otras.

Como se ha dicho, Estados Unidos de América, para los fines del censo, define localidad rural como una población menor de 2,500 habitantes; sin embargo, el Profesor Wilson G. Smillie expresa que para propósitos de la administración de salud pública, debe considerarse como una unidad rural aquella que tiene una población de 25,000 a 50,000 habitantes (2).

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela amplía hasta los 5,000 habitantes el tamaño de la población considerada rural, particularmente para los efectos del programa de acueductos rurales (3).

Juan Hepp, por su parte, define el área rural, para los efectos de un programa de atención de salud en Chile, como "aquella cuya densidad de población oscila entre 10 y 20 habitantes por km² y en que los núcleos

de concentración son el 50% de la población total del área" y luego agrega: "Se considera igualmente como rural y comprendida en el programa toda población aislada hasta de 20,000 habitantes cuyas áreas rurales se encuentren despobladas y cuyas distancias a localidades vecinas de mayor población sobrepase la hora/distancia en los medios populares y usuales de movilización colectiva (4).

A pesar de que la definición expresada en términos de número de población que se usará en este trabajo es de gran utilidad para propósitos estadísticos, se reconoce que debe usarse con cautela ya que ninguna clasificación arbitraria basada en el número de la población puede ser totalmente satisfactoria.

Para los efectos de este trabajo se entiende por "sistemas" los diversos medios de organización y administración de servicios que permiten cumplir con los propósitos de fomentar, proteger y reparar la salud.

Por "cobertura" se entenderá la expresión numérica, o en porcentaje, de la población atendida por servicios de salud.

La expresión "infraestructura de salud" ha sido definida como sigue: "El término infraestructura de salud rural se emplea para designar las unidades orgánicas de categoría inferior, capaces de proporcionar determinados servicios básicos de salud que satisfagan las necesidades sanitarias más urgentes de la población rural, dentro de los límites impuestos por los recursos locales disponibles" (5).

Se ha definido como "servicios básicos de salud" una red periférica e intermedia de servicios o unidades de salud debidamente coordinados con una administración central, capaz de llevar a cabo efectivamente un grupo de funciones esenciales para la salud del área y que asegure la existencia de personal profesional y auxiliar competente a fin de llevar a cabo estas funciones. Estos servicios deben dar atenciones curativas, preventivas y de fomento de la salud. La atención de madres y niños, que es tal vez el ser-

vicio de salud más universalmente solicitado, particularmente en el medio rural y en muchos de los países en desarrollo, constituye el núcleo central de los servicios existentes. Los servicios básicos descritos consisten en hospitales, centros de salud y postas rurales.

Se llama hospital rural a un hospital de 20 a 50 camas destinado a dar atención médica elemental (medicina, cirugía, pediatría y maternidad) a una población de 10,000 a 25,000 habitantes (6).

Un centro de salud, con o sin camas, está destinado principalmente a acciones de salud de tipo preventivo, atención materno-infantil, control de enfermedades transmisibles, saneamiento y educación sanitaria y a la atención médica de primeros auxilios y tratamientos médicos sencillos, bajo la supervigilancia médica, en un sector de no menos de 10,000 habitantes. Cuando estos centros tienen camas se dedican principalmente a la atención de partos y a veces a enfermos en tránsito, en tanto puedan ser trasladados a un hospital (6).

Posta o estación rural, también llamada dispensario rural o clínica rural, es la unidad mínima asistencial, sin camas y sin personal profesional residente. Atendida generalmente por auxiliares está destinada a acciones preventivas y de primeros auxilios y en algunos casos a tratamientos médicos simples. Estas postas atienden generalmente a poblaciones inferiores a 1,000 habitantes (6).

La Segunda Reunión del Comité de Expertos en Administración Sanitaria de la OMS definió la "unidad rural" como una organización que hace accesible bajo la supervisión directa de un médico los servicios básicos de salud en la comunidad. Este mismo Comité consideró que los servicios básicos de salud de una unidad rural son: servicios materno-infantiles; control de enfermedades transmisibles; saneamiento ambiental; mantenimiento de registros con fines estadísticos; educación

para la salud; enfermería de salud pública y atención médica básica (7).

Descripción

Las poblaciones rurales se encuentran diseminadas en extensas zonas dedicadas, con la mayor frecuencia, al trabajo de la tierra. Su vivienda es generalmente de madera o de adobe u otros materiales ligeros, el piso es de tierra, y con gran frecuencia carece de agua dentro de la vivienda. La eliminación de excreta y de basuras es elemental y primitiva. Muchas veces toda la vivienda consiste en una sola habitación que sirve para todas las funciones de la vida familiar. Este tipo de población se mantiene, como se ha dicho anteriormente, en una economía de subsistencia.

Las dificultades de transporte o comunicaciones por falta de carreteras adecuadas, las que a veces están totalmente interrumpidas en épocas lluviosas, agravan la situación de vida de estas poblaciones, y en muchas oportunidades producen un aislamiento total.

Estas características de la población rural movieron al Fondo Fiduciario de Progreso Social del Banco Interamericano de Desarrollo a declarar en su segundo informe anual que, "el retraso del sector agrario sigue constituyendo el escollo básico del proceso de crecimiento en América Latina y representando la principal causa de las tensiones sociales y políticas y de una gran variedad de problemas económicos en la región" (8).

La distribución de la población urbana y rural es variable en los diversos países de las Américas y está cambiando rápidamente. En algunos países una alta proporción vive en grandes ciudades y otras áreas urbanas, pero en muchos sucede lo contrario. La población de áreas rurales de 24 países de las Américas en 1965 era de más de 114 millones de habitantes; esto representaba el 47.6% de la población total de esos países.

La población rural estimada para 1970 es de cerca de 117 millones de habitantes, lo que significaría un 42.6% de la población total; y para 1980 se calcula que la población rural de esos países será de 118 millones, si se mantienen las actuales tendencias de crecimiento. Esto representaría un 37.2% del total de la población estimada para ese año.

Si bien es cierto que la proporción de población rural está disminuyendo en las Américas, no hay duda que su número seguirá aumentando y será en los próximos 20 años de una magnitud siempre superior a los 100 millones de personas.

El cuadro 1 presenta el número de localidades de los diversos tamaños de población, el número de habitantes que estas representan y el porcentaje de cada uno de estos grupos, en relación con la población total, en 18 países. Es interesante anotar que un porcentaje alto de la población vive en localidades que no fueron clasificadas, las que seguramente corresponden a población dispersa de menos de 500 habitantes, que no constituyen una población definida como tal.

Considerando las variaciones de los límites utilizados para describir áreas rurales, que van desde 1,000 hasta 2,500 habitantes, el porcentaje de la población rural varía en los países de la América Latina desde 18.1% en el Uruguay hasta 83.4% en Haití (cuadro 2). Si esto se compara con información de censos de 1950 y los cálculos hechos para 1970 y 1980, se observa que la población rural disminuye en relación con la población total. Sin embargo, en números absolutos la población rural también aumenta. El fenómeno que se ha producido es que la población urbana crece más rápidamente. En efecto, el crecimiento de la población urbana de la América Latina entre 1950 y 1960 fue de un 4%; en cambio, entre los mismos años el crecimiento de la población rural fue de 1.4 por ciento. Esta diferencia se debe a la urbanización, concepto que ha sido definido como el proceso por el cual una pro-

CUADRO 1—Número de localidades según número de habitantes en 17 países. Censos de alrededor de 1960.

| País | Total de localidades y población | | De 10,000 o más habitantes | | De 5,000 a 2,000 habitantes | | De 1,999 a 1,000 habitantes | | De 999 a 500 habitantes | | Menos de 500 habitantes | | Población no clasificada | |
|---------------------------|----------------------------------|-------------|----------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|----------------|-------------------------|----------------|-------------------------|-----------------|--------------------------|-------------|
| | Localidades | Población | No. | Población % | No. | Población % | No. | Población % | No. | Población % | No. | Población % | No. | Población % |
| Brasil..... | 6,537 | 70,967,185 | 405 | 22,953,650 32.3 | 1,394 | 5,763,732 8.1 | 1,143 | 1,620,324 2.3 | 1,442 | 1,039,599 1.5 | 2,153 | 598,328 0.8 | 39,011,552 | 55.0 |
| Colombia..... | 3,218 | 17,484,508 | 108 | 7,156,254 40.9 | 456 | 1,860,749 10.6 | 397 | 550,208 3.1 | 638 | 453,212 2.6 | 1,619 | 380,492 2.2 | 7,083,593 | 40.5 |
| Costa Rica..... | 69 | 1,326,274 | 9 | 309,091 23.2 | 25 | 114,539 8.6 | 17 | 25,635 1.9 | 10 | 7,797 0.6 | 8 | 2,581 0.2 | 875,731 | 65.5 |
| Chile..... | 38,388 | 7,374,712 | 64 | 4,146,000 56.2 | 136 | 578,377 7.8 | 181 | 247,197 3.4 | 525 | 360,785 4.8 | 37,482 | 2,052,844 27.8 | | |
| Ecuador..... | 20,812 | 4,476,007 | 21 | 1,304,706 30.5 | 88 | 342,792 7.7 | 170 | 230,989 6.1 | 815 | 546,833 12.3 | 19,718 | 1,988,688 44.4 | | |
| El Salvador..... | 261 | 2,510,984 | 15 | 569,700 22.3 | 62 | 234,089 9.3 | 76 | 104,769 4.2 | 73 | 54,860 2.2 | 35 | 12,581 0.5 | 1,544,085 | 61.5 |
| Guatemala..... | 12,590 | 4,284,473 | 14 | 806,230 18.8 | 168 | 655,648 22.3 | 454 | 263,797 6.1 | 1,151 | 792,255 18.6 | 10,803 | 1,466,558 34.2 | | |
| Haití..... | 122 | 3,097,220 | 5 | 194,830 6.3 | 27 | 114,401 3.7 | 37 | 50,532 1.6 | 36 | 26,223 0.9 | 17 | 6,023 0.2 | 2,705,212 | 87.3 |
| Honduras..... | 279 | 1,884,765 | 7 | 273,517 14.5 | 32 | 125,090 6.6 | 61 | 89,202 4.7 | 75 | 54,762 2.9 | 104 | 30,971 1.7 | 1,311,223 | 69.6 |
| Jamaica..... | 23 | 1,613,880 | 4 | 453,195 26.8 | 19 | 88,975 5.4 | | | | | | | 1,063,710 | 67.8 |
| México..... | 89,612 | 34,923,129 | 256 | 12,379,227 35.4 | 1,205 ^a | 5,325,891 15.3 | 3,342 ^b | 4,995,064 14.3 | 6,156 | 4,253,855 12.2 | 78,663 | 7,968,492 22.8 | | |
| Nicaragua..... | 135 | 1,535,588 | 8 | 361,222 25.5 | 34 | 162,799 9.9 | 32 | 48,393 3.2 | 34 | 25,646 1.7 | 27 | 9,232 0.6 | 908,286 | 59.1 |
| Panamá..... | 8,565 | 1,076,541 | 5 | 380,370 35.4 | 21 | 78,501 7.3 | 44 | 55,897 5.3 | 124 | 83,360 7.7 | 8,401 | 476,413 44.3 | | |
| Paraguay..... | 3,019 | 1,802,981 | 6 | 368,368 20.2 | 70 | 276,728 15.3 | 276 | 375,114 20.8 | 587 | 414,995 23.0 | 2,071 | 373,788 20.7 | | |
| República Dominicana..... | 95 | 8,013,525 | 16 | 700,469 23.2 | 44 | 173,466 5.8 | 25 | 35,789 1.2 | 10 | 8,257 0.3 | | | 2,095,544 | 69.5 |
| Uruguay..... | 1,253 | 2,592,563 | 28 | 1,778,178 68.5 | 40 | 179,224 6.9 | 42 | 61,114 2.4 | 64 | 45,565 1.8 | 1,073 | 131,800 5.1 | 396,582 | 15.3 |
| Venezuela..... | 24,177 | 7,523,999 | 73 | 3,988,972 53.0 | 193 | 803,750 10.7 | 217 | 287,902 3.8 | 567 | 389,878 5.2 | 23,127 | 1,858,241 26.0 | 97,286 | 1.3 |
| Totales..... | 209,185 | 187,497,339 | 1,044 | 58,157,868 34.7 | 4,029 | 17,168,640 10.3 | 6,514 | 9,043,525 5.4 | 12,307 | 8,549,862 6.1 | 185,291 | 17,456,631 10.4 | 57,122,784 | 34.1 |

^a A 2,500 habitantes.

^b De 2,499 habitantes.

Fuentes: Naciones Unidas, *Demographic Yearbook 1965*, Nueva York, 1966.

Demographic Yearbook 1966, Nueva York, 1966.

Publicaciones censales de diversos países.

CUADRO 2—Población total y población rural estimadas en 24 países para 1965.^a

| País | Población total | Población rural | |
|------------------------------|-----------------|-----------------|------|
| | | Número | % |
| Argentina..... | 22,352,000 | 6,683,000 | 29.9 |
| Barbados..... | 244,000 | 143,000 | 58.6 |
| Bolivia..... | 3,697,000 | 2,397,000 | 64.8 |
| Brasil ^b | 81,301,000 | 39,189,000 | 48.2 |
| Colombia..... | 18,068,000 | 8,478,000 | 46.9 |
| Costa Rica..... | 1,433,000 | 927,000 | 64.7 |
| Cuba..... | 7,631,000 | 3,065,000 | 40.2 |
| Chile..... | 8,567,000 | 2,534,000 | 29.6 |
| Ecuador ^b | 5,150,000 | 3,327,000 | 64.6 |
| El Salvador..... | 2,928,000 | 1,820,000 | 62.2 |
| Guatemala..... | 4,438,000 | 2,913,000 | 65.6 |
| Guyana..... | 646,000 | 454,000 | 70.3 |
| Haití..... | 4,396,000 | 3,666,000 | 83.4 |
| Honduras..... | 2,284,000 | 1,677,000 | 73.4 |
| Jamaica ^c | 1,788,000 | 1,204,000 | 67.3 |
| México..... | 42,689,000 | 20,142,000 | 47.2 |
| Nicaragua..... | 1,655,000 | 969,000 | 58.5 |
| Panamá..... | 1,246,000 | 703,000 | 56.4 |
| Paraguay..... | 2,080,000 | 1,337,000 | 65.9 |
| Perú ^b | 11,650,000 | 6,241,000 | 53.6 |
| República Dominicana..... | 3,624,000 | 2,390,000 | 65.9 |
| Trinidad y Tabago..... | 975,000 | 824,000 | 84.5 |
| Uruguay..... | 2,715,000 | 491,000 | 18.1 |
| Venezuela ^b | 8,722,000 | 2,778,000 | 31.9 |

^a Estimada tomando como base la tasa de crecimiento que se deriva de los dos censos más recientes.

^b El cálculo de la población total a mitad de año excluye la población indígena de la selva a razón de 150,000 en Brasil; 80,000 en Ecuador; 101,000 en Perú y 30,000 en Venezuela.

^c Población total a mitad de año calculada por la OSP.

Fuente: Naciones Unidas (*Demographic Yearbook 1965*, Nueva York, 1966. *Monthly Bulletin of Statistics* XXI:4, 1967).

porción creciente de la población de un país vive en localidades urbanas.

Las razones más importantes dadas por diversos autores para explicar la migración de la población del campo a las ciudades son: la industrialización, realizada por lo general en áreas urbanas o en sus cercanías; la mejor remuneración en el empleo en las ciudades; la atracción de la vida urbana; la mecanización y el aumento de la eficiencia en la agricultura, que disminuye la necesidad de brazos, y la constante demanda por parte de la población rural de estándares de vida más elevados, entre los que se cuentan: mejor vivienda, más entretenimientos, me-

jores posibilidades de educación y mejores servicios de salud.

Existe seria preocupación en los diversos países por el ritmo acelerado que actualmente tiene esta migración de poblaciones rurales hacia la ciudad. Algunos han iniciado ya programas para mejorar las condiciones de vida en el medio rural, a fin de evitar esta migración. Entre estos programas se cuentan el mejor desarrollo de las actividades propias de la población rural, como la agricultura y la industria artesanal. Algunos países están haciendo planes para darle a las áreas rurales servicios públicos indispensables, acueductos rurales, electricidad, carreteras y

otros medios de comunicación. Asimismo, se han desarrollado programas de control de endemias y se ha estimulado la descentralización administrativa, a fin de establecer el debido grado de responsabilidad local. Se ha iniciado también en diversos países la construcción de viviendas rurales, agrupadas en comunidades dotadas de los servicios públicos indispensables para el desarrollo comunal. Se han iniciado programas de irrigación; de control de inundaciones y otras obras de ingeniería agrícola, que hacen posible el mejor desarrollo del medio rural.

Esto, unido a cambios en el uso y tenencia de la tierra y al otorgamiento de créditos controlados que aseguren la estabilidad económica del campesino, está orientado a obtener un ambiente más salubre, más agradable y apropiado para la vida del campesino y para el desarrollo del área rural.

Problemas de salud

La insuficiente notificación de enfermedades y la imposibilidad de poder confiar en las estadísticas vitales y de salud, hacen que el conocimiento de los problemas de salud en el medio rural no sean exactos. Las tasas de mortalidad general y mortalidad infantil correspondientes a áreas rurales no son bien conocidas. Conviene anotar también que la alta proporción de fallecimientos que ocurren en el área rural no tienen certificación médica, lo que hace muy difícil utilizar la morbilidad y la mortalidad específicas como elementos de análisis de la magnitud del problema de la salud en el medio rural.

Sin embargo, si se analizan las cifras de mortalidad por diversas causas en áreas urbanas y rurales, se puede apreciar el gran contraste que existe entre estos dos grupos de poblaciones. Si bien es cierto que no existen tasas de mortalidad que separen claramente las áreas rurales de las urbanas dentro de la estructura político-administrativa de los países, se puede apreciar, sin embargo, que existe marcada diferencia en-

tre provincias o regiones preponderantemente rurales, con otras del mismo país, que tienen características urbanas.

En Chile, por ejemplo, provincias en su mayoría urbanas, como Santiago, en la que hay un 90% de población urbana, Valparaíso con un 88.8% y Magallanes con un 83.2%, tienen una mortalidad infantil de 80.4, 88.4 y 62.3 por mil nacidos vivos, respectivamente. En cambio, otras provincias de predominio rural, como Curicó con un 41% de población urbana, Ñuble con 33.6%; Bío-Bío con 37.1% y Chiloé con 21.1%, tienen tasas de mortalidad infantil que fluctúan entre 145.3 y 169.9 por mil nacidos vivos (9).

En un estudio en el Estado Lara, Venezuela, la tasa de mortalidad general para niños menores de 10 años fue de 28 por mil habitantes de ese grupo de edad en el medio rural, en tanto que fue de 12 por mil en las ciudades del mismo Estado, o sea menos de la mitad. La esperanza de vida al nacer era, en 1962, de 67.4 años en zonas urbanas de Venezuela y de 60.6 en las zonas rurales (10).

Hugo Behm, al analizar la mortalidad infantil de Chile correspondiente a 1960, expresa que "las provincias de mortalidad más alta en el país están caracterizadas en general por una actividad principalmente agrícola, población de predominio rural, dificultades de transporte, etc." (11).

Como se ha dicho anteriormente, en la mayoría de los países de Latinoamérica las áreas rurales se encuentran en una situación de inferioridad en comparación con las áreas urbanas en todo lo que se refiere a salud, teniendo los pobladores y sus familiares que recorrer a veces grandes distancias, en camión, a caballo, o a pie, para ser atendidos en un centro médico. La situación es más grave si se considera que como consecuencia del bajo estándar socioeconómico de esta población, su morbilidad y su mortalidad son más elevadas. A esto se agrega el

problema que crea el desinterés de los médicos y otros trabajadores de salud por vivir en estas áreas. Un índice de esta situación consiste en el hecho que más del 50% de los partos de la población rural en un país se producen sin asistencia profesional alguna y que más del 40% de las defunciones no tienen certificación médica.

No existe una estimación global de la prevalencia de la desnutrición en términos específicamente cuantitativos. Existe, sin embargo, suficiente evidencia para demostrar que las infecciones respiratorias y gastrointestinales actúan sinérgicamente con la desnutrición, para producir formas de enfermedad mucho más severas que la que cada una produciría independientemente.

A pesar de que en muchos de los países del Continente los problemas nutricionales son conocidos, no existe información suficiente para diferenciarlos entre las áreas urbanas y rurales. Se sabe, sin embargo, que los problemas de la desnutrición son más severos entre la población rural; no siempre existen datos estadísticos para apoyar esta aseveración.

Nutrición

Entre los problemas nutricionales más importantes que se han identificado en la

América Latina se encuentran: la desnutrición proteico-calórica, el bocio endémico y las anemias.

La desnutrición proteico-calórica está ampliamente extendida entre los grupos socio-económicos bajos en la América Latina. Afecta especialmente a niños preescolares tanto en áreas rurales como en las urbanas. El cuadro 3 destaca la importancia de la desnutrición proteico-calórica en áreas rurales de seis países seleccionados. Como se puede ver, la desnutrición de tercer grado varía entre 0.4% y 15.2% en la población preescolar de estas áreas.

Los tres grados de desnutrición a que se refiere el cuadro 3 corresponden a la clasificación de Federico Gómez, que designa como desnutrición de primer grado cuando el peso del niño es de 75 a 90% del peso considerado estándar; de segundo grado cuando el peso es de 60 a 75%, y de tercer grado bajo 60% del peso estándar ² (12).

Son conocidos los efectos de la desnutrición proteico-calórica en el desarrollo físico.

²Se considera peso estándar el correspondiente a niños de las diversas edades considerados sanos, en la localidad correspondiente. Cuando no están establecidos los pesos estándar para la localidad, se usa generalmente una curva de peso y talla, preparada para niños del Estado de Iowa, Estados Unidos, que fue recomendada por el Comité de Expertos en Evaluación Médica del Estado de Nutrición, de la OMS (13).

CUADRO 3—Desnutrición en niños preescolares en áreas rurales de seis países.

| País | Localidad | No. de niños estudiados | Normales % | Grado de desnutrición en % | | |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------|------------|----------------------------|------|------|
| | | | | 1° | 2° | 3° |
| Guatemala..... | Sta. María Cauqué..... | 179 | 14.0 | 41.0 | 40.0 | 5.0 |
| Bolivia..... | Pillapi..... | — | 73.5 | 16.2 | 10.0 | 0.7 |
| Haití..... | Fond Parisien..... | 366 | 20.0 | 46.0 | 23.0 | 11.0 |
| Haití..... | Todo el país se considera rural.... | 1,190 | 39.0 | 37.0 | 21.0 | 3.0 |
| Perú..... | Puno..... | 3,313 | 81.0 | 14.1 | 4.4 | 0.5 |
| Perú..... | Camicachi..... | 179 | 54.7 | 28.5 | 15.6 | 1.2 |
| Colombia..... | Caldas..... | 4,207 | 14.3 | 33.7 | 36.8 | 15.2 |
| Colombia..... | Rioloro..... | 52 | 42.4 | 26.9 | 26.9 | 3.8 |
| Colombia..... | Zuluaga..... | 120 | 33.3 | 54.9 | 10.8 | 1.0 |
| Trinidad y Tabago. | San Fernando..... | 829 | 41.6 | 47.7 | 10.3 | 0.4 |

Fuente: Datos tomados de las referencias 15, 16 y 31-36.

A este propósito se han hecho diversos estudios en peso y talla en áreas rurales. En Barbados el promedio de peso y talla de niños de 4 a 7 años de edad era alrededor de 25% menos que el de niños de la misma edad en Londres y 5.6% de estos niños estaban por debajo del 70% de los pesos estándar (14). En Jamaica 20% de los niños tenían un peso por debajo del 70% de lo considerado estándar (15). En el Perú se encontró que niños de 3 a 6 años de áreas rurales de Puno tenían un peso y una talla menor que niños de la misma edad en Lima (16). En Haití, donde la desnutrición es la primera causa de admisión hospitalaria en niños entre 1 y 4 años de edad en las ciudades, en las áreas rurales es la primera causa de admisión de niños de todas las edades (17).

En una revisión de defunción de niños menores de 1 año y preescolares en Venezuela, se encontró que la mortalidad preescolar por desnutrición proteico-calórica es cuatro veces mayor en áreas rurales que en las ciudades (18).

En un estudio en cuatro aldeas guatemaltecas se analizaron las causas de defunción de 222 niños, de los cuales, en estudios retrospectivos, 43 pudieron ser catalogados como desnutrición, a pesar de que sólo uno había sido certificado como tal. De estas 43 defunciones por desnutrición, 38 correspondían al grupo de edad de 1 a 4 años, lo que representaba el 35% de todas las muertes en este grupo de edad (19). En áreas rurales de Guatemala se ha demostrado también que la mortalidad por sarampión y por diarrea entre niños desnutridos es mucho más alta que entre los bien nutridos.

No se ha encontrado diferencia entre áreas urbanas y rurales en la prevalencia de bocio endémico, siendo su distribución más bien por áreas geográficas. En el Estado Mérida, Venezuela, por ejemplo, la prevalencia varía entre 0 y 53% en las distintas áreas del Estado; el promedio encontrado en áreas ru-

rales fue de 13% y en áreas urbanas de 12 por ciento (20).

En cuanto a anemias, no existe información suficiente separando áreas rurales y urbanas. En diversos estudios en Latinoamérica, el porcentaje de anemias en áreas rurales varía entre el 4 y 15% de la población, usando como límite mínimo 10 g de hemoglobina por 10 cc (ml). Este es un porcentaje mayor que el que se encuentra comúnmente en las ciudades.

Enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles como malaria, tuberculosis, tétanos, lepra, enfermedad de Chagas, enfermedades parasitarias, entre otras, son prevalentes en la mayor parte de las áreas rurales del Continente.

Se han logrado impresionantes progresos en la campaña continental de erradicación de la malaria, encontrándose actualmente en fase de consolidación o mantenimiento, es decir, se ha interrumpido la transmisión de la enfermedad en más de la tercera parte del área originalmente malárica de las Américas donde viven más de 95 millones de personas. Sin embargo, la protección y vigilancia epidemiológica necesarias para evitar la reinfección presenta serios problemas, por ser la malaria una enfermedad esencialmente rural y por no existir siempre una red suficiente de servicios de salud para mantener una vigilancia adecuada.

El Dr. M. G. Candau, Director General de la OMS, expresó en la 39ª Reunión del Consejo Ejecutivo de esta Organización, realizada en enero de 1967: "La erradicación de la malaria no puede alcanzarse sin un servicio de salud. Es una ilusión pensar que el problema podría ser resuelto sólo proveyendo suministros donde no hay un servicio de soporte de salud" (21).

Lo mismo puede decirse de la viruela, enfermedad erradicada en varios países, pero no aún del Continente. Este año, precisamente, se iniciará un programa amplio de

erradicación de esta enfermedad en las Américas, pero evidentemente serán necesarios servicios permanentes que den una cobertura a la mayor parte de la población, a fin de mantener el nivel de inmunidad que se alcance.

La tuberculosis y la lepra son todavía problemas prevalentes, a pesar del extraordinario progreso alcanzado en las dos últimas décadas con la quimioterapia y los antibióticos. En ambas enfermedades se requiere el mejoramiento de la calidad y cantidad de datos sobre incidencia y acelerar las medidas de prevención y rehabilitación, todo lo que exige servicios permanentes de salud.

La información acerca de la prevalencia de la tuberculosis en áreas rurales comparada con la de áreas urbanas, demuestra que el porcentaje de positividad a la tuberculina es menor en poblaciones rurales. En un estudio de Baldó y otros en Venezuela, la positividad fue de 67% en áreas rurales y de 87% en áreas urbanas. En cuanto a la morbilidad, en el mismo estudio se expresa que los casos nuevos de tuberculosis descubiertos en tres estados, entre 1961 y 1963, fue de 3.27% de las personas examinadas en áreas rurales, y de 1.58% en áreas urbanas; esta diferencia, explica el autor, se debe particularmente a la mayor proporción de personas con síntomas que solicitan ser examinadas en las áreas rurales. En cuanto a la mortalidad por tuberculosis, el mismo estudio indica que en 1962 eran prácticamente iguales, siendo ligeramente mayor en áreas rurales, lo que muy posiblemente se debe a la falta de servicios médicos (22).

Trabajos del Dr. Villas-Boas en el Brasil (23) y de Alvarado en Honduras (24), confirman también que no existe una diferencia marcada entre morbilidad y mortalidad por esta enfermedad entre áreas rurales y urbanas, aparte de la que se puede esperar por la diferencia de la cantidad y calidad de servicios médicos que existen en ambas áreas.

Las enfermedades entéricas y parasitarias

constituyen también graves problemas en las áreas rurales. La elevada mortalidad producida por enfermedades diarreicas es consecuencia, en buena parte, de las altas tasas de mortalidad por esta causa en zonas rurales o pequeñas localidades. Los programas de abastecimiento de agua reducirán seguramente la morbilidad y mortalidad por estas causas, pero esto posiblemente no se alcance a corto plazo en las áreas rurales. Para conseguir una disminución marcada en la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas, que incide principalmente en los menores de cinco años, será necesario contar no sólo con programas de abastecimiento de agua, sino también de educación para la salud, mejorar el estado nutricional y una mejor y más oportuna atención médica.

La infestación por anquilostomiasis es notablemente más frecuente en el medio rural. En un estudio en Puerto Rico, el número de huevos por gramo de heces en dos comunidades rurales fue de 5,120 y 7,050, respectivamente; en cambio en dos comunidades urbanas, de muy bajo nivel económico, fue de 610 (25).

Lo mismo ocurre con la esquistosomiasis. El cuadro 4 muestra el porcentaje de población de niños en los que se encontró esquistosomas y anquilostomas en cinco estados del Brasil. En una encuesta se estudiaron algunas áreas urbanas y semiurbanas y áreas rurales. El porcentaje de niños infestados con ambos parásitos fue superior en áreas rurales, particularmente con el esquistosoma (26).

La enfermedad de Chagas es, aparentemente, de más prevalencia en áreas rurales debido, particularmente, a la mala calidad de la vivienda de estas áreas. En un estudio realizado en Venezuela, el vector fue encontrado en el 9.4% en "ranchos"; y en lo que se denominó "casa corriente" esta infestación fue de 0.4 por ciento (27).

En el cuadro 5 se indica el resultado de un estudio efectuado también en Venezuela

CUADRO 4—Prevalencia de esquistosomiasis y anquilostomiasis en niños escolares en áreas urbanas y rurales de cinco Estados del Brasil, 1950.

| Estado | Localidad | Prevalencia % | |
|--------------|---------------------------------|---------------|--------------|
| | | Esquistosoma | Anquilostoma |
| Pernambuco | Recife.....semiurbana.. | 5.4 | 40.0 |
| | São Lorenzo.....rural.. | 60.8 | 58.6 |
| | Nazaré.....rural.. | 55.3 | 40.6 |
| | Ipojuca.....rural.. | 10.9 | 61.2 |
| Alagoas | Maceió.....semiurbana.. | 11.2 | 43.0 |
| | São Luis.....rural.. | 29.9 | 61.9 |
| | Pilar.....rural.. | 25.3 | 50.9 |
| Sergipe | Aracajú.....semiurbana.. | 22.6 | 57.0 |
| | Salgado.....rural.. | 56.6 | 78.6 |
| | Itaparangu.....rural.. | 78.1 | 78.5 |
| Bahía | Salvador.....urbana.. | 7.0 | 31.4 |
| | Açu da Torre.....rural.. | 61.7 | 53.0 |
| | Santa Amoro.....rural.. | 23.1 | 46.8 |
| | Cachoeira.....rural.. | 21.8 | 39.8 |
| Minas Gerais | Belo Horizonte.....semiurbana.. | 7.8 | 20.2 |
| | Lagoa Santa.....rural.. | 13.8 | 43.1 |

Fuente: Datos obtenidos de la publicación "Distribuição de Esquistosomose mansônica no Brasil", Ministerio de Educação e Saúde, Rio de Janeiro, 1950.

en el que se investigó la existencia del vector de la enfermedad de Chagas en el Distrito Federal, área obviamente urbana, y en los Estados Aragua y Carabobo, que tienen una proporción importante de población rural. El vector se encontró con mayor frecuencia y en un más alto porcentaje infectado en los dos estados mencionados (28). En diversos

estudios en la Argentina se observa el mismo hecho. En un estudio con pruebas de fijación de complemento se encontró un 5% de positividad en Buenos Aires; en cambio, en reclutas militares concentrados en la ciudad de Córdoba, pero procedentes de diversas regiones, una buena parte de áreas rurales, el porcentaje fue de 28 por ciento.

CUADRO 5—Estudio de vectores de la enfermedad de Chagas en dos Estados y en el Distrito Federal de Venezuela, 1966.

| Estado | No. de municipios | Municipios con vectores | % de vectores con enfermedad de Chagas |
|---------------------|-------------------|-------------------------|--|
| Distrito Federal... | 22 | 10 | 0 |
| Aragua..... | 25 | 25 | 76 |
| Carabobo..... | 29 | 25 | 59 |

Fuente: Campaña contra la "Enfermedad de Chagas". Informe mimeografiado del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas, 1966.

En un estudio de tres grupos de municipios en Venezuela, el primero catalogado como de "predominantemente rurales", por contener más del 50% de población rural, el segundo como de "medianamente rurales", con población entre 5 y 50% rural, y el tercero de "predominantemente urbanos", con menos de 5% de población rural, se encontró que la mortalidad proporcional por tétanos fue de 3% en el primer grupo, 1.4% en el segundo, y 0.5% en el grupo urbano (3).

Salud maternoinfantil

La insuficiente cantidad y baja calidad de los servicios maternoinfantiles contribuyen a agravar el panorama y a elevar la mortalidad materna y la morbilidad y mortalidad de niños, particularmente en el primer año de vida.

Ya se ha mencionado que sobre el 50%, y en muchos casos hasta el 90%, de los partos de la población rural se producen sin asistencia profesional alguna. La comadrona o matrona empírica, sin adiestramiento alguno, es la que atiende la mayoría de los partos.

Se ha descrito anteriormente la notable diferencia que existe en la mortalidad infantil entre áreas urbanas y rurales, a pesar de que en muchos países esto no se refleja en las estadísticas debido al subregistro en poblaciones rurales.

Provisión de agua potable

La Carta de Punta del Este estableció como meta para la década, la provisión de servicios de agua potable al 50% de la población rural de la América Latina. En 1965 sólo el 14% tenía agua, o sea, sólo se había llegado al 29% de la meta, a pesar de que desde 1961 hasta fines de 1966, se habían comprometido entre fondos nacionales y préstamos internacionales para la construcción de abastecimientos de agua rurales, un total de 168,360,000 dólares.

El cuadro 6 da el número y porcentaje de la población rural con agua conectada en su domicilio en 1965. Se observa que la mayoría de los países de Latinoamérica están aún muy lejos de llegar a la meta establecida en la Carta de Punta del Este. Las cifras anotadas se refieren sólo a los servicios de agua conectados a los domicilios, en localidades de menos de 2,000 habitantes. Existen también otras fuentes, como el agua de pozo o los pilones comunes, que no están incluidas en el cuadro.

La situación descrita para agua potable es aún más seria en lo que se refiere a eliminación de excreta, campo en que la actividad es aún muy dispersa y de poca intensidad.

Recursos para los cuidados de la salud

Es natural que los servicios de salud de las áreas rurales no puedan ser completos y autónomos, por lo que la tendencia es de estructurarlos en forma de que sean parte de un sistema regional de servicios de salud en los que las áreas urbanas, suburbanas y rurales, estén adecuadamente combinadas constituyendo regiones autosuficientes. Así, la atención rural está basada en una red que tiene establecimientos en las ciudades del área, de las que dependen a su vez los servicios del área suburbana y los centros de atención rural. Todo esto constituye idealmente un sistema de comunicaciones de ida y vuelta, difundidos en el país y que pretende cubrir la totalidad de la población de cada territorio nacional.

La mayoría de los países de Latinoamérica están aún muy lejos de alcanzar esta cobertura ideal y existe una importante cantidad de poblaciones rurales sin el más elemental servicio de salud.

El cuadro 7 señala el número de camas de hospital y las tasas por mil habitantes en capitales y grandes ciudades y en el resto del territorio en 24 países, alrededor de 1965. La diferencia que se observa en el número de camas es notable, más aún si se considera que las áreas rurales están incluidas en la segunda columna junto a poblaciones urbanas de tamaño reducido.

Bien conocido es el fenómeno de concentración de los médicos y otros profesionales en las grandes ciudades. El *Boletín de la OSP* de abril de 1967, se refiere a la distribución de los médicos y como ejemplo ilustrativo presenta una gráfica que indica que en un condado en el Estado de Nueva York, Estados Unidos de América, la ciudad tiene un médico por 481 habitantes, en cambio,

CUADRO 6—Población total y población con servicios de agua potable en áreas urbanas y rurales en 23 países, 1965. (En millones).

| País | Población total | | Población urbana | | | Población rural | | |
|---------------------------|-----------------|-------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----------------|-------------------|---------------------|
| | Población | Población servida | Población | Población servida | Población servida % | Población | Población servida | Población servida % |
| Argentina..... | 22.35 | 13.11 | 15.66 | 12.22 | 78.0 | 6.68 | 0.89 | 13.3 |
| Barbados..... | 0.24 | 0.19 | 0.10 | 0.09 | 90.0 | 0.14 | 0.10 | 71.4 |
| Bolivia..... | 3.69 | 0.64 | 1.30 | 0.51 | 39.2 | 2.39 | 0.13 | 5.4 |
| Brasil ^a | 81.30 | 23.60 | 42.11 | 18.13 | 43.1 | 39.18 | 5.47 | 14.0 |
| Colombia..... | 18.06 | 8.35 | 9.59 | 6.80 | 70.9 | 8.47 | 1.55 | 18.3 |
| Costa Rica..... | 1.43 | 0.93 | 0.50 | 0.50 | 100 | 0.92 | 0.42 | 45.7 |
| Cuba..... | 7.63 | 3.35 | 4.56 | 3.23 | 70.8 | 3.06 | 0.12 | 3.9 |
| Chile..... | 8.56 | 4.55 | 6.03 | 4.20 | 69.7 | 2.53 | 0.35 | 13.8 |
| Ecuador..... | 5.15 | 1.52 | 1.82 | 1.18 | 64.8 | 3.32 | 0.34 | 10.2 |
| El Salvador..... | 2.92 | 1.31 | 1.10 | 0.72 | 65.5 | 1.82 | 0.59 | 32.4 |
| Guatemala..... | 4.43 | 1.33 | 1.52 | 0.83 | 54.6 | 2.91 | 0.50 | 17.2 |
| Haití..... | 4.39 | 0.35 | 0.73 | 0.24 | 32.9 | 3.66 | 0.11 | 3.0 |
| Honduras..... | 2.28 | 0.50 | 0.60 | 0.36 | 60.0 | 1.67 | 0.14 | 8.4 |
| Jamaica..... | 1.78 | 1.44 | 0.58 | 0.58 | 100 | 1.20 | 0.85 | 70.8 |
| México..... | 42.68 | 19.18 | 22.54 | 15.65 | 69.4 | 20.14 | 3.53 | 17.5 |
| Nicaragua..... | 1.65 | 0.34 | 0.68 | 0.32 | 47.1 | 0.96 | 0.02 | 2.1 |
| Panamá..... | 1.24 | 0.52 | 0.54 | 0.42 | 77.8 | 0.70 | 0.10 | 14.3 |
| Paraguay..... | 2.03 | 0.28 | 0.69 | 0.17 | 24.6 | 1.33 | 0.11 | 8.3 |
| Perú..... | 11.65 | 3.18 | 5.40 | 2.90 | 53.7 | 6.24 | 0.28 | 4.5 |
| República Dominicana..... | 3.62 | 0.79 | 1.23 | 0.46 | 37.4 | 2.39 | 0.33 | 13.8 |
| Trinidad y Tabago..... | 0.97 | 0.88 | 0.15 | 0.15 | 100 | 0.82 | 0.73 | 89.0 |
| Uruguay..... | 2.71 | 1.54 | 2.22 | 1.33 | 62.2 | 0.49 | 0.16 | 32.7 |
| Venezuela..... | 8.72 | 6.65 | 5.94 | 4.60 | 77.4 | 2.77 | 2.05 | 74.0 |
| Total..... | 239.48 | 94.53 | 125.59 | 75.64 | 60.2 | 113.79 | 18.87 | 16.6 |

^a Cifras provisionales. Si se eliminan estas del total, los porcentajes de población urbana y rural servidas serían de 69% y 18% respectivamente.

Fuentes: Naciones Unidas. *Monthly Bulletin of Statistics* XXI:4, 1967.

OFS. *Las condiciones de salud en las Américas, 1961-1964* (Publicación Científica 138). Estado actual del programa de agua potable en América Latina, 1966.

en las zonas rurales tiene 1 por 4,249 habitantes. Se observa en el artículo que en los países en vías de desarrollo el contraste en las ciudades y las zonas rurales es mucho más pronunciado (29).

El cuadro 8 muestra la distribución desigual de médicos entre las ciudades más importantes y el resto del territorio en 17 países del Continente. Mientras las tasas de médicos por 10,000 habitantes en las capitales y otras ciudades varían entre 5.8 y 28.8, en las áreas restantes de esos mismos países que incluyen las áreas rurales y áreas urbanas más pequeñas, las tres van de 0.8 a 8.0 por 10,000 habitantes.

Esta mayor concentración de personal profesional en áreas urbanas no es un fenómeno de una sola disciplina sino que se encuentra en todos los campos de las actividades tanto de salud como en otros sectores del desarrollo.

Las zonas rurales representan para el profesional un aislamiento físico e intelectual. Muchos países han intentado desarrollar un sistema por el cual los médicos recién recibidos o para poder recibir su título, deben ejercer por lo menos 1, 2 y a veces 3 años en áreas rurales. Otros países han interesado a los profesionales jóvenes en el trabajo del medio rural a través de becas o dándoles

CUADRO 7—Camas de hospital, con tasas por 1,000 habitantes, en 24 países, alrededor de 1965.

| País | Año | Camas de hospital | | Capitales y grandes ciudades ^a | | Resto del país | |
|---------------------------|------|-------------------|------|---|------|----------------------|------|
| | | Número | Tasa | Número | Tasa | Número | Tasa |
| Argentina..... | 1964 | 141,802 | 6.4 | 60,398 ^{a, b} | 8.3 | 81,404 | 5.5 |
| Barbados..... | 1964 | 1,393 | 5.8 | | | | |
| Bolivia..... | 1964 | 9,098 | 2.5 | 2,670 ^b | 5.6 | 6,428 | 2.0 |
| Brasil..... | 1964 | 228,566 | 2.9 | 69,826 ^{a, c} | 7.1 | 167,104 ^c | 2.6 |
| Colombia..... | 1965 | 47,647 | 2.6 | 21,620 ^{a, b, d} | 3.7 | 24,887 ^d | 2.2 |
| Costa Rica..... | 1965 | 6,246 | 4.4 | 3,903 ^b | 7.5 | 2,343 | 2.6 |
| Cuba..... | 1965 | 42,162 | 5.5 | | | | |
| Chile..... | 1965 | 35,956 | 4.2 | 16,334 ^{b, d} | 5.9 | 19,956 ^d | 3.6 |
| Ecuador..... | 1964 | 11,199 | 2.3 | 3,880 ^b | 3.7 | 7,319 | 1.9 |
| El Salvador..... | 1965 | 6,398 | 2.2 | 3,362 ^b | 6.2 | 3,036 | 1.3 |
| Guatemala..... | 1965 | 11,128 | 2.5 | 6,221 ^{b, d} | 7.6 | 4,832 ^d | 1.4 |
| Guyana..... | 1964 | 3,424 | 5.4 | | | | |
| Haití..... | 1965 | 3,035 | 0.7 | | | | |
| Honduras..... | 1965 | 3,674 | 1.6 | 2,025 ^b | 5.9 | 1,649 | 0.9 |
| Jamaica..... | 1964 | 6,907 | 4.0 | 4,662 ^a | 11.6 | 2,245 | 1.7 |
| México..... | 1966 | 86,151 | 2.0 | | | | |
| Nicaragua..... | 1965 | 3,822 | 2.3 | 1,667 ^b | 4.9 | 2,155 | 1.6 |
| Panamá..... | 1964 | 4,304 | 3.6 | 2,519 ^c | 7.0 | 1,785 | 2.1 |
| Paraguay..... | 1964 | 4,297 | 2.2 | 2,330 ^a | 7.0 | 1,967 | 1.2 |
| Perú..... | 1965 | 28,395 | 2.4 | 12,135 ^b | 4.7 | 16,260 | 1.8 |
| República Dominicana..... | 1966 | 10,620 | 2.8 | 5,151 ^a | 9.0 | 5,469 | 1.7 |
| Trinidad y Tabago..... | 1962 | 4,712 | 5.3 | | | | |
| Uruguay..... | 1963 | 16,935 | 6.4 | 9,244 ^b | 7.6 | 7,691 | 5.4 |
| Venezuela..... | 1965 | 28,348 | 3.3 | 9,238 ^a | 6.3 | 19,110 | 2.6 |

^a Capital y ciudades de 500,000 o más habitantes.

^b Departamentos, provincias y estados en que se encuentra la capital y ciudades de 500,000 o más habitantes.

^c 1962.

^d 1964.

^e Distrito de salud.

Fuentes: OPS/OMS. Informe anual sobre instituciones de salud y recursos humanos, 1965 (Formas E y G).

OPS. Las condiciones de salud en las Américas, 1961-1964 (Publicación Científica 138).

Publicaciones de diversos países.

facilidades de alojamiento, ofreciéndoles oportunidad de trabajo de posgrado, vacaciones especiales, entre otros beneficios.

Sistemas utilizados para dar servicios de salud en áreas rurales

Mucho se ha insistido en que es urgente y fundamental la necesidad de establecer una estructura de servicios básicos de salud que dé una amplia cobertura aunque estos servicios sean mínimos. Se ha generalizado en el Continente la convicción de que debe utilizarse con mucha mayor amplitud los auxiliares de salud, particularmente en servicios

periféricos. Se reconoce que estos auxiliares deben estar debidamente adiestrados y periódicamente supervisados. Esto naturalmente no se opone al establecimiento de incentivos adecuados, a fin de atraer médicos, enfermeras y otros trabajadores hacia los servicios rurales.

Los servicios de salud en el medio rural latinoamericano son generalmente ofrecidos por un auxiliar que es visitado periódicamente por un médico. La periodicidad de estas visitas está condicionada a los medios de transporte disponibles y al tiempo necesario de viaje para llegar a estos lugares. La

CUADRO 8—Número de médicos y razones por 10,000 habitantes en 17 países, alrededor de 1964.

| País | Año | Capitales y grandes ciudades | | Resto del país | |
|---|------|------------------------------|-------|----------------|-------|
| | | Número | Razón | Número | Razón |
| Argentina ^a | 1962 | 20,353 | 28.8 | 11,478 | 8.0 |
| Bolivia ^b | 1963 | 456 | 9.7 | 576 | 1.8 |
| Brasil ^c | 1962 | 13,154 | 13.9 | 16,686 | 2.6 |
| Colombia ^a | 1962 | 3,784 | 7.4 | 3,669 | 3.8 |
| Costa Rica ^b | 1962 | 408 | 9.3 | 167 | 2.0 |
| Cuba ^d | 1965 | 3,595 | 22.8 | 3,220 | 5.3 |
| Chile ^b | 1964 | 2,957 | 10.6 | 1,885 | 3.4 |
| Ecuador ^b | 1965 | 786 | 7.2 | 916 | 2.3 |
| El Salvador ^b | 1963 | 352 | 7.0 | 229 | 1.0 |
| Honduras ^b | 1965 | 188 | 5.8 | 153 | 0.8 |
| México ^c | 1965 | 10,832 | 14.9 | 10,333 | 3.1 |
| Panamá ^d | 1964 | 302 | 7.19 | 121 | 1.6 |
| Paraguay ^d | 1964 | 800 | 24.2 | 261 | 1.6 |
| Perú ^d | 1964 | 3,420 | 17.1 | 1,815 | 2.0 |
| República Dominicana ^b | 1963 | 1,471 | 28.5 | 614 | 2.2 |
| Uruguay ^b | 1964 | 2,400 | 19.5 | 651 | 4.5 |
| Venezuela ^d | 1964 | 3,027 | 17.6 | 3,557 | 5.3 |

^a Distrito Federal y departamentos o provincias con ciudades de más de 500,000 habitantes.

^b Departamento o provincia que incluye la capital del país.

^c Distrito Federal y ciudades de más de 500,000 habitantes.

^d Área metropolitana de la ciudad capital del país.

Fuente: O.I.S. *Las condiciones de salud en las Américas, 1961-1964* (Publicación Científica 152).

regularidad en el cumplimiento de esta clase de servicios en muchos sitios está supeditada a condiciones climatológicas; inundaciones, derrumbes, u otros accidentes similares, interrumpen muchas veces el cumplimiento del calendario de visitas por el cierre de las vías de comunicaciones. Por otra parte, como generalmente estos servicios están a cargo de un solo médico, su ausencia por cualquier motivo interrumpe también las visitas.

En ciertos países, especialmente en Centroamérica, se ha generalizado el sistema de las unidades médicas móviles que cuentan con facilidades de clínicas ambulantes. Incluyen un médico, una enfermera, a veces un educador sanitario y en oportunidades un pequeño laboratorio para determinados exámenes. En este caso no existe un dispensario o posta rural establecida. El cumplimiento del itinerario de este tipo de servicios depende de si las vías de comunicación están transitables: Como se ha dicho, las condi-

ciones climatológicas pueden interrumpir una carretera o hacer imposible la navegación, impidiendo el cumplimiento de estas actividades. En todo caso, esta clase de servicios móviles mecanizados requiere un servicio de mantenimiento eficiente, unidades de transporte de reserva y como el personal tiene que regresar a su base o continuar un itinerario de viaje, su labor se ve siempre restringida a lo más elemental en lo curativo. Se trata, además, de un sistema difícil de administrar con costos muy elevados. Por último, resulta difícil muchas veces conseguir personal técnico para su atención debido al esfuerzo que este tipo de trabajo envuelve y a lo rutinario de las labores.

Los médicos de estos servicios que hacen visitas periódicas, ya sea con una unidad médica móvil o con un dispensario o posta rural establecidas, prestan una atención predominantemente curativa, de acción fugaz por su propia naturaleza y por la brevedad

del tiempo disponible que les impide desarrollar una labor preventiva y de fomento. El gran porcentaje de los pacientes está formado por casos crónicos que el médico ve reiteradamente durante las visitas sucesivas.

Un sistema de atención a las comunidades rurales iniciado en un país, sobre la base de personal auxiliar permanente, consiste en la delegación de atribuciones específicas en este personal auxiliar, previamente adiestrado y debidamente supervisado. Este personal está preparado no sólo para promover y proteger sino también para ayudar a recuperar la salud. Todas las funciones, y particularmente la curativa, están reguladas por un manual en el que se establece claramente hasta dónde debe llegar el auxiliar y cuándo debe referir el enfermo a un servicio que cuente con un médico. El éxito de la actividad curativa de este personal, le da prestigio y promueve la aceptación del campesino a cualquier otra indicación que envuelva fomento y protección de la salud. Fundamentalmente estos auxiliares llevan el registro de nacimientos y defunciones, inmunizan, toman y envían muestras de laboratorio, orientan a la población en materia de saneamiento ambiental básico, instruyen a la embarazada sobre los cuidados propios de su estado y a la madre para la crianza del niño, dan primeros auxilios, atienden ciertas enfermedades debidamente especificadas en el manual y colaboran en campañas específicas que se estén desarrollando en el área. Este personal auxiliar forma parte del servicio regionalizado de salud, y por lo tanto recibe supervisión periódica, particularmente por personal de enfermería debidamente calificado. El manual mencionado anteriormente tiene el doble propósito de ser normativo del trabajo y de servir para el constante readiestramiento. En esta forma se ofrece un servicio mínimo pero integral, en el último nivel local.

En otro país se ha utilizado un sistema similar, pero con un programa de trabajo y

de preparación mucho más restringido, utilizando maestros de escuelas rurales. Este programa se desarrolla en áreas rurales de gran dispersión de población, donde las distancias y las posibilidades de supervisión y de tener servicios propios son muy escasas por el enorme costo que estos significarían. Estos maestros reciben un adiestramiento durante sus vacaciones. Tanto el adiestramiento como la supervisión, aunque mínima, son responsabilidad del servicio local de salud correspondiente. La responsabilidad del trabajo en este caso también está claramente establecida en un manual, que es a la vez normativo y educativo y se limita en lo curativo a primeros auxilios y tratamientos muy elementales de enfermedades de diagnóstico fácil y cuyo tratamiento no envuelve riesgo alguno. Estos maestros prestan estos servicios gratuitamente y reciben una anotación en su hoja de vida, que les sirve para futuras promociones en su carrera docente.

Se ha utilizado también personal auxiliar de carácter voluntario, con o sin adiestramiento. Naturalmente, el cumplimiento de normas administrativas usando este tipo de personal se basa en la buena voluntad y deseos de servir.

Un país ha establecido para regiones alejadas de los centros urbanos, de población rural dispersa, puestos de primeros auxilios atendidos por personal de policía. Este personal, adiestrado durante varios meses en la capital del país, representa una colaboración muy valiosa para estas zonas, especialmente en regiones de la cordillera de difícil acceso. Hasta ahora se han instalado cerca de 80 de estos puestos y se proyecta seguir aumentándolos. Ese mismo país utiliza postas rurales atendidas por auxiliares o parteras en regiones rurales más accesibles. Estas postas tienen de dos a cuatro camas utilizadas para partos.

En varios países, donde se han desarrollado campañas de erradicación de la malaria o de la viruela, pero particularmente de

aquella, se está tratando de aprovechar los servicios y elementos utilizados por esta campaña para aumentar la infraestructura de salud en las áreas rurales, al mismo tiempo que los servicios de salud se hacen cargo de la vigilancia epidemiológica en las fases avanzadas de las campañas de erradicación.

En general, todos los países, unos con más énfasis que otros, están afrontando los problemas básicos de las áreas rurales en un esfuerzo conjunto de desarrollo de la comunidad, que ha sido definido "como un grupo de procesos por los cuales el esfuerzo de la población misma se une con el de las autoridades gubernamentales para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, a fin de integrarlas en la vida de la nación y permitirles así contribuir plenamente al progreso nacional" (30).

Estos programas contemplan generalmente acciones en los campos de la agricultura, la pequeña industria, el crédito agrícola, estructura general, la organización comunal, la artesanía, la educación, el fomento cooperativo, la vivienda y la salud, entre otros.

Este tipo de programas de desarrollo socioeconómico integral, se está llevando a cabo particularmente en áreas donde existen poblaciones indígenas, que han estado al margen del desarrollo del país correspondiente. Los aspectos de salud de este tipo

de programas consisten, esencialmente, en crear una adecuada infraestructura de salud, con la construcción de modestas postas médicas y sanitarias, con transporte adecuado y el refuerzo de la capacidad actual de unidades existentes. Los programas de acción son mínimos e incluyen la atención de la madre y del niño, el control de enfermedades transmisibles, el saneamiento básico, la alimentación y la atención médica más elemental.

La mayoría de los países atienden las áreas rurales en forma incompleta. Esta atención está basada en los sistemas de extensión de servicios descritos idealmente por la segunda reunión del Comité de Expertos en Administración Sanitaria de la OMS (7). Existe la necesidad urgente de aumentar la cobertura actual, ya que extensas áreas carecen de un servicio mínimo de salud, a lo que se suma la ausencia casi absoluta de saneamiento y en muchos casos existe un aislamiento de todo orden.

Se hace necesario estudiar los diversos sistemas que mejor se adapten a cada uno de los países para que estos puedan alcanzar progresivamente una cobertura adecuada del medio rural con servicios mínimos de salud, los que a su vez deben estar integrados con otros programas de desarrollo en estas áreas, a fin de contribuir al progreso social y económico de estas poblaciones.

REFERENCIAS

- (1) I. Chiva. "Rural Communities, Problems, Methods and Types of Research". Reports and Papers in the Social Sciences No. 10, 1958, UNESCO.
- (2) Smillie, Wilson G. *Preventive Medicine and Public Health*, Nueva York: The McMillan Co., 1949.
- (3) Baldó, J. I.; González, C. L.; Guedez Lima, P.; Obregón, G. V., y González, H. L. J. "El problema sanitario-asistencial de la población rural dispersa". Mimeografiado. Barinas, septiembre, 1963.
- (4) Hepp, Juan. "Programa de atención de la salud en el medio rural". Trabajo presentado al Consejo Técnico Nacional de Salud (Santiago, Chile), 11 de abril, 1967.
- (5) González, C. L. "Requisitos mínimos de los servicios rurales de salud para sustentar los programas de erradicación de la malaria". *Bol Ofic Sanit Panamer* 55(2):146-163, 1963.
- (6) Organización Panamericana de la Salud. "Postas rurales de salud y centros de salud rurales". Proyecto de definiciones y criterios sometido por la OPS al Banco Interamericano de Desarrollo. Mimeografiado, julio, 1966.
- (7) Organización Mundial de la Salud. "Metho-

- dology of Planning an Integrated Health Programme for Rural Areas", Segundo Informe del Comité de Expertos en Administración Sanitaria. *Ser Inf Téc* No. 83, 1954.
- (8) Banco Interamericano de Desarrollo. *Fondo Fiduciario de Progreso Social*. Segundo Informe Anual. Washington, D.C., 1962.
 - (9) Chile. "Proyecto de atención médica integrada para población de áreas rurales y suburbanas de grandes ciudades". Programa enviado al Banco Interamericano de Desarrollo por el Gobierno de Chile, Santiago, 1967.
 - (10) Venezuela. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. "El reto de la urbanización a la salud pública". Mimeografiado. Caracas, 1967.
 - (11) Behm Rosas, Hugo. "Mortalidad infantil y nivel de vida". Universidad de Chile. Santiago, Chile, 1962.
 - (12) Gómez, F.; Galván, R. R.; Frenk, S.; Muñoz, J. C.; Chávez, R., y Vázquez, J. "Mortality in Second and Third Degree Malnutrition". *J Trop Pediat* 2(2):77-83, 1956.
 - (13) Organización Mundial de la Salud. Informe. Comité de Expertos en Evaluación Médica del Estado de Nutrición. *Ser Inf Téc* No. 258, Ginebra, 1963.
 - (14) Standard, K. L. *et al.* "The Validity of Certain Physical Signs as Indices of Generalised Malnutrition in Young Children". *J Trop Pediat* 11(4):100-106, 1966.
 - (15) Jelliffe, D. B.; Symonds, B. E. R., y Jelliffe, E. F. P. "The Pattern of Malnutrition in Early Childhood in Southern Trinidad". *Pediat* 57(6):922-935, 1960.
 - (16) Anteproyecto para la prolongación del Programa Integrado de Nutrición Aplicada (PINA) en Puno. Lima, Perú, 1965 (mimeografiado).
 - (17) Laroche, V. *Bull Soc Pathol Exot* 58:6, 1965.
 - (18) Bengoa, J. M. VII International Congress of Nutrition, Hamburg, 1966.
 - (19) Béhar, M. *et al.* "Estudio sobre las causas de defunción de los niños en cuatro poblaciones rurales de Guatemala". *Bol Ofic Sanit Panamer* 45(5):412-420, 1958.
 - (20) ICNND, Nutrition Survey, Venezuela, 1964.
 - (21) Citado en "Proyección Cuadrienal del Programa de la Organización", Abraham Horwitz, Washington, D.C., 1967.
 - (22) Baldó, J. I.; Curiel, J. y Lobo Castellano, O. "La tuberculosis rural en Venezuela". *Bol Ofic Sanit Panamer* 58(1):66-82, 1965.
 - (23) Villas-Boas, A. "A tuberculose no interior do Brasil". *Rev Serv Nac Tuberculose*. Vol. 10, No. 38, Río de Janeiro, Brasil.
 - (24) Alvarado, R.; Guzmán, A. y Buroncle, A. "Lucha antituberculosa en el área rural de Honduras". *Rev Med Hond* Vol. 32, Tegucigalpa, 1964.
 - (25) Daensvang, S. "Puerto Rico". *J Public Health Trop Med* 7:359, 1963.
 - (26) Ministerio da Educação e Saúde. "Distribuição de Esquistosomose mansônica no Brasil". Río de Janeiro, 1950.
 - (27) Dirección de Malariaología y Saneamiento Ambiental. *Boletín Informativo* 6:64, Caracas, Venezuela, 1966.
 - (28) Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. "Campaña contra la enfermedad de Chagas". Informe mimeografiado. Caracas, Venezuela, 1966.
 - (29) Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud "Guardianes de la Salud". *Bol Ofic Sanit Panamer* 62(4):359, 1967.
 - (30) Unión Panamericana. Departamento de Asuntos Sociales. "Aspectos del desarrollo de la comunidad en América Latina y la acción de la OEA en este campo". Washington, D.C., 1967.
 - (31) Gordon, John E. *et al.* "La enfermedad diarreica aguda en los países en vías de desarrollo". *Bol Ofic Sanit Panamer* 56(5):424-435, 1964.
 - (32) Anteproyecto para la continuación del Convenio con OPS/OMS, FAO y UNICEF sobre el PINA, La Paz, Bolivia, 1966 (mimeografiado).
 - (33) Beghin, I. *et al.* "Le centre de récupération pour enfants malnourris de Fond-Parisien (Haïti): Rapport préliminaire sur le fonctionnement du centre et résultats des quatre premiers mois d'activités". *Ann Soc belge Méd Trop* 45(5):557-576, 1965.
 - (34) Jelliffe, D. B. y Jelliffe, P. "Prevalence of Protein-Calorie Malnutrition in Haitian Preschool Children". *Amer J Public Health* 50(9):1355-1366, 1960.
 - (35) Anteproyecto para la prolongación del PINA, Bogotá, Colombia, 1966 (mimeografiado).
 - (36) Instituto Nacional de Nutrición, Encuesta Nutricional de las localidades de Zulma (Garron) y Rioloro (Gigante) Hila, 1965, EPI-66-109, Bogotá, 1966.

ATENCION MEDICA EN LAS AREAS RURALES¹

Los servicios de atención médica son una expresión del desarrollo económico y social de una región y tienen, necesariamente, que reflejar las características generales de su progreso. El desarrollo de los servicios destinados a la comunidad es habitualmente armónico y paralelo con el desarrollo de la producción de bienes de capital y de consumo. No se puede esperar que la atención médica sea de alta calidad cuando los servicios educativos y de comunicaciones son imperfectos, y sería utópico pretender que todos estos servicios alcancen un grado de desarrollo adecuado cuando la industria, la agricultura y el comercio de la región correspondiente se encuentran en un estado de franco retraso.

Lo anterior es especialmente cierto en lo que se refiere a los servicios de atención médica. Es un hecho conocido que el coste de servicios médicos de alta calidad se ha elevado en forma incontrolable en el curso de los últimos años, debido al progreso de la ciencia y la tecnología médicas y al aumento de la demanda de servicios de parte de una comunidad cuya cultura sanitaria es cada día más elevada. El valor de estos servicios tiene, irremediablemente, que ser pagado por la comunidad que los consume. A veces lo hace directamente el individuo enfermo, de su propio peculio; otras veces lo hace indirectamente, a través de regímenes de seguridad social, que en último término no son sino sistemas de redistribución del ingreso; finalmente, en algunos países los servicios son financiados por el Fisco, que, a su vez,

los cobra a la comunidad en forma de impuestos.

Este proceso económico inflexible y de precisión fatal, es lo que está determinando la baja calidad y la insuficiencia de los servicios médicos prestados a las comunidades rurales de América Latina. Poblaciones con muy bajo ingreso *per capita*, que viven en pequeños conglomerados humanos diseminados en extensas regiones agrícolas, con malos medios de comunicación, a veces aislados durante ciertas épocas del año, tienen, inevitablemente, una baja capacidad de consumo de servicios médicos y no ofrecen atracción para que los profesionales de la salud fijen en ellas su residencia. La escasa proporción de médicos y otros profesionales afines en estos países, es causa determinante de su concentración en las áreas urbanas donde las condiciones económicas, sociales, culturales y científicas son más adecuadas para el ejercicio profesional.

Las características anteriormente descritas son comunes a las áreas rurales de la mayor parte de los países de la América Latina y repercuten desfavorablemente en los problemas de salud de las poblaciones rurales. La tensión social y la inquietud creada por estas condiciones de vida se están transformando en un problema agudo para todos los Gobiernos de América, y es tanto más importante si se considera su magnitud, ya que, a pesar de todos los esfuerzos en favor de la industrialización, hasta el momento actual, de acuerdo con los últimos datos disponibles, no menos de un 47% de la población económicamente activa de los países de la América Latina trabaja en la agricultura y

¹ Trabajo presentado por el Departamento de Administración de Servicios Médicos (OSP).

vive en las áreas rurales (véase cuadros 1 y 2).

Progresivamente, en el curso de los últimos 20 años, se ha venido desarrollando el interés de los Gobiernos latinoamericanos por promover el desarrollo de la comunidad rural. Los planes nacionales e internacionales para este objeto han estado principalmente orientados hacia la promoción de la tecnología agrícola, la construcción de caminos y otros medios de comunicación, la electrificación, la dotación de vivienda, y en el aspecto sanitario, hacia el abastecimiento de agua potable y a la eliminación de ciertos insectos vectores de enfermedades.

Nadie podría negar la gran importancia de

CUADRO 2—Población económicamente activa dedicada a la agricultura en América Latina.

| Años | Por ciento del total de la población activa |
|------|---|
| 1936 | 59.2 |
| 1940 | 58.0 |
| 1945 | 55.9 |
| 1950 | 53.2 |
| 1955 | 49.9 |
| 1960 | 47.0 |

Fuente: Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Memoria de labores. Tomo II. Informes y documentos. Séptima Reunión de la Conferencia y Decimosegunda de su Comité Permanente. México: Secretaría General, 1964, pág. 139.

CUADRO 1—El sector agrícola como parte de la población económicamente activa en países americanos (en miles).

| País | Año | Población económicamente activa | | Sector agrícola en % de la población total económicamente activa |
|------------------------------|------|---------------------------------|--------|--|
| | | Sector agrícola | Total | |
| Argentina..... | 1960 | 1,461 | 7,599 | 19.2 |
| Bolivia..... | 1950 | 672 | 1,059 | 63.5 |
| Brasil..... | 1950 | 10,370 | 17,117 | 60.6 |
| | 1960 | 11,698 | 22,651 | 51.6 |
| Canadá..... | 1965 | 619 | 6,911 | 9.0 |
| Colombia..... | 1951 | 2,023 | 3,756 | 53.9 |
| Costa Rica..... | 1963 | 194 | 395 | 49.1 |
| Cuba..... | 1953 | 819 | 1,972 | 41.5 |
| Chile..... | 1960 | 662 | 2,389 | 27.7 |
| Ecuador..... | 1962 | 802 | 1,443 | 55.6 |
| El Salvador..... | 1961 | 486 | 807 | 60.2 |
| Estados Unidos de América... | 1960 | 4,519 | 69,877 | 6.5 |
| | 1964 | 5,057 | 76,971 | 6.6 |
| Guatemala..... | 1950 | 660 | 968 | 68.2 |
| Haití..... | 1950 | 1,454 | 1,747 | 83.2 |
| Honduras..... | 1961 | 379 | 568 | 66.7 |
| Jamaica..... | 1960 | 237 | 655 | 36.1 |
| México..... | 1960 | 6,144 | 11,332 | 54.2 |
| Nicaragua..... | 1963 | 283 | 475 | 59.6 |
| Panamá..... | 1960 | 156 | 337 | 46.2 |
| Paraguay..... | 1962 | 322 | 617 | 52.2 |
| Perú..... | 1961 | 1,556 | 3,125 | 49.8 |
| República Dominicana..... | 1950 | 466 | 826 | 56.5 |
| Uruguay..... | 1963 | 182 | 1,016 | 17.9 |
| Venezuela..... | 1961 | 774 | 2,407 | 32.1 |

Fuente: Organización Internacional del Trabajo. Octava Conferencia de los Estados de América Miembros de la O.I.T. Informe III. Parte I: Papel de la seguridad social y del mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo en el progreso social y económico (Ottawa, septiembre de 1966). Ginebra, 1966, pág. 98.

los programas enumerados, los que en forma indiscutible han contribuido a una elevación del estándar de vida de las comunidades rurales de América Latina. Más recientemente, sin embargo, los Gobiernos han comprendido la necesidad de dar a estas poblaciones servicios médicos y educacionales para satisfacer sus aspiraciones más urgentes. Como consecuencia de esta nueva orientación en la promoción del desarrollo rural, varios países de América Latina han iniciado en los últimos años programas de construcción de las infraestructuras indispensables, que han de servir de base a la red de servicios médicos y educacionales que han de extender el goce de la salud y la cultura hasta comunidades que anteriormente se han visto privadas de estos beneficios del progreso.

Los tipos de servicios de salud más corrientes en las áreas rurales están descritos en el trabajo titulado "Servicios de salud en áreas rurales" (véase págs. 4-21).

Cobertura prestada por los servicios médicos de la seguridad social

Uno de los riesgos que tradicionalmente han cubierto las instituciones de seguridad social, es el riesgo de enfermedad. La forma como estas instituciones han abordado esta responsabilidad varía enormemente de un país a otro, y, en general, se puede decir que ha habido una tendencia a postergar la cobertura de las poblaciones rurales. Esta postergación no ha tenido lugar por decisión arbitraria de las instituciones de seguridad social, sino que se ha debido a razones financieras y administrativas perfectamente conocidas. Una de estas razones ha sido la incapacidad de las poblaciones rurales de pagar las cotizaciones del seguro de enfermedad. Otra razón que ha pesado en las instituciones de seguridad social es la ausencia de personal médico y de otros profesionales de colaboración médica en las áreas rurales. No menos importante es la consideración de la deficiencia de los caminos y de otros medios de co-

municación, que hacen extremadamente difícil el acceso a las áreas rurales.

En el cuadro 3, preparado por la Organización de los Estados Americanos, se puede observar muy bien la insuficiencia de la cobertura del seguro de enfermedad en las áreas rurales de algunos países de América Latina. Como las cifras presentadas en el cuadro no son una muestra representativa de toda América Latina, no se pueden generalizar conclusiones, pero es de todas maneras impresionante ver el número casi insignificante de obreros agrícolas cotizantes en los países estudiados. En aquellos países en que las instituciones de seguridad social han extendido la cobertura de sus prestaciones médicas a las poblaciones rurales, esta extensión se ha hecho, principalmente, a base de servicios ambulatorios de consultorio externo y a veces también por medio del arrendamiento de camas de hospital en establecimientos pertenecientes a los Ministerios o a instituciones caritativas, tales como las Beneficencias, Santas Casas, Patronatos, etc. Desgraciadamente, es necesario comprobar que la cantidad y calidad de estos servicios son absolutamente inadecuados para satisfacer la demanda de la población.

Las limitaciones de las instituciones de seguridad social para extender sus prestaciones a las comunidades rurales son de varios órdenes. En primer lugar, el concepto jurídico de "cobertura", de los institutos de seguridad social, está sujeto a una condición financiera impuesta al beneficiario, que debe contribuir al financiamiento del servicio con una "cotización" que es habitualmente un porcentaje de su salario. En algunos países, las leyes de seguridad social han reconocido la condición de "beneficiario", que son los familiares inmediatos del asegurado a quienes la ley ha concedido también el derecho a prestación. Todos estos conceptos jurídicos y financieros de la seguridad social están sujetos a definiciones, interpretaciones, identificación del asegurado y de sus familiares,

CUADRO 3—Seguridad social en las áreas rurales de América Latina: riesgos cubiertos y asegurados cotizantes, 1962.*

| País | Riesgos cubiertos | | | | | | | Asegurados cotizantes |
|---------------------------|-------------------|-----------|--------|----------------|----------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| | Vejez | Invalidez | Muerte | Enfermedad | Maternidad | Accidentes de trabajo | Subsidios familiares | |
| Argentina..... | X | X | X | | | X ^a | | 450,000 |
| Colombia..... | | | | X | X | X ^a | X | 38,000 |
| Costa Rica..... | X | X | X | X | X | X ^a | | 55,200 |
| Chile..... | X | X | X | X | X | X ^a | X | 358,900 |
| Guatemala..... | | | | X ^b | X ^c | X | | 132,973 |
| Haití..... | | | | | | X | | ... |
| México..... | X | X | X | X | X | X | | 138,082 |
| Paraguay..... | X | X | X | X | X | X | | 10,047 |
| Perú..... | X | X | X | X | X | X ^a | | ... |
| República Dominicana..... | X | X | X | X | X | X ^a | | ... |
| Uruguay..... | X | X | X | | | X ^a | X | 150,094 |
| Total..... | | | | | | | | 1,333,296 |

Fuentes: Información directa de las instituciones de seguro social. Para Guatemala: *Boletín Mensual*, Guatemala (Departamento Actuarial y Estadístico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social), No. 4, abril 1963, pág. 6.

* Reproducido de: Unión Panamericana, Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, "Estudio Social de América Latina, 1962", preparado por el Departamento de Asuntos Sociales. Washington, D.C., 1964.

^a Algunos trabajadores agrícolas amparados por la legislación laboral.

^b Accidentes comunes solamente.

^c Departamento de Guatemala únicamente.

y a una serie de trámites administrativos engorrosos, muy difíciles de aplicar en las comunidades rurales, especialmente en la agricultura, dadas las características de la explotación agrícola en los países latinoamericanos; todo lo cual hace impracticable el sistema y excesivamente alto sus costes, si es que se llega a poner en funcionamiento.

El reconocimiento de todas estas limitaciones y dificultades por parte de las instituciones de seguridad social, está llevando al convencimiento de la necesidad urgente de un cambio sustancial del sistema jurídico, financiero y administrativo que actualmente entorpece la extensión de las prestaciones médicas a las comunidades rurales. Si el trabajador agrícola no tiene capacidad financiera para cotizar en las instituciones de seguridad social, habrá que buscar otro medio de financiamiento que parecería venir, en forma lógica, del producto de la explotación colectiva en los nuevos sistemas de tenencia de la tierra implantados por la

reforma agraria en varios países latinoamericanos. Si, por otra parte, se reconoce que las poblaciones campesinas tienen derecho a la salud, independientemente de su condición de contribuyente a un régimen de seguridad social, es evidente que otro cambio es necesario en la definición de "beneficiario" o "derecho-habiente", a fin de que el derecho a la prestación se extienda a toda la población rural, sin excepciones.

Cobertura de las prestaciones médicas por los servicios gubernamentales

Aun cuando el propósito de los Gobiernos de América Latina es alcanzar una transformación fundamental de la estructura agraria de los países, el hecho real es que los cambios estructurales en las condiciones de tenencia de la tierra aún no se han producido en proporción ponderable y la característica más notoria del panorama rural en la América Latina continúa siendo un estado de

pobreza, especialmente por la deficiente utilización de los recursos humanos y naturales. Consecuencia de lo anterior es que la seguridad social no ha podido extender los beneficios de las prestaciones médicas y los Gobiernos de los países se han encontrado frente a una situación de hecho, que los ha enfrentado con la responsabilidad de tener que prestar servicios médicos para satisfacer una demanda creciente que amenaza con transformarse en trastorno social si no es satisfecha oportunamente.

La cobertura que los Ministerios de Salud han ofrecido en materia de atención médica ha sido teóricamente universal, y las prestaciones han sido concedidas a través de hospitales y otros servicios de salud dependientes directamente de los Ministerios o pertenecientes a instituciones caritativas, bajo control o supervisión del Ministerio. Esta cobertura universal ha sido teórica, en el sentido de que los servicios públicos, sumados a los de tipo filantrópico, rara vez han sido suficientes para satisfacer la demanda, ni han logrado alcanzar una razonable buena calidad de la atención médica. La cobertura ha sido, sin embargo, más extensa que la de las instituciones de seguridad social y aun cuando haya sido insuficiente, ha tenido la virtud de crear un derecho potencial, al cual podrían tener acceso la totalidad de los componentes de la comunidad rural.

Desde el punto de vista conceptual, los servicios de salud de los Ministerios han introducido en las áreas rurales servicios de carácter unitario, preventivos y curativos, a la vez que han significado un indudable progreso técnico y han traído consigo resultados más ponderables en la elevación de las condiciones de salud de las comunidades rurales. Esto es fácilmente comprobable al estudiar en las comunidades rurales que disponen de servicios integrados, algunos indicadores de salud tales como las curvas de mortalidad infantil y de mortalidad de la niñez, la disponibilidad de agua potable, los índices de

inmunización contra enfermedades transmisibles, etc.

Reformas adoptadas por los países

El problema común que afecta tanto a los servicios médicos organizados por los Ministerios de Salud como aquellos dependientes de las instituciones de seguridad social es la falta de un financiamiento satisfactorio y la dificultad de obtener los recursos humanos adecuados para dar prestaciones de alta calidad. Las soluciones adoptadas por diversos países tienden a sumar los recursos humanos y materiales de las distintas instituciones del sector público que tienen responsabilidad en la concesión de prestaciones médicas a las comunidades rurales. El grado de coordinación o integración de servicios obtenido en los distintos países es variable.

En el Perú, por ejemplo, desde julio de 1965 se ha recurrido a la firma de convenios locales entre el Ministerio de Salud y la Caja Nacional de Seguro Social a los cuales han concurrido en algunas oportunidades también organismos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas y la Caja del Seguro Social del Empleado. Por medio de estos convenios se han constituido a nivel local áreas de salud bajo la dirección de un Jefe y con la colaboración de un Comité Asesor que es un pequeño órgano consultivo y de coordinación a nivel local autorizado por Decreto Supremo.

En Venezuela ha existido, desde hace muchos años, un sistema de convenios suscritos entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y los gobiernos de los estados para establecer los Servicios Cooperativos de Salud Pública, que son organismos descentralizados, especialmente destinados a dar protección integral de la salud a las comunidades rurales, a través de hospitales y medicaturas rurales y aplicando el sistema conocido con el nombre de medicina simplificada. Más recientemente, este país está planificando una mayor coordinación con la inten-

ción de alcanzar la creación de un servicio único de salud en el que participen el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha decidido, hace algunos meses, extender sus prestaciones médicas a los trabajadores agrícolas, lo que se hará probablemente por medio del uso intensivo de 1,539 centros de salud rural construidos en el curso de los últimos años por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y que hasta el momento han estado funcionando en forma parcial. En el momento actual se realizan los estudios preliminares de demanda de servicios y de recursos para satisfacerla, antes de empezar la etapa operacional de este nuevo programa.

En Chile se dictó una ley en 1952 por la que se creó el Servicio Nacional de Salud con la participación del Ministerio de Salud Pública, del Servicio de Seguro Social y de los antiguos servicios de Beneficencia y de Asistencia Social. El Servicio Nacional de Salud, para cumplir con su mandato legal, ha establecido 76 hospitales rurales y 461 postas rurales destinadas a la asistencia médica integral de las poblaciones campesinas dentro de un sistema regionalizado de salud para todo el país.

Planificación regionalizada de servicios de salud

La tendencia actual a la planificación del desarrollo económico y social ha traído consigo la necesidad de planificar, en forma integrada, los servicios de salud, coordinando la utilización de todos los recursos humanos y materiales disponibles para dar prestaciones de salud, tanto a los del sector público, incluyendo las instituciones de seguridad social, como los del sector privado. Administrativamente la organización regional implica la coordinación de todos los establecimientos de salud de una región determinada para que el conjunto sea autosuficiente, en la conce-

sión de prestaciones integrales de salud a la totalidad de la población residente en la región. Cada región deberá tener un sector urbano, un sector suburbano, y un sector rural. Los hospitales rurales deben ser diseñados como para actuar de punto focal, desde el cual deben emanar todos los servicios de salud para la comunidad. Como complemento de lo anterior, la creación de los hospitales rurales debe estar basada en una expectativa razonable de que la más alta calidad de atención médica pueda ser desarrollada y mantenida en la institución, y su localización debe ser el centro de atracción natural del área rural correspondiente.

Formación de personal

Como ya se ha dicho, no es posible esperar servicios altamente especializados en las áreas rurales. Las especialidades de la medicina están reservadas para los hospitales base de las regiones de salud, los cuales, habitualmente, están ubicados en áreas urbanas.

En las áreas rurales sólo pueden existir servicios médicos de carácter general. Dada la escasez de personal médico en los países de América Latina, estos servicios deben estar a cargo de un médico general que debe ser formado por la Escuela de Medicina con los conocimientos necesarios para diagnosticar y tratar enfermedades comunes; con el criterio suficiente para transferir al hospital regional a los enfermos complicados que no pueden ser tratados a nivel local, y con información suficiente de medicina preventiva y social, y de administración de servicios médicos para poder actuar con eficiencia en los problemas epidemiológicos de rehabilitación, de seguridad social y de administración que, inevitablemente, tendrá que absorber en su práctica profesional unipersonal en una comunidad rural.

La colaboradora directa de este médico general en las comunidades rurales debe ser la enfermera obstétrica, con formación profesional de nivel universitario, y con conoci-

miento de salud pública y de atención de enfermos, incluyendo la atención del parto, como para poder actuar sola en los problemas más corrientes de la enfermería. Un número adecuado de auxiliares de enfermería completan el equipo mínimo para dar prestaciones médicas a una comunidad rural.

Limitaciones de los servicios de salud de las áreas rurales

En un estudio sobre regionalización y cuidados de la salud rural,² llevado a cabo en tres comunidades del Estado de Michigan, (EUA), bajo el patrocinio de la Fundación W. K. Kellogg, se establecen las siguientes limitaciones que son igualmente aplicables a los servicios de salud de las áreas rurales de América Latina:

1. Falta de productividad. Considerando que sus rendimientos son muy bajos, el coste por unidad de atención médica resulta muy alto.

2. Tienen dificultad para atraer y mantener personal profesional y administrativo calificado.

3. El personal médico es muy reducido y no permite una organización adecuada para estimular la crítica y la discusión de casos clínicos, proceso que es la clave del éxito en hospitales más grandes.

4. Equipos e instalaciones de alto valor no pueden ser adquiridos, de donde resulta una insuficiencia de recursos para dar atención de alta calidad.

5. La comunidad rural tiene una fuerte tendencia a la autosuficiencia y es materia de orgullo local disponer de servicios médicos propios. La consecuencia es una inevitable tendencia a las duplicaciones y el peligro de asumir responsabilidades para las cuales el servicio de salud rural no está capacitado.

6. La distancia, aun cuando sigue siendo un

factor emocional, es cada día menos importante debido al progreso de las carreteras y medios de transporte.

Para contrarrestar las limitaciones descritas en el párrafo anterior, que afectan los hospitales y centros de salud rurales y que transforman en un problema casi insoluble la extensión de servicios de salud de alta calidad a las áreas rurales, se han sugerido las siguientes medidas:

1. Instalar hospitales más grandes y en menor número. Con esto se consigue una mejor coordinación, se ofrecen más atractivos condiciones de trabajo al personal médico y administrativo, y es posible organizar un equipo médico con suficientes recursos materiales de diagnóstico y tratamiento para atender un área más extensa. Condición indispensable es que existan relativos buenos caminos dentro del área y que el hospital disponga del número suficiente de ambulancias para el traslado de pacientes.

2. La propiedad y el funcionamiento del hospital regional y de su satélite, el hospital rural, deben ser comunes y estar en manos de una autoridad que no persiga beneficios económicos.

3. Los médicos y el resto del personal de los servicios rurales deben formar parte integrante del equipo de salud del hospital regional, en tal forma que existan las más estrechas relaciones de trabajo y que el médico del servicio rural pueda disfrutar de los beneficios del perfeccionamiento científico y de la atención de enfermos en el hospital regional con la mayor libertad. Sólo así se obtendrá que acepte, al mismo tiempo, la indispensable supervisión técnico-administrativa que el hospital regional deberá ejercitar sobre el hospital rural.

4. El financiamiento de los servicios rurales deberá estar basado en fuentes seguras de recursos y se deberá alcanzar no sólo una atención médica de alta calidad sino también la protección económica del enfermo y de sus familiares.

² *Regionalization and Rural Health Care*. Walter J. McNerney and Donald C. Riedel. The University of Michigan, Ann Arbor, 1962.

BIBLIOGRAFIA

- Banco Interamericano de Desarrollo. *Desarrollo de la comunidad. Teoría y práctica*. Mesa Redonda. México, abril, 1966.
- Banco Interamericano de Desarrollo. *Fondo Fiduciario de Progreso Social*. Quinto Informe Anual, 1965. Washington, D.C., febrero, 1966.
- Conferencia Interamericana de Seguridad Social. *Memoria de Labores*. Tomo II. Informes y Documentos. Séptima Reunión de la CISS y Decimosegunda de su Comité Permanente. Secretaría General, México, 1964.
- López Vidal, E. *Instrucciones para la atención de la salud en la población rural dispersa por personal no profesional*. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, 4a ed. Caracas, 1964.
- Martínez, P. D., Méndez, L. y Fonseca, F. "La atención médica en México". *Salud pública Mex*, Epoca V, 8(4):529-534, 1966.
- McNerney, W. J., y Riedel, D. C. *Regionalization and Rural Health Care*. An Experiment in Three Communities. The University of Michigan, Graduate School of Business Administration, Bureau of Hospital Administration, Research Series No. 2, 1962.
- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela. *Memoria y Cuenta*, 1964. Caracas, marzo, 1965.
- Organización Internacional del Trabajo. Papel de la seguridad social y del mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo en el progreso social y económico. Tercer Punto de la Orden del Día, Octava Conferencia de los Estados de América Miembros de la OIT., Ottawa, septiembre de 1966. Ginebra, 1966.
- Roemer, M. I. *La atención médica en América Latina*. Estudios y Monografías, XV. Unión Panamericana, Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C., 1964.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia de México. *Zonificación de hospitales*. Campaña Nacional contra la Tuberculosis. México, 1964.
- Servicio Nacional de Salud de Chile, Departamento Técnico. *Asistencia médica ambulatoria y domiciliaria en Chile*. Seminario sobre Organización de la Asistencia Médica. Santiago, Chile, julio, 1962.
- Unión Panamericana, Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. *Estudio social de América Latina, 1962*. Preparado por el Departamento de Asuntos Sociales. Washington, D.C., 1964.

CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DEL MEDIO RURAL LATINOAMERICANO: SU INFLUENCIA Y RELACION CON LA SALUD

Héctor García Manzanedo ¹

Introducción

Tanto por tradición histórica como por factores de tipo económico, social y político, la población de tipo rural en América Latina ha predominado sobre la población urbana en cada país. Sólo en años recientes, y en algunos países, ha llegado la población urbana a superar a la rural. La población urbana, generalmente la capital del país y las capitales de los estados o departamentos, muestra características de organización social y política que la hacen diferir notablemente de la población rural. Aun la composición de la población varía, y con frecuencia el componente indígena o indomestizo del país habita predominantemente en el área rural.

En el medio rural de América Latina existe una multitud de diferentes sistemas de tipo sociocultural, y la presencia de numerosas áreas culturales—áreas de convivencia humana en las que existe similitud en las características socioculturales de los grupos que las forman—a veces en el mismo país, determinan la existencia de patrones de conducta, sistemas de ideas y creencias, valores culturales, y formas de organización institucional que difieren de las usuales en comunidades urbanas.

Concordamos con Lambert (1) al decir

¹ Socioantropólogo, Universidad de California, Berkeley, California, E.U.A.

que toda generalización que trate de establecerse con respecto a características sociológicas de veinte países distintos tiene valor muy limitado. América Latina está formada por veinte naciones diferentes, cada una de ellas con su carácter propio, y cuya población y problemas no sólo de tipo sanitario, sino también económico y social, difieren en grados diversos.

Si se acepta el concepto de *cultura* tal como Foster lo plantea, es evidente que el espectro de culturas que puede encontrarse en los países de América Latina es muy extenso, y que frecuentemente cada una de las comunidades rurales puede participar de una cultura diferente de la de los vecinos del mismo estado, departamento o país. De acuerdo con Foster (2) cultura es "... el modo común y aprendido del que participan los miembros de una sociedad y que consiste en la totalidad de instrumentos, técnicas, instituciones sociales, actitudes, creencias, motivaciones, y sistemas de valores conocidos por el grupo". Para Foster, el término *sociedad* describe a la gente, mientras que el término *cultura* describe las formas de conducta de la gente.

En las páginas siguientes se presenta un bosquejo de algunas características de la población, así como de la estructura social y económica de la comunidad rural, con el objeto de discutir posteriormente los problemas de salud en el medio rural, en base

a ciertas características de tipo social y cultural. Se señalan especialmente los problemas relacionados con una percepción cultural de las causas de enfermedad, y de la distancia social entre el habitante del medio rural y el profesional del medio urbano.

La población rural de América Latina: un intento de generalización

Composición de la población

Los componentes de la población de América Latina han sido básicamente tres: las propias culturas aborígenes de América, la inmigración europea y la población de raza negra, que es un componente de dimensiones variables en cada país. En algunos países la población es predominantemente de origen europeo, y su cultura es hasta cierto punto homogénea; en otros, la proporción de la población indígena, que en algunos casos alcanza la mayoría en el país, ha servido para mantener y preservar formas de vida, estructuras sociales, ideas y creencias de origen precolombino pero que siguen teniendo vitalidad (1).

El mestizo, producto de los elementos predominantes indígena y europeo, forma un segmento que en algunos países de América Latina, como México, constituye la mayoría. El mestizo muestra en grado diferente la absorción de elementos, o bien la aceptación o rechazo de patrones y formas de vida que son comunes a su antecedente indígena o europeo, y constituye el elemento predominante de la población rural de Latinoamérica.

Con respecto a las características de la comunidad indígena, Vekemans y Segundo (3), al analizar la proporción de esta población en el total de los países de América Latina, indican que en algunos países, como Bolivia, constituye del 65 al 75%, mientras que en otros es virtualmente cero, como en Costa Rica o los países del extremo sur del Continente. En el proceso de desarrollo, algunos de los problemas más importantes

que se identifican como resultados de esta proporción de población indígena, los autores mencionan entre otros los siguientes.

“El problema de integrar una gran masa de indígenas (o de mestizos que son fuertemente indígenas) a la vida activa civilizada del país . . .”

“En los grupos de población menos civilizados, la carencia de educación y las condiciones primitivas de tipo económico y social mantienen un máximo [de crecimiento de la población] y el crecimiento es limitado solamente por la alta mortalidad infantil . . .”

“El problema de integrar culturalmente a una población cuya mayoría es analfabeta, y en la que existen serias dificultades de comunicación fuera de las ciudades”. (Vekemans y Segundo, págs. 73-74).

Población rural y población urbana

Existen diferencias entre la proporción que representa la población rural con respecto a la población urbana en cada país de América Latina. Los países del Cono Sur del Continente muestran el máximo de población urbana, de 66 a 81% en Chile, Argentina y Uruguay; son seguidos de cerca por Venezuela, y en menor proporción, Cuba y México. En otros países, la población rural todavía constituye más de la mitad de los habitantes del país: la población rural en las repúblicas de América Central fluctúa entre 63 y 75 por ciento. En los restantes países de América Latina, la diferencia entre la población rural y la urbana es menor, con ligero predominio de la rural, según datos correspondientes a 1960 (3). Pero es claro que la población rural de América Latina constituye un elemento de máxima importancia en los programas de desarrollo general, y específicamente en los programas de salud.

La comunidad rural

La comunidad rural y su forma de asentamiento muestran también características dignas de mención. Miles de pequeños

conglomerados humanos, cuya base principal de sustento consiste en la explotación agrícola, en la recolección de productos naturales, en la cría de animales domésticos, y muy frecuentemente en una combinación de todos esos medios, mantienen patrones tradicionales de asentamiento que siguen las normas prevalcientes durante centurias, o bien han adoptado el patrón introducido por el conquistador europeo. Así, se habla tanto de comunidades "dispersas" como de comunidades "compactas" o "concentradas". En el primer caso, el grupo se compone de unidades menores, centros de una o más familias, que se separan una de otra por distancias a veces considerables. La familia ocupa el centro de las tierras que explota, las cuales limitan con las propiedades de los vecinos.

Un patrón diferente de asentamiento es el de la comunidad "compacta" o "concentrada", menos indígena y más mestiza, en la cual las casas-habitación se alinean lado a lado, y los diversos servicios comunales, así como centros comerciales, políticos y religiosos, ocupan una situación central en la comunidad. El área de explotación rodea a la comunidad, y los habitantes se desplazan a su trabajo desde el centro comunal. Entre ambos extremos de asentamiento se puede encontrar una variedad de tipos y, como es natural, cada uno de ellos presenta ventajas y desventajas desde los puntos de vista sanitario, social y económico.

En todo el mundo el habitante del medio rural, generalmente agricultor, mantiene patrones de vida y confronta problemas muy similares a los de su contraparte en otros países (2). Aun así, ciertas características socioculturales y psicológicas aparecen con frecuencia en la bibliografía sobre los grupos rurales de América Latina. Aguirre Beltrán (4) menciona factores característicos de la economía de la comunidad indígena, tales como: equipo material simple, ya que se desconoce el uso de complejos mecánicos;

ausencia de vías de comunicación adecuadas; elemental división del trabajo, a veces sólo la que determina la diferencia de sexos; nivel bajo de productividad, siendo la unidad productiva pequeña (casi siempre la familia); desfavorable situación de dependencia por parte de mujeres y niños; nivel mínimo de capitalización de la unidad productiva, con escasos bienes de valor; ausencia de sistemas de empresas que busquen crear nuevas demandas; sistemas de control sobre los bienes de capital de carácter propio, frecuentemente de consumo conspicuo; ausencia de relación patrón-asalariado, y complejo sistema de distribución de la producción.

Estos y otros factores determinan el bajo poder adquisitivo del habitante del medio rural, campesino indígena o mestizo de América Latina.

El habitante del medio rural no es auto-suficiente. Produce mucho de lo que requiere para su subsistencia, y en ocasiones aun para el trueque o intercambio; pero depende de mercados urbanos o semiurbanos para invertir sus excedentes y para satisfacer otras necesidades. A veces sus experiencias en el medio urbano le conducen a desconfiar del ciudadano, y su relación con este rara vez se caracteriza por un sentimiento de igualdad y de confianza.

Para el campesino, la ciudad es no sólo un centro para el intercambio de productos, sino también el centro rector desde el cual se toman decisiones y se hacen observar ordenanzas que afectan la vida del individuo y de la comunidad. El individuo rara vez puede tener control sobre estas decisiones. No es extraño, pues, que el habitante del medio rural generalmente tema y desconfíe de lo que la ciudad puede ofrecerle.

La comunidad rural tampoco es un núcleo en el cual el individuo puede sentirse seguro y defendido contra las amenazas externas. Foster (2) señala que la economía del campesino no es de producción, ya que los

recursos son generalmente limitados; la distribución de los recursos en la comunidad es tal que, si uno de ellos disfruta de una nueva prosperidad, puede colegirse que esto ha sido a costa de los demás.

Así pues, para su propia defensa, el individuo afortunado debe revertir la nueva riqueza en forma que beneficie a toda la comunidad. El sistema de contribuciones religiosas en gran escala a veces es la solución para esa conspicua y peligrosa prosperidad.

La familia rural

La estructura familiar constituye un baluarte dentro del cual el individuo puede sentirse seguro, ya que la familia en el medio rural es la unidad básica de tipo económico, social y educativo. Todo régimen de propiedad consagra generalmente el derecho del individuo para trabajar y obtener los recursos necesarios para su subsistencia y la de su familia. Desde temprana edad los miembros de la misma desempeñan tareas acordes con sus habilidades, y la totalidad de ellas contribuye al patrimonio familiar. Es en la familia rural donde la interacción social más extensa y frecuente tiene lugar con miembros del propio grupo.

Los patrones de autoridad siguen un estricto orden de sexo y edad y, especialmente en los casos de familias extensas en las que conviven dos o más generaciones, la más antigua, los *Gerontes*, tienen autoridad fuera de discusión (4). El proceso de aprendizaje del individuo tiene lugar en contacto directo con padres, tíos, abuelos, y con miembros de su propia generación, hermanos y primos. Si existe una escuela en la localidad, la adquisición de habilidades es incidental a todo el proceso de adquisición de la cultura en el seno familiar.

Posiblemente por esta razón el individuo procura crear nexos de tipo familiar con miembros de la comunidad con los que no le unen los de parentesco: el sistema de

compadrazgo, bajo la égida de la religión católica, ha trascendido los límites puramente ritualísticos para convertirse en un proceso formal de parentesco artificial, con derechos y deberes mutuamente reconocidos. En ocasiones el campesino establece este mismo sistema de relación con personas de la ciudad con las que debe satisfacer necesidades de diversos tipos. Esta puede ser una medida de defensa que el individuo procura en su favor en sus tratos con el ciudadano.

La innovación y el medio rural

Factores de tipo económico y social como los descritos tienen gran importancia en la actitud que el individuo del medio rural generalmente muestra ante la adopción de nuevos patrones de conducta. Spicer (5), al editar uno de los más valiosos compendios de experiencias con respecto a la introducción de cambios tecnológicos en el área rural, hace patente la existencia de estas situaciones en todo el mundo.

Factores de tipo cultural, y especialmente los relacionados con la salud y la enfermedad, deben también considerarse. Si bien la resistencia a la adopción de métodos y técnicas diferentes a las tradicionales en agricultura, por ejemplo, podría deberse al escaso margen de seguridad de que el campesino goza, y el temor de que el cambio resulte en pérdidas, en el caso de las medidas que tienden a proteger y restaurar la salud el conflicto es de mayor extensión y profundidad.

Dado el carácter de la cultura como un sistema, los conceptos culturales de salud y enfermedad generalmente están ligados a los valores de tipo ético, moral y religioso. Mientras que la medicina moderna es producto de la investigación científica de tipo experimental, los principios de la medicina tradicional (indígena o popular) generalmente se basan en premisas culturales de tipo causa-efecto. La supervivencia de conceptos

tradicionales de la cultura indígena, así como de ideas y prácticas introducidas por el europeo durante la época colonial, se asocia a la utilización—en algunas comunidades rurales más modernizadas—de analgésicos, antipiréticos, antibióticos y otras formas de automedicación.

Una publicación del Servicio Nacional de Salud de Chile señala que: “. . . Las actitudes que los grupos sostienen frente a la salud y la enfermedad están indiscutiblemente determinadas por la cultura tradicional y hay grupos que se creen depositarios de la *sabiduría* empírica y, por lo tanto, ayudan a sostener creencias, supersticiones y prácticas médicas que son inconvenientes para los programas de salud, pero que no pueden ser subestimados por los médicos y técnicos respectivos” (6).

Problemas de salud desde el punto de vista sociocultural

Desde el punto de vista sociocultural, algunos de los problemas de salud más importantes en el área rural de América Latina se relacionan con factores que permiten la agrupación de tales problemas en rubros como los siguientes:

- Problemas relacionados con el medio ambiente y su percepción en términos culturales.
- Problemas relacionados con los conceptos tradicionales sobre salud y enfermedad.
- Problemas de interpretación mágica de la enfermedad.
- Problemas de percepción de la distancia social.

Problemas relacionados con el medio ambiente y su percepción en términos culturales. El agua ocupa lugar muy principal en la supervivencia del individuo: agua abundante y cercana a la casa habitación es un desiderátum no sólo de los programas sanitarios sino también del individuo. El agua, para el funcionario de salud, debe estar libre de contaminación y de productos en suspensión nocivos para la salud. Para el

individuo, el agua debe tener buen sabor y aspecto, ambas características son garantía suficiente. El agua hervida, sin embargo, puede estar teñida de ciertos prejuicios culturales: en el Perú, el agua hervida puede ser dañina (7); en Tehuantepec, México, el agua hervida es consumida por parturientas y, por tanto, poco viril para un hombre el tomarla. La protección de la fuente o manantial puede ser preocupación tanto del campesino como del funcionario de salud; pero mientras el segundo piensa en términos de muros de cemento y revestimientos de las paredes, el primero en ocasiones lo hace en términos de una cruz para atraer la protección divina.

Habitación cómoda, adecuada y que proporcione protección de las inclemencias del tiempo constituye otra de las preocupaciones primarias de los programas de saneamiento. Materiales sólidos y durables, ventanas que permitan luz y ventilación, y un piso impermeable son parte importante de todo programa de mejoramiento de la habitación. Aunque el costo de una habitación de este tipo generalmente está fuera de las posibilidades económicas del habitante del medio rural, existen además otros factores de tipo cultural. La casa habitación tiene relativa importancia para el campesino, ya que su vida y la de casi todos los miembros de la familia está más en contacto con el exterior: aun la mujer generalmente prefiere lavar la ropa en el exterior y no en el interior de la casa. Luz y ventilación son conceptos de menor valor que los de intimidad y seguridad; para el campesino, una ventana puede ser una invitación a la curiosidad, o peor aún, a la agresión de personas enemigas de la familia.

Los programas de saneamiento ambiental se preocupan por la pureza y contaminación del aire. Entre los conceptos prevalecientes en el medio rural, el del aire tiene relación con creencias bien definidas sobre enfermedades. La acción del aire frío se

considera que causa dolores, molestias, e inclusive parálisis de varios tipos. Una corriente de aire es un peligro potencial para la salud: un niño que sufre los efectos de una corriente de aire mientras es amamantado puede desarrollar la mortal "alferecía" (8).

Problemas relacionados con los conceptos tradicionales sobre salud y enfermedad. Por necesidad se seleccionarán solamente aquellos factores que parecen tener mayor difusión en el medio rural de América Latina.

Los conceptos tradicionales sobre lo "frío" y lo "caliente" fueron introducidos en América por los conquistadores europeos durante el siglo XVI; a su vez, estos conceptos se difundieron en Europa con otros procedentes de la antigua Grecia. La teoría "humoral" de la enfermedad se relaciona con estos conceptos. De acuerdo con estos, la enfermedad puede resultar de los efectos de un alimento, estado corporal o elemento "frío" (sin relación a su temperatura real) sobre otro "caliente". En este contexto, la madre de familia busca el balance nutricional no en términos de proteínas, calorías o vitaminas, sino en términos de "frío", "caliente", y "cordial" o "fresco".

La acción de factores asociados con lo "frío", tales como beber agua fresca, recibir una corriente de aire frío, o mojarse por la lluvia cuando el cuerpo está "caliente", se consideran causas de padecimientos más o menos graves. El tratamiento se encuadra también dentro de estos conceptos, para buscar el retorno al equilibrio corporal, que es generalmente la base para la salud.

Los problemas de higiene maternoinfantil muestran también influencias de tipo cultural. Por ejemplo, los efectos nocivos de un "eclipse" sobre el feto en desarrollo son conceptos difundidos en América Latina en diversas épocas. Se considera que el resultado de esta exposición puede ser el labio leporino, o la falta de desarrollo en alguno

de los miembros. La protección más generalmente reconocida es el uso de objetos de acero (llaves, tijeras) en la cintura de la mujer embarazada.

Otro concepto relacionado con el embarazo es la importancia que se concede a la satisfacción de apetitos peculiares (antojos) de la futura madre como una forma de asegurar la salud del niño por nacer (8). Ambos conceptos ilustran la existencia de creencias e ideas de tipo cultural, pero indican la preocupación por asegurar el bienestar presente de la madre y la salud futura del niño, premisas también de la higiene maternoinfantil.

El destino que se da al cordón umbilical, una vez desprendido, se relaciona también con el futuro del niño. Especialmente en grupos indígenas de América, la disposición del cordón umbilical difiere para cada sexo. En el caso del varón, cuyas actividades en la vida adulta se relacionan con el exterior, explotando la tierra o el bosque, el cordón umbilical se ata a lo alto de un árbol, o se entierra en el campo de labranza. El de la mujer se entierra en un rincón de la casa, o bajo el fogón, para asegurar en su futuro una vida hogareña. Esta preocupación por el destino final del cordón no tiene ningún paralelo en nuestra cultura, la cual tiende a dar énfasis a factores diferentes para asegurar la salud futura.

De nuevo es evidente la diferencia en cuanto a las premisas que guían la conducta basada en principios de tipo cultural, de la que proviene de los basados en la práctica de la medicina moderna. El propósito de ambas, no obstante, es el mismo: asegurar un embarazo normal, un parto feliz, y un futuro para el niño que encuadre dentro de las normas y los propósitos de la sociedad para todos y cada uno de sus miembros.

Existen diferencias sustanciales con lo que pudiera llamarse el concepto del Dios vengativo, y la epidemiología moderna. En muchas comunidades indígenas, y hasta

cierto punto en comunidades mestizas aisladas, la presencia de un brote epidémico es explicada como el resultado de la transgresión de las reglas morales y espirituales, y la consiguiente imposición de un castigo por parte de la Divinidad como expiación por tal pecado (9,10). En ocasiones la culpabilidad se relaciona con sucesos acaecidos en la localidad—incesto, adulterio, uso de fuerzas “sobrenaturales”, etc. Miembros del grupo, considerados especialistas en el tratamiento de enfermedades, con frecuencia se convierten en el vehículo principal de transmisión de la epidemia debido, por ejemplo, a que llevan parásitos en sus ropas, u objetos contaminados, que hacen que la infección se difunda entre las familias de la comunidad, o entre las comunidades de la región.

Problemas relacionados con la interpretación mágica de la enfermedad. Sería materia de gran amplitud el analizar los diversos conceptos que pueden encontrarse sobre enfermedades cuyo origen se considera reside en la acción o la utilización de fuerzas sobrenaturales. Baste sólo mencionar la casi general existencia de conceptos tales como el llamado “mal de ojo”, los “males puestos”, o sus variantes regionales en las que intervienen también factores culturales afroamericanos.

Conviene analizar breve pero cuidadosamente el papel del practicante de la medicina tradicional, y su importancia en la persistencia o desaparición de dichos conceptos.

Indudablemente, hay individuos que afirman conocer y dominar los principios tradicionales para diagnosticar y tratar este tipo de padecimientos. En muchos casos se trata de individuos que sinceramente creen estar dotados de un poder especial que les permite restaurar la salud de sus pacientes: disfrutan de aprecio, respeto y consideración de parte de los demás en la comunidad y, por desgracia, en muchos lugares constituyen el único recurso de que la comunidad dispone para confrontar sus problemas de

enfermedad. Este individuo, llámesele “curandero”, “zajorín” o “rezador”, con frecuencia es un miembro más de la comunidad en términos económicos, labra la tierra o explota el bosque, y como pago por sus servicios recibe el reconocimiento de sus pacientes y unos “honorarios” simbólicos, de poca monta. Como miembro del propio grupo cultural, tiene capacidad para enmarcar el estado anormal del paciente dentro de los principios de la medicina tradicional: aparentemente reconoce por su nombre a un problema y lo hace menos difícil de resolver.

La importancia de estos individuos no escapa al personal de salud pública. En primer lugar, desde el punto de vista cultural ellos manejan entidades que la cultura misma reconoce, ya sea en forma de padecimientos inducidos por la acción de fuerzas conocidas, o por el resultado de la acción de fuerzas sobrenaturales. El profesional médico está en desventaja en este sentido, dado que desconoce la existencia de muchas de tales ideas. Curanderos y médicos se encuentran a distintos niveles en relación con la comunidad: los primeros pertenecen al grupo, hablan su idioma, y manejan sus conceptos; los segundos, por lo contrario, son externos al mismo y manejan conceptos diferentes.

En segundo lugar, desde el punto de vista social, generalmente el médico que visita el área rural proviene de la ciudad, donde ha crecido y se ha adiestrado; el curandero es nativo del lugar del propio grupo, y es bien conocido —y muchas veces muy apreciado— por los miembros de la comunidad. Por último, desde el punto de vista económico, difícilmente puede el médico—a menos que sea patrocinado por una agencia oficial o privada—competir con el curandero en el precio de los servicios proporcionados. Se hace excepción de muchos charlatanes, quienes en ocasiones cobran cantidades exorbitantes por sus maniobras.

Aunque cae fuera del campo de los conceptos mágicos tradicionales de la enferme-

dad, vendría al caso mencionar aquí la posibilidad de que los tres tipos de factores antes mencionados sean la razón básica para la gran proporción de partos atendidos por empíricas en el área rural.

Cravioto *et al.* (11), con respecto a la causalidad mágica de la enfermedad, muestran optimismo al afirmar que “. . . si histórica y sociológicamente se puede determinar que en las comunidades con pensamiento mágico no rige el principio de contradicción y que la experiencia, lejos de eliminar esas creencias mágicas, sirve para apoyarlas, se comprende que los programas de reeducación deben partir de este conocimiento y que es necesaria la planeación de hechos que puedan inducir a esas comunidades a la aceptación de la contradicción como modificador fundamental del sujeto del conocimiento, a modo de permitir una mayor velocidad en la diferenciación entre magia y ciencia”.

Problemas relacionados con la percepción cultural de la distancia social. Se puede pensar que el curandero, por su función, mantiene cierta posición de prestigio en la comunidad, similar al que el especialista podría tener en nuestra sociedad. Pero en la misma forma existen diferencias en la percepción que el miembro común del medio rural tiene con respecto al profesional de la salud pública. Esta percepción está ligada a factores tales como: 1) el origen, generalmente urbano, del profesional; 2) su posición socioeconómica en relación con la del habitante del medio rural; 3) su posición como representante de la cultura occidental moderna; y 4) su posición como un miembro de la estructura del poder regional o nacional.

Por su origen, el profesional es visto por la comunidad rural como perteneciente a un sistema diferente, y muchas veces hostil, como es el de la ciudad. El médico y la enfermera forman parte de ese medio, al cual teme el habitante del medio rural. Un temor tradicional—y no pocas veces justi-

ficado—es el de ser internado en un hospital, institución que es vista con grandes reservas porque se considera el lugar donde el individuo sucumbe alejado de los suyos y en manos de extraños. Médico y enfermera se identifican con la institución y se les percibe como entidades de ese sistema.

En casi toda la América Latina, el profesional de la medicina (así como de otras áreas del saber) pertenece a los estratos económicos y sociales más altos del país. El campesino identifica a estos profesionales como miembros representativos de lo que ha sido generalmente la casta superior de su país, similares por su origen al hacendado o gamonal, y encuentra que la distancia social que le separa de ellos es insalvable.

El equipo de salud pública representa a una subcultura profesional. En contacto con individuos de la comunidad rural, los factores de distancia social tales como origen y posición socioeconómica se añan a los de distancia cultural, y se reduce la posibilidad de establecer comunicación no ya sólo en términos de idioma, sino también de conceptos culturales diferentes. El mundo telúrico y mágico del indígena difiere del mundo pragmático y racional del profesional de salud pública: en la comunidad rural muchos problemas se resuelven a base de procesiones y rogativas, de penitencias y resignación.

Por último, debe mencionarse también la percepción del individuo del medio rural respecto a los representantes de la estructura del poder, entre los cuales identifica al personal de salud pública. Con frecuencia se ha señalado en la bibliografía relativa la existencia de actitudes de oposición, desconfianza o temor hacia enfermeras y médicos en programas de salud. Este es un reflejo de las mismas actitudes producto de pasadas experiencias con representantes de la estructura del poder: Foster (2) y Aguirre Beltrán (4), entre otros, han hecho referencia a esta percepción, y es evidente que su resulta-

do es conflictivo para la aceptación y el avance de los programas de salud pública en el área rural. Pasadas experiencias con los recaudadores de rentas, la policía, la milicia, o los inspectores de alcoholes, coloran la actitud del individuo hacia otros representantes de las autoridades regionales o nacionales, el personal de salud.

En diversas épocas y regiones han existido actitudes de medidas que tienden a proteger a la población: comunidades rurales han mostrado violenta oposición a brigadas de vacunación antivariólica o de rociado de insecticidas, las que se perciben como elementos amenazadores de la seguridad personal. Aún actualmente, en ciudades de los Estados Unidos, comunidades enteras se oponen a la adición de fluoruros al agua de beber. En muchas ocasiones, pues, la percepción del funcionario de salud pública como personal dotado de poder y miembro de la estructura nacional o regional del mismo, despierta la reserva y el temor del individuo del medio rural, cuya percepción de la distancia social que le separa de dicho personal le hace rehuir la relación con él o rechazar el programa.

Conclusiones

En las páginas anteriores se han mencionado algunas características sociales y culturales en América Latina, cuya influencia en la salud puede considerarse de gran importancia, y se ha discutido la composición de la población rural y sus patrones de organización social y cultural. Factores tales como el analfabetismo o el aislamiento geográfico no se han discutido porque el autor considera que tales aspectos podrían estar más ligados a programas de desarrollo nacional.

Se ofrecen algunas conclusiones principalmente con el propósito de subrayar nuevamente aspectos de la administración de la salud pública ya incorporados en los pro-

gramas de varios países. Ciertas ideas que se exponen a continuación no sugieren un enfoque novedoso en la planificación de los programas, sino más bien una utilización más precisa de los recursos humanos de la comunidad rural. Por último, se ofrecen sugerencias acerca de la posibilidad de modificar hábitos y patrones de conducta en la población de modo que puedan ser más apropiados para la promoción de la salud, que se facilitaría mediante la modificación de hábitos y patrones de conducta de parte también del personal de salud pública.

1. La administración de salud pública ha reconocido ya la conveniencia de utilizar personal especializado en ciencias sociales—antropólogos, sociólogos y psicólogos—en las actividades de los programas de salud pública. En términos generales este personal ha sido solicitado para realizar actividades de investigación, asesoría y docencia. Con frecuencia los intereses profesionales y técnicos de este personal se encuentran en conflicto, pues hay divergencia entre las necesidades técnicas de salud pública, y los propósitos profesionales del especialista en ciencias sociales. Profesionales tanto de salud pública como de ciencias sociales deben procurar el establecimiento de mejores medios de comunicación mediante el mutuo conocimiento de áreas y problemas: la efectividad del especialista en ciencias sociales podrá ser mayor, dado que estará creando el mejor puente posible entre las características de la cultura de la población rural y las metas y objetivos de los programas de salud pública.

2. Con cierta frecuencia surge el problema de carencia de personal especializado y experimentado en ciencias sociales para el estudio de problemas sociales y culturales en programas de salud. En términos generales, no ha habido la motivación necesaria en la formación de este personal para que haga una carrera en la salud pública. Debe procurarse ofrecer a este especialista oportunidades similares a las que pueden ofrecerse a profesionales de otras ramas de la salud pública: médicos, epidemiólogos, ingenieros, dentistas, y otros.

3. La organización propia de la comunidad presenta frecuentemente características o patrones que permiten el uso de sistemas propios de la comunidad para propósitos del programa. En este aspecto, como en muchos otros, un

conocimiento básico de las características culturales de la población permitirá una planificación realista, orientada hacia las necesidades sentidas por la comunidad, y en ocasiones utilizando patrones propios de la misma comunidad en aspectos tales como, por ejemplo, la participación de personas clave en las fases de planificación de actividades, la difusión de mensajes, la formación de grupos de voluntarios, y un mayor interés de parte de la población por lograr el éxito de su programa.

4. Los programas de salud pública en el área rural pueden encontrar apoyo mediante la utilización de auxiliares de las propias comunidades, hombres y mujeres, adiestrados para el desarrollo de funciones específicas, tales como participar en el levantamiento de censos y encuestas sanitarias, colaborar como intérpretes y traductores, servir de enlace entre el programa y las familias de la comunidad, y participar en las actividades de la clínica y el centro de salud compatibles con su nivel de adiestramiento. En el Estado de California, E.U.A., auxiliares de salud de origen mexicano han probado su eficacia participando en programas de salud destinados a la población agrícola migratoria, principalmente de origen mexicano, y el autor ha elaborado un glosario especial de términos técnicos y populares de salud, en español e inglés, para uso de estas personas, que es distribuido por el Departamento de Salud del estado.

5. Se ha insistido frecuentemente en la necesidad de conocer las características sociales y

culturales de la población rural en la fase de planificación de los programas de salud. De nuevo conviene mencionar este factor, y su importancia para el personal a cuyo cargo estará la realización del programa. Un conocimiento adecuado de la cultura local, libre de prejuicios y basado en un sincero interés por comprender las premisas que guían la conducta del individuo del grupo rural, es fundamental para el establecimiento de mejores relaciones entre el personal del programa y los miembros de la comunidad. De la misma manera, el personal de salud pública debe reconocer que ciertos hábitos y formas de conducta, que son perfectamente lógicos y conocidos por el personal, no lo son para el campesino que acude a un servicio de salud y desconoce los vericuetos administrativos del archivo clínico, la consulta médica, o la localización de los servicios auxiliares de diagnóstico. El personal del programa de salud debe, pues, adoptar una doble posición de relación con la comunidad: aprender las características de la organización social y sistemas culturales de esta comunidad y orientar, paciente y cortésmente, sobre las características de organización de las dependencias de salud pública que el individuo debe conocer. El incidente infortunado que aleja al individuo del servicio de salud, resentido y vejado, debe desaparecer mediante una adecuada comprensión de las diferencias sociales y culturales existentes en nuestros países de América Latina.

REFERENCIAS

- (1) Lambert, J. "Requirements for Rapid Economic and Social Development, the View of the Historian and Sociologist". En *Social Aspects of Economic Development in Latin America*. UNESCO, Vol. I, págs. 50-66, 1963.
- (2) Foster, G. M. *Traditional Cultures and the Impact of Technological Change*. Nueva York: Harper and Brothers, 1962.
- (3) Vekemans, Rev. y Segundo, J. L. "Essay of a Socio-Economic Typology of the Latin American Countries". En *Social Aspects of Economic Development in Latin America*. UNESCO, Vol. I, págs. 67-93, 1963.
- (4) Aguirre Beltrán, G. *Regiones de refugio. El desarrollo de la comunidad y el proceso dominical en Mestizo América*. México, D.F.: Instituto Indigenista Interamericano, Ediciones especiales: 46, 1967.
- (5) Spicer, E. H. *Problemas humanos en el campo tecnológico, una exposición de casos*. México, D.F.: Editorial Letras, S. A., 1963.
- (6) Servicio Nacional de Salud, Chile. *Conceptos de salud y enfermedad* (Información técnica para profesionales). Santiago. Subdepartamento de Educación Sanitaria, 1958.
- (7) Wellin, E. "Water Boiling in a Peruvian Town". En *Health, Culture and Community*, Paul, B. D. (Ed.) New York: Russell Sage Foundation, 1955.
- (8) Kelly, I., García Manzanedo, H. y Gárate de García, C. *Santiago Tuxtla, Veracruz, Culture and Health*. México, D.F.: Instituto de Asuntos Interamericanos—Dirección de Estudios Experimentales, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1956 (mimeografiado).
- (9) Paul, B. D. (Ed.) *Health, Culture and Com-*

- munity, Case Studies of Public Reactions to Health Programs.* New York: Russell Sage Foundation, 1955.
- (10) Holland, W. R. *Medicina maya en los altos de Chiapas; un estudio del cambio socio-cultural.* México, D.F.: Colección de Antropología Social, Instituto Nacional Indigenista, 1963.
- (11) Cravioto, J., *et al.* "Ensayo de sistematización del concepto de enfermedad transmisible". *Bol Ofic Sanit Panamer* 53(2): 136-144, 1962.

ASPECTOS ECONOMICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS AREAS RURALES

Alfonso Rochac ¹

Características económicas del medio rural

Para los propósitos de este trabajo, se entiende como población rural la que vive dispersa en el campo o en localidades de no más de 2,000 almas, y cuya ocupación es primordialmente la agricultura, la ganadería, la pesca, la selvicultura y algunas artesanías.

El habitante de este universo es llamado campesino, labrador, labriego, rancharo, fazendeiro o de muchas otras maneras. Este puede ser propietario, arrendatario, aparcerero, ocupante y trabajador rural.

En el medio urbano la ocupación asume variadas formas: industrias, comercio, servicios, actividades administrativas y políticas. En el medio rural la actividad única, o cuando menos preponderante, es la agricultura. Esta contrasta con la industria en las siguientes peculiaridades:

- Actividad que obedece a ciclos biológicos en los cuales el poder del hombre es incapaz de variar. El ritmo de cosechas o el nacimiento de animales no puede acelerarse ni retardarse. En la industria basta parar el funcionamiento de las máquinas.

- Actividad sujeta a contingencias que generalmente no pueden predecirse ni se protegen con seguros: heladas, sequías, erupciones volcánicas, ciclones, enfermedades y plagas.

- Alta inversión relativa por unidad de producción.

- Pocas posibilidades de especialización en la mano de obra.

Estas peculiaridades hacen que las soluciones para acelerar el desarrollo del medio rural sean más complicadas que las del medio urbano.

La población

La América Latina tenía, en 1965, una población que se aproximaba a los 244 millones de habitantes. En 1970 llegará a los 280 millones y en 1980 alcanzará unos 364 millones. Los Estados Unidos de América tenía más población que la América Latina en 1900, pero entre 1950 y 1960, la América Latina se adelantó y desde entonces su crecimiento demográfico absoluto y relativo es superior. A fines de este siglo la población latinoamericana será casi el doble de la de los Estados Unidos.

El aumento de la población (cerca de 3% anual) representa un problema grave en América Latina. La difusión del empleo de métodos de planificación familiar podría, en algunos años, reducir el aumento de la población. Sin embargo, dichas técnicas tardarían mucho en llegar al campesinado de bajos ingresos y poca instrucción. Por lo tanto, el exceso de población rural continuará siendo un grave problema en la década de 1980-1989 y los niños que ahora nacen necesitarán trabajo entonces.

¹ Director del Departamento Económico y Social, Organización de Estados Centroamericanos, San Salvador, El Salvador.

La absorción del excedente de población rural para las industrias manufactureras probablemente sea lenta. Es evidente que la agricultura deberá retener una proporción importante de la población rural. Pero será preciso que existan condiciones de trabajo en condiciones de mayor eficiencia y productividad y en explotaciones económicamente viables.

La tasa de crecimiento demográfico es más alta en las zonas rurales que en las urbanas. Si los campesinos siguen emigrando a las ciudades, la población urbana subirá a razón de 4.5% anual. La población rural probablemente crecerá a una tasa de 1.5% al año.

Actualmente del 33 al 50% de la fuerza laboral agrícola en América Latina está desempleada o subempleada. La causa principal de este fenómeno, a juicio de la FAO, probablemente radica sobre la tenencia de la tierra. Una familia campesina que cuenta con una o dos hectáreas de mala tierra no puede obtener crédito para realizar un cultivo más intensivo y carece de la preparación que le permita efectuar los cambios necesarios, por tanto sólo tiene la posibilidad de ocupar sus propias energías una parte del año en trabajos de eficiencia productiva. Para completar su bajo ingreso, el jefe de la familia, junto con su esposa y sus hijos, se ven obligados a trabajar a destajo en alguna propiedad vecina. Además, los arrendatarios, aparceros o trabajadores poco pueden hacer para mejorar la mala utilización de su propio trabajo ni los bajos salarios que reciben. Cientos de millares de estos campesinos emigran a las ciudades cada año en busca de mejores condiciones de vida; pero pocos de ellos mejoran su situación en el nuevo medio. Muchos cambian la pobreza rural por la pobreza urbana, porque la industria y el comercio de la ciudad no pueden darles ocupación. Los tugurios de las ciudades de América Latina se están extendiendo. En muchos lugares estos ba-

rrios son aceptados como parte inevitable del panorama urbano. Se dan casos en que en estos barrios se están instalando servicios de electricidad, agua corriente y hasta pavimento y desagües. De esta manera se han venido formando cinturones de miseria alrededor de las hermosas ciudades de América Latina.

El escenario rural

El medio rural tiene por escenario los recursos naturales, principalmente la tierra y el agua en donde están, para explotación, animales y productos de la tierra.

La tierra en la América Latina cubre una extensión de más de 1,500 millones de hectáreas de las cuales 989 millones son bosques y 538 millones son tierras aprovechables para cultivos. El cuadro 1 muestra la división en tierras arables, regadas, cultivadas y praderas naturales.

Actualmente, sólo 162 millones de hectáreas están dedicadas a plantaciones permanentes y cosechas anuales; unos 376 millones de hectáreas son praderas naturales. Algunos de estos pastos naturales podrían dedicarse a cultivos. Los que no sirvieran para cultivos anuales podrían aprovecharse para praderas mejoradas, frutales u otras plantaciones permanentes, inclusive bosques bien administrados. Ciertos estudios recientes de suelos indican la posibilidad de aprovechar con fines agrícolas grandes extensiones de pastos naturales y bosques de la zona templada. Los nuevos pastos tropicales abren amplios horizontes a la producción ganadera en millones de hectáreas de la zona tórrida.

Tanto en la actividad ganadera como en la producción de frutas, hortalizas y otros cultivos intensivos, los rendimientos se mantienen muy por debajo del nivel de producción que corresponde al estado actual de la ciencias agronómicas.

Hay 8.7 millones de hectáreas bajo riego

CUADRO 1—América Latina: Uso de la tierra (miles de hectáreas).

| País | Tierras arables ^a | Tierras regadas | | Tierras cultivadas ^b | | Praderas naturales | | Año censual |
|-----------------|------------------------------|-----------------|------|---------------------------------|-------|--------------------|-------|----------------|
| Argentina..... | 143,856.0 | 1,500.0 | 1.0% | 33,449.8 | 23.3% | 110,406.2 | 76.7% | 1960 |
| Bolivia..... | 14,318.6 | 64.0 | 0.5 | 3,091.0 | 21.6 | 11,227.6 | 78.4 | 1950 |
| Brasil..... | 160,544.0 | 141.0 | 0.9 | 67,976.0 | 42.3 | 92,568.0 | 57.7 | 1950 |
| Colombia..... | 19,653.0 | 226.0 | 1.2 | 5,047.0 | 25.7 | 14,606.0 | 74.3 | 1960 |
| Costa Rica..... | 1,547.0 | 26.0 | 1.7 | 1,010.7 | 65.3 | 536.5 | 34.7 | 1963 |
| Cuba..... | 7,645.0 | 60.0 | 0.8 | 1,970.0 | 25.7 | 5,675.0 | 74.3 | 1952 |
| Chile..... | 14,539.0 | 1,363.0 | 9.4 | 4,265.2 | 29.4 | 10,273.8 | 70.6 | 1965 |
| Ecuador..... | 3,335.5 | 24.0 | 0.7 | 2,081.0 | 62.4 | 1,254.5 | 37.6 | 1954 |
| El Salvador... | 1,245.9 | — | — | 742.3 | 59.6 | 503.6 | 40.4 | 1961 |
| Guatemala.... | 2,103.9 | 32.0 | 1.1 | 1,566.7 | 74.3 | 542.8 | 25.7 | 1962 |
| Haití..... | 870.0 | 65.0 | 7.5 | 370.0 | 42.5 | 500.0 | 57.7 | (An. Est. FAO) |
| Honduras..... | 1,718.4 | 66.0 | 3.8 | 895.8 | 52.1 | 822.6 | 47.9 | 1952 |
| México..... | 103,312.6 | 3,515.0 | 3.4 | 23,817.0 | 23.1 | 79,495.6 | 76.9 | 1960 |
| Nicaragua.... | 2,599.0 | — | — | 1,955.5 | 75.2 | 643.5 | 24.8 | 1963 |
| Panamá..... | 1,371.7 | 14.0 | 1.0 | 1,237.0 | 90.2 | 134.7 | 19.8 | 1961 |
| Paraguay..... | 10,759.0 | 8.0 | 0.7 | 859.0 | 8.0 | 9,900.0 | 92.0 | (An. Est. FAO) |
| Perú..... | 11,415.8 | 1,212.0 | 10.6 | 2,596.3 | 22.7 | 8,819.5 | 77.3 | 1961 |
| República | | | | | | | | |
| Dominicana. | 1,731.3 | 135.0 | 7.8 | 1,461.2 | 84.3 | 270.5 | 15.7 | 1950 |
| Uruguay..... | 16,099.0 | 27.0 | 0.2 | 2,251.7 | 14.0 | 13,847.3 | 86.0 | 1961 |
| Venezuela.... | 19,177.5 | 246.0 | 1.3 | 5,219.4 | 27.2 | 13,958.2 | 72.8 | 1961 |
| Total..... | 537,847.2 | 8,724.0 | 1.6 | 161,862.6 | 30.0 | 376,025.9 | 70.0 | |

Fuente: FAO. La agricultura en América Latina. Perspectivas para su desarrollo.

^a Excluye superficie en montes y bosques.

^b Comprende cultivos anuales + cultivos permanentes + praderas cultivadas + barbechos.

en América Latina. Sin embargo, existen grandes extensiones en la región que actualmente no cuentan con este servicio. Aun en las zonas en que ha practicado tradicionalmente la irrigación, esta se ha hecho con poca técnica. A lo largo y ancho de la América Latina se desperdicia más de la mitad del agua de riego. Mejorando los canales de irrigación y la administración del agua, se aumentaría el rendimiento del suelo o se ampliaría la superficie regada. En la América Latina son grandes y extensas las zonas que ofrecen posibilidades a la instalación de nuevas obras de riego. Sin embargo, en vista de la fuerte inversión que requieren los nuevos proyectos, resulta más lógico emplear los escasos recursos en mejorar la utilización del agua y el suelo en los sistemas de irrigación ya existentes.

La pesca y la explotación forestal, actividades que cuentan con grandes recursos inexplorados en la América Latina, no han tenido la atención que merecen. La pesca representa un medio de aumentar el consumo de proteínas en los estratos de menor ingreso de la población latinoamericana, y la explotación de los grandes bosques puede aumentar en un breve plazo el ingreso de moneda extranjera.

Tenencia de la tierra

En los estudios del Comité Interamericano de Desarrollo Agrícola (CIDA) se analiza la situación actual de tenencia y los problemas socioeconómicos en general, en siete de los países más grandes de América Latina: Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Guatemala y Perú. Un breve resumen de

algunas de las principales conclusiones de cultivo en pocas manos y la reducida proporción de tierra que pertenece a las grandes masas de agricultores. Otra conclusión igualmente importante es que las unidades agrícolas de

tales estudios aparece en el cuadro 2. El hecho más evidente que resulta de ellos es la concentración de las tierras de

CUADRO 2—Número y superficie relativa de las explotaciones agrícolas, por grupo de tamaño, en los países incluidos en el estudio del CIDA y otros.

| Países | Sub-familiar ^a % | Familiar ^b % | Multifamiliar mediano ^c % | Multifamiliar grande ^d % | Total % |
|---------------------------|--------------------------------|----------------------------|---|--|------------|
| <i>Argentina</i> | | | | | |
| No. de explotaciones..... | 43.2 | 48.7 | 7.3 | 0.8 | 100.0 |
| Superficie..... | 3.4 | 44.7 | 15.0 | 36.9 | 100.0 |
| <i>Brasil</i> | | | | | |
| No. de explotaciones..... | 22.5 | 39.1 | 33.7 | 4.7 | 100.0 |
| Superficie..... | 0.5 | 6.0 | 34.0 | 59.5 | 100.0 |
| <i>Colombia</i> | | | | | |
| No. de explotaciones..... | 64.0 | 30.2 | 4.5 | 1.3 | 100.0 |
| Superficie..... | 4.9 | 22.3 | 23.3 | 49.5 | 100.0 |
| <i>Costa Rica</i> | | | | | |
| No. de explotaciones..... | 68.0 | 19.8 | 11.8 | 0.4 | 100.0 |
| Superficie..... | 3.2 | 14.2 | 51.5 | 31.1 | 100.0 |
| <i>Chile</i> | | | | | |
| No. de explotaciones..... | 36.9 | 40.0 | 16.2 | 6.9 | 100.0 |
| Superficie..... | 0.2 | 7.1 | 11.4 | 81.3 | 100.0 |
| <i>Ecuador</i> | | | | | |
| No. de explotaciones..... | 89.9 | 8.0 | 1.7 | 0.4 | 100.0 |
| Superficie..... | 16.6 | 19.0 | 19.3 | 45.1 | 100.0 |
| <i>El Salvador</i> | | | | | |
| No. de explotaciones..... | 85.1 | 12.9 | 1.9 | 0.1 | 100.0 |
| Superficie..... | 14.9 | 28.2 | 36.1 | 20.8 | 100.0 |
| <i>Guatemala</i> | | | | | |
| No. de explotaciones..... | 88.4 | 9.5 | 2.0 | 0.1 | 100.0 |
| Superficie..... | 14.4 | 11.3 | 29.7 | 44.6 | 100.0 |
| <i>Honduras</i> | | | | | |
| No. de explotaciones..... | 64.3 | 27.1 | 8.4 | 0.2 | 100.0 |
| Superficie..... | 11.3 | 23.5 | 40.0 | 25.2 | 100.0 |
| <i>Nicaragua</i> | | | | | |
| No. de explotaciones..... | 50.8 | 27.4 | 21.2 | 0.6 | 100.0 |
| Superficie..... | 3.5 | 11.5 | 55.8 | 29.2 | 100.0 |
| <i>Panamá</i> | | | | | |
| No. de explotaciones..... | 53.3x. | 33.3 | 13.2 | 0.2 | 100.0 |
| Superficie..... | 7.9x. | 24.4 | 49.1 | 18.6 | 100.0 |
| <i>Perú</i> | | | | | |
| No. de explotaciones..... | 88.0 | 8.5 | 2.4 | 1.1 | 100.0 |
| Superficie..... | 7.4 | 4.5 | 5.7 | 82.4 | 100.0 |

^a Fincas suficientemente grandes como para emplear a dos trabajadores, con los ingresos típicos, mercados, capital y niveles tecnológicos que prevalecen actualmente en cada región.

^b Fincas suficientemente grandes como para emplear de dos a cuatro trabajadores, suponiendo que la mayor parte del trabajo de la finca es realizado por la familia que ocupa la misma.

^c Fincas suficientemente grandes como para emplear de cuatro a doce trabajadores.

^d Fincas suficientemente grandes como para emplear más de doce trabajadores.

Fuentes: CIDA. *Tenencia de la tierra y desarrollo socioeconómico del sector agrícola*. Washington, D.C. Unión Panamericana, 1965 y 1966.

Para los países no incluidos en el estudio del CIDA (Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá) publicaciones censales respectivas.

las más pequeñas son las que tienen producción de mayor valor por hectárea de tierra.

Los estudios del CIDA también indican que una mejor distribución de los derechos de agua pudiera tener igual importancia que la distribución de los derechos sobre la tierra, en lo que se refiere a estimular tanto la producción como la productividad.

Los problemas de tenencia y otros relacionados con la mala distribución de la tierra parecen estar asumiendo caracteres aún más agudos en toda la región. Esto puede atribuirse al explosivo aumento de población, al hecho de que se estén implantando técnicas que requieren menos mano de obra sin haberse creado nuevas fuentes de empleo urbano en igual proporción y, finalmente, a las crecientes aspiraciones sociales de los campesinos, que rápidamente están llegando a su punto crítico.

Una estrategia completa y flexible para el mejoramiento de la estructura agraria

requiere una combinación diferente de proyectos y énfasis en los planes de cada país.

El producto agrícola

La producción agrícola ha aumentado a un ritmo un poco más acelerado que el de la población. La tasa de aumento por persona fue sólo de 0.8% anual durante los últimos 15 años. Pero hay tendencias alentadoras al analizar país por país. El aumento de la producción en unos países se vio contrarrestado por la baja producción en otros.

En general ha aumentado la producción por persona empleada en la agricultura, pero esto se atribuye a que millones de campesinos han cambiado el subempleo de la agricultura por la falta de empleo en el medio urbano. Una parte apenas de este aumento de producción se debe al uso de mejores técnicas de cultivo. El cuadro 3 indica la producción media por países.

CUADRO 3—América Latina: Producto Bruto Interno Agrícola (PBIA) y Producto Bruto Interno No Agrícola (PBINA), por persona ocupada (precios en dólares, 1960).

| País | PBIA por persona ocupada en el sector agropecuario | | | | PBINA por persona ocupada | | | |
|------------------|--|-----------|----------|--------------|---------------------------|-----------|----------|--------------|
| | 1950/1952 | 1963/1965 | Cambio % | Tasa anual % | 1950/1952 | 1963/1965 | Cambio % | Tasa anual % |
| Argentina..... | 1,320 | 1,856 | 40.6 | 1.3 | 1,835 | 2,091 | 14.0 | 1.0 |
| Brasil..... | 363 | 534 | 47.1 | 3.0 | 1,084 | 1,266 | 16.8 | 1.2 |
| Chile..... | 471 | 682 | 44.8 | 2.7 | 1,510 | 1,978 | 31.0 | 2.1 |
| Ecuador..... | 293 | 364 | 24.2 | 1.7 | 510 | 799 | 56.7 | 3.5 |
| Paraguay..... | 439 | 428 | -2.5 | — | 789 | 736 | -6.7 | — |
| Perú..... | 238 | 381 | 60.0 | 3.7 | 839 | 1,178 | 40.4 | 2.6 |
| Venezuela..... | 455 | 837 | 84.0 | 4.8 | 3,403 | 4,302 | 26.4 | 1.8 |
| Costa Rica..... | 709 | 776 | 9.4 | 0.7 | 1,134 | 1,616 | 42.5 | 2.8 |
| El Salvador..... | 319 | 404 | 26.6 | 1.8 | 867 | 1,394 | 60.8 | 3.7 |
| Honduras..... | 276 | 637 | 130.8 | 6.6 | 1,023 | 967 | -5.5 | — |
| México..... | 280 | 350 | 25.0 | 1.7 | 1,507 | 2,046 | 35.8 | 2.4 |
| Nicaragua..... | 422 | 593 | 40.5 | 2.6 | 1,032 | 1,346 | 30.4 | 2.1 |
| Panamá..... | 523 | 699 | 33.7 | 2.3 | 1,374 | 1,989 | 44.8 | 2.9 |
| Total..... | 410.5 | 558 | 37.4 | 2.5 | 1,441 | 1,769 | 22.8 | 1.6 |

Fuente: Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina (CEPAL), en base a las cifras oficiales de los países.

Los ingresos agrícolas

El producto interno agrícola de América Latina muestra un promedio de 558 dólares por persona durante el período 1963-1965, comparado con 1,769 dólares correspondientes al producto no agrícola. Estos promedios ocultan siempre profundos problemas de miseria, dada la distribución desigual de los ingresos entre un sector minoritario acaudalado y una mayoría pobre. En América Latina los ingresos son siempre más bajos en la agricultura que en los otros sectores. El problema de la pobreza en el sector agrario es mucho más grave de lo que indican los promedios. Por ejemplo, en uno de los países más grandes de América Latina, según las estadísticas de 1960, el 60% de las familias dedicadas a la agricultura percibían 210 dólares o menos al año, y el ingreso medio por familia en este grupo era de 175 dólares.

En el mismo período el sector más favorecido que representa el 1% de los 9 millones de personas pertenecientes al sector agrario de ese país declaró una renta familiar de 3,000 dólares anuales.

Los obstáculos para el desarrollo rural

El retraso del medio rural latinoamericano se atribuye a:

Concentración de la propiedad agraria

De los estudios de tenencia de la tierra realizados por el CIDA se desprende que en los siete países investigados había 5.4 millones de explotaciones que ocupaban 489 millones de hectáreas. De estas, las explotaciones grandes, trabajadas por muchas familias campesinas, representaban sólo el 2.6% del total de unidades, pero ocupaban el 46% de la superficie total. Estas explotaciones grandes, de las que había 138,555, tenían un tamaño promedio de 1,626 hectáreas. En el otro extremo, los 2,862,662 de explotaciones de tipo familiar representaban

el 52.7% del total, pero ocupaban sólo 11.5 millones de hectáreas, o sea 2.3% de la superficie, y tenían un tamaño promedio de 4 hectáreas.

El monocultivo

En muchos de los países latinoamericanos la agricultura se organizó en torno al sistema de grandes plantaciones de un solo producto: café, caña de azúcar o bananos. Este sistema ha perdurado tanto por la falta de servicios necesarios para obtener la diversificación como por el escaso poder adquisitivo del consumidor nacional y la sobreabundancia de mano de obra agrícola. Los monocultivos siguen manteniendo en zozobra las economías nacionales, y no ha progresado la diversificación que las haría menos vulnerables a las fluctuaciones de los precios mundiales de productos agrícolas básicos.

Bajos rendimientos

La concentración en grandes propiedades no produce los mejores resultados. En un país grande de América Latina las explotaciones familiares cultivan el 59.8% de las tierras agrícolas del país y su producción por hectárea tiene un valor de 881 unidades monetarias. En cambio, los empresarios grandes cultivan sólo 17.4% y obtienen un rendimiento de sólo 170 unidades monetarias por hectárea.

Insuficiencia de crédito agrícola

En la mayoría de los países el agricultor mediano y el pequeño no ha tenido acceso al crédito agrícola en cantidad suficiente. El financiamiento que hay es de tipo comercial y favorece principalmente a los productores grandes. Además, el pequeño y mediano empresario sólo en muy pocos casos puede obtener asistencia técnica como elemento coadyuvante del crédito.

Los organismos de crédito agrícola en

América Latina han tenido, en la mayoría de los casos, muy poco efecto en el desarrollo de la agricultura. Les falta personal capacitado y carecen de medios físicos de trabajo y aun de recursos suficientes para conceder préstamos. En los últimos años, al cobrar importancia la planificación de la agricultura, los servicios de crédito realizan ciertos esfuerzos para encauzar su financiamiento a programas integrados al plan nacional de fomento.

Las mejoras operadas en los últimos años se han debido a la ayuda financiera externa y, principalmente, a su concesión en condiciones favorables, plazos amplios, tipos de interés bajos, períodos iniciales de gracia y amortización en moneda nacional.

Falta de extensión agrícola

Para lograr que un mayor número de personas se conviertan en productores agrícolas eficientes, es preciso disponer de personal debidamente capacitado para prestar servicios de extensión. Por el momento hay pocos especialistas en esas tareas.

En América Latina se han ensayado varios sistemas de extensión agrícola que se emplean en países más avanzados. Esos sistemas, debidamente adaptados al medio ambiente, han dado muy buen resultado. El Brasil puede mostrar muy valiosa experiencia de varios años con la Asociación Brasileña de Crédito y Asistencia Social (ABCAR), ofreciendo asistencia técnica a agricultores, amas de casa y niños de las zonas rurales. El Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas y la FAO han podido, con relativamente pocos recursos, contribuir al refuerzo de los servicios de extensión agrícola en muchas partes de la región. La Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno de los Estados Unidos aportó cuantiosos recursos durante varios años para establecer y mantener los servicios de extensión en buena parte de América Latina, mientras

los países mismos estuvieran en condiciones de hacerse cargo de esta tarea.

El problema de la extensión agrícola cobra proporciones totalmente nuevas si se plantea en su aspecto más amplio de mejorar la productividad y las condiciones de vida de aproximadamente 10 millones de familias campesinas de ingresos medios y bajos en toda la región. A los efectos de este estudio se considera que una meta razonable consiste en hacer llegar el crédito y la asistencia técnica a 6.5 millones de estas familias campesinas entre el momento actual y 1980.

La asistencia técnica necesaria se calcula a razón de una persona capacitada técnicamente por cada 80 ó 100 familias. Considerando el número de familias latinoamericanas que deben ser ayudadas para elevar la producción, llegamos a cifras bastante dramáticas.

El personal necesario para esta obra gigantesca puede calcularse en 130,000 nuevos técnicos en agricultura y en economía doméstica.

Deficiente mercadeo

Los agricultores latinoamericanos, sobre todo los pequeños y medianos, no han contado con facilidades para clasificar, embalar, conservar y vender sus productos. Los únicos que se venden de acuerdo con normas fijas de clasificación y de calidad y a precios regulados por la cotización del día son los productos de exportación, como el café, el algodón y el azúcar, y aun en el caso de estos, los que se benefician más con el sistema son, en muchos casos, los intermediarios, más que los productores. En general hay gran escasez de depósitos refrigerados—silos y almacenes de toda clase—que significa apreciables pérdidas de cereales y frutas. Por falta de depósitos refrigerados los ganaderos no pueden almacenar la carne para venderla en otras épocas del año en que los precios suben.

La falta de mercados organizados determina una situación en que muchos intermediarios participan sucesivamente en la distribución y venta, a expensas del productor y del consumidor.

Falta de infraestructura de salud

Es indispensable contar con los elementos necesarios que proporcionen un mínimo de servicios básicos de salud que garanticen una atención constante a las poblaciones rurales.

Los problemas de la salud se agravan por el ritmo acelerado del crecimiento demográfico y el éxodo rural hacia las ciudades que experimentan los países de América Latina. El asentamiento de estos peregrinos desocupados o semioocupados en las ciudades demandan servicios básicos que difícilmente se pueden satisfacer por su tamaño y costo elevado.

Esas deficiencias reducen el aprovechamiento del factor humano en el esfuerzo productor, resultando un peligroso descontento en la población mal atendida.

Factores favorables al desarrollo rural

Hay varios factores que influyen favorablemente en el desarrollo de la agricultura.

Aprovechamiento de la mano de obra

La mayoría de los productos comprendidos en la categoría de alimentos protectores requieren alta participación de la mano de obra. Los estudios modernos de la producción de estos artículos indican que, salvo en la avicultura, todos los renglones de alto valor alimenticio pueden producirse con igual eficiencia económica en las unidades agrícolas de tamaño familiar que en las empresas grandes. En muchos casos, la unidad de tipo familiar, si está bien organizada, capitalizada y cuenta con la debida preparación técnica, produce con más eficiencia que las explotaciones grandes.

Las crecientes expectativas sociales

El segundo elemento positivo radica en las crecientes expectativas de la población campesina latinoamericana y su insistencia en pedir reformas. Esto, unido a la relativa falta de tierras nuevas aptas para el cultivo y al alto costo de abrir nuevas, probablemente requerirá que las grandes propiedades mal aprovechadas sean divididas en fincas de tamaño familiar. Estas fincas pueden y deben ser dedicadas a la producción de artículos de alto valor alimenticio que ayuden a mejorar la dieta popular. Por lo tanto, las fincas familiares y económicas parecen ofrecer esperanzas para el futuro. Debe reconocerse, sin embargo, que el problema es difícil y que su solución consiste en valerse de todos los medios para transformar a millones de familias de escasos recursos y conocimientos en hábiles productores agrícolas capaces de administrar las complejas explotaciones futuras, que pueden y deben ser económicamente viables.

Sustitución de importaciones

Existe la posibilidad de desplazar, con la producción interna, las importaciones de determinados productos agropecuarios y bienes semielaborados y terminados que pueden producirse en la región.

Industrialización de la agricultura

El desarrollo eficaz y acelerado de la producción agropecuaria seguirá dependiendo en gran parte de la acción de empresas de tipo comercial, que, cuando están en manos de personas progresistas, generalmente están en mejor posición que los productores pequeños en lo que respecta a su capacidad de aprovechar los adelantos tecnológicos para producir y colocar sus artículos. Estas empresas organizadas en algunos casos en forma de sociedades mercantiles y en otros como cooperativas,

operan con eficiencia en la industrialización de fibras, maderas, pieles y artículos alimenticios. El ideal sería un óptimo desarrollo de empresas cooperativas del tipo que ha prosperado en Brasil (São Paulo), Costa Rica, México, etc., entre los productores de leche, aves de corral, frutas, maderas, etc.

Al amparo de los procesos de integración de la Asociación Latinoamericana de Libre Comercio (ALALC) y el Mercado Común Centroamericano, se está produciendo en la América Latina un amplio desarrollo industrial basado en la transformación de materias primas. Entre las actividades comprendidas en este movimiento figuran la deshidratación de leche y otros alimentos, el curtimiento de pieles, la producción de harina de pescado, aceites vegetales y tejidos, la elaboración de pulpa y papel de madera y bagazo de caña, la producción de jabones y la conservación de frutas, legumbres, mariscos, etc. Este desarrollo es muy promisorio porque impulsa la diversificación de la producción agrícola al ofrecer a los agricultores la posibilidad de elaborar sus productos en la propia localidad, aumentando así su valor.

El financiamiento externo

El financiamiento externo del sector agrícola de los países latinoamericanos ha adquirido gran significación en el último quinquenio, especialmente con las operaciones del Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento y sus organismos asociados (la Asociación Internacional de Fomento y la Corporación Financiera Internacional), la Agencia para el Desarrollo Internacional (EUA) y el Banco de Exportación e Importación.

Este financiamiento se ha destinado a programas de crédito agrícola, colonización y asentamientos campesinos, riego, mecanización, electrificación rural, vivienda y desarrollo de la comunidad.

Asistencia técnica

La asistencia técnica ha ido cobrando importancia como fuerza coadyuvante para el desarrollo agrícola de América Latina.

Importancia de la población rural en el desarrollo económico

La población marginada

En América Latina hay un sector de la población rural que vive al margen de la economía monetaria. Es la llamada población marginada que el Dr. George Hills, de la Universidad de Wisconsin, describe de la siguiente manera: Un segmento de la población rural que, con escasas excepciones, no ha participado, ni se le ha brindado la oportunidad de participar, en los crecientes programas de fomento agrícola. Este segmento está representado por el campesino que posee una pequeña parcela de tierra, la misma parcela o un fragmento de ella que su padre y varias generaciones de sus antepasados habían poseído y labrado antes que él. Para generaciones pasadas, esa tierra que hoy labra y en la que vive, significó independencia y una subsistencia por lo menos igual, cuando no mejor, a la de otros miembros de la clase campesina. Sin embargo, para el ocupante actual que enfrenta un mundo nuevo y exigente y que se percata de que vive en una sociedad atribulada y sujeta a cambios constantes y en una economía inestable que parece ofrecer nuevos horizontes y oportunidades para los que lo rodean, pero que para él sólo acarrearán pobreza y miseria cada vez mayores, tan sólo representa una despiadada miseria.

Estos campesinos constituyen una mayoría abrumadora del total de la población rural, así como de la población general; representa a los remanentes de las civilizaciones indígenas que florecieron en la época precolombina. Todos tienen características culturales. Todos comparten una mezcla de

regímenes institucionales ibéricos y propios del indio americano que, a veces, se complican aún más con costumbres africanas, dependiendo de la región en que viven actualmente. Comparten características económicas comunes; sus métodos de cultivo se basan "enteramente en las clases de factores de producción que han sido aplicados por los campesinos (sus antepasados) durante generaciones". El trabajo humano, a veces complementado con el de bestias, se efectúa con las herramientas más elementales: el machete, la escardilla o la azada; los arados, cuando existen, son de los tipos más primitivos. En otras palabras, estos campesinos practican lo que los economistas modernos han dado en llamar la "agricultura tradicional".

El éxodo rural

El desempleo o el subempleo de obreros rurales han producido un éxodo hacia las grandes ciudades. Son campesinos que sin tener una porción de tierra donde hacer siquiera cultivos de subsistencia buscan ocupación en las áreas urbanas. Esta emigración ha dado lugar a una serie de problemas.

El éxodo rural ha ido formando en los alrededores de casi todas las ciudades latinoamericanas, barrios marginales (en Lima se llaman *barriadas*; en Santiago, *callampas*; en Recife, *mocambos*; en Caracas, *ranchos*; en Río, *favelas*; y en Buenos Aires, *villas miseria*). Estos barrios fueron poblados originalmente por intrusos; pero con el transcurso del tiempo, las casas improvisadas fueron ensanchadas y asumieron un papel funcional en el barrio. Actualmente se compran, venden y alquilan estas viviendas defectuosas. En Caracas más del 35% de los habitantes de la ciudad viven en ranchos, no obstante la construcción de grandes edificios multifamiliares con capacidad para 160,000 personas. En Río de Janeiro la población de las *favelas*, que ascendía a

unos 400,000 habitantes en 1947, aumentó a 900,000 en 1961, representando el 38% de la población de la ciudad. En el nordeste del Brasil los *mocambos* de Recife contaban cerca del 50% de la población de esa ciudad en 1961.

En Lima la población de las *barriadas* subió de aproximadamente 100,000 en 1958 (el 10% de la población de la ciudad) a cerca de 400,000 en 1964 (más del 20%). En la Argentina tal vez el 10% de la población del Gran Buenos Aires vive en las *villas miseria*.

En estos barrios predominan la miseria, el hacinamiento y las enfermedades. En este ambiente se engendran las tensiones sociales. Esta situación es muy distinta de la que se observa en las zonas rurales, ya que en estas la escasez de viviendas es aún mayor en números absolutos, aunque la dispersión de la población la haga menos evidente. En estas zonas el problema se acentúa porque el ingreso real en promedio es más bajo que en las zonas urbanas. El presupuesto de las familias campesinas generalmente da menor prioridad a la vivienda que a los gastos destinados a la adquisición de tierras, alimentos, ropa o educación.

Este éxodo ha agravado el problema de alojamiento de las poblaciones urbanas en cuanto a procurar techo a familias que carecen de ingresos seguros y suficientes para cubrir las amortizaciones por empresa o la renta de viviendas.

Entre 1950 y 1960 la población urbana aumentó en 55% o sea 4.5% anual, mientras que la población rural se incrementó sólo 1.5% anual. La CEPAL muestra las siguientes cifras comparativas.

| | 1950 | 1960 | 1965 | 1975 |
|--|------|------|------|------|
| Población urbana (porcentaje del total) | 39% | 46% | 49% | 54% |
| Población urbana (millones de habitantes) | 61 | 95 | 115 | 157 |

El éxodo rural aumenta también los índices de delincuencia, la cual adopta muchas manifestaciones, como los delitos contra la propiedad, la prostitución, etc. Igualmente aumentan la mendicidad y el alcoholismo.

Necesidad de viviendas económicas

Según la Organización de los Estados Americanos, el déficit de viviendas en toda la América Latina ascendía a unos 25 millones de unidades en 1951. En esta cifra están comprendidas 15 millones de casas rurales que debían ser reemplazadas. En el sector urbano, cerca de 4.2 millones de viviendas necesitaban reemplazo y otros 5.6 millones requieren rehabilitación.

En la década de 1950 varios Gobiernos latinoamericanos formularon políticas encaminadas a superar los problemas sociales existentes. Chile, Costa Rica y Colombia fueron los primeros que adoptaron programas de vivienda antes de 1961. No obstante las medidas adoptadas, la inflación, el control de alquileres, la escasez de recursos públicos, la falta de datos, la poca tierra disponible y el aumento de los costos de terrenos y de la construcción hicieron contrapeso a los planes habitacionales en muchos países.

El Acta de Bogotá y la Carta de Punta del Este dieron estímulo a una mejor comprensión de la importancia de la vivienda en los planes de desarrollo socioeconómico.

La nueva orientación ha reducido la tendencia desfavorable del decenio anterior. El BID ha contribuido sustancialmente a este cambio, por medio de préstamos y de operaciones de asistencia técnica. En muchos países se crearon entre 1960 y 1966 instituciones encargadas de formular y ejecutar programas de vivienda para favorecer a los sectores de bajos ingresos.

Estos organismos han puesto el crédito para vivienda al alcance de familias de bajos ingresos, actuando por medio de las coopera-

tivas, Asociaciones de Ahorro y Préstamos, programas de esfuerzo propio y de ayuda mutua y planes de sindicatos y de gobiernos municipales (cuadro 4).

La ayuda internacional contribuye a satisfacer la demanda de viviendas de la población en rápido crecimiento. Pero la intervención gubernamental es necesaria para: 1) ayudar a financiar la construcción de viviendas para la población más necesitada, 2) promover la creación de las instituciones necesarias, 3) estimular la movilización de recursos internos hacia este tipo de inversión, y 4) canalizar capitales para el alivio de esta situación.

La nutrición

Debido a la pobreza rural gran parte de los habitantes de América Latina se

CUADRO 4—Construcción de viviendas en el quinquenio 1960-1965 en América Latina.

| Países | No. de viviendas | Valor (EUA\$) |
|-------------------------------|----------------------|------------------------|
| Argentina..... | 595,100 | — |
| Bolivia..... | 2,461 | 8,649.00 |
| Brasil..... | 37,461 ^a | 3,377.00 |
| Colombia..... | 193,352 | 441,081.00 |
| Costa Rica..... | 13,313 | 60,201.40 |
| Chile..... | 207,082 | 658,160.50 |
| Ecuador..... | 22,962 | 86,683.50 |
| El Salvador..... | 2,915 ^a | 17,280.00 ^a |
| Guatemala ^b | 3,582 | 20,100.00 |
| Honduras ^c | 5,505 | 21,419.50 ^d |
| México ^e | 336,753 | 56,609.00 ^f |
| Paraguay..... | 11,067 | 25,636.30 |
| Perú..... | 222,361 ^g | 317,229.40 |
| República Dominicana | 19,052 | 86,404.90 |
| Venezuela..... | 138,333 | 795,376.50 |
| Total^h..... | 1,811,299 | 2,598,208.00 |

Fuente: BID. Fondo Fiduciario de Progreso Social, *Sexto Informe Anual, 1966. Progreso socioeconómico en América Latina, 1967*, pág. 19.

^a Solamente 1965.

^b Costo promedio por casa.

^c Tegucigalpa y San Pedro Sula.

^d Excluye 1965.

^e Incluye período 1958-1964.

^f Incluye construcciones en 1965.

^g Excluye 1961.

^h Excluye Haití, Nicaragua, Panamá y Uruguay.

mantienen con una alimentación deficiente en proteínas (especialmente de origen animal).

La dieta popular de la América Latina consiste en un exceso de hidratos de carbono (almidón y azúcar) con serias limitaciones en proteínas. En algunas zonas los problemas son aún más graves. Hay países de América Latina donde la disponibilidad media de calorías está entre 1,800 y 1,900 por día, por persona, cuando a juicio de la FAO el mínimo para mantener la salud es alrededor de 2,500 calorías. En los Estados Unidos y en los países más prósperos de Europa, Australia y Nueva Zelandia, la disponibilidad media de calorías es de más de 3,000. Estas cifras se refieren sólo a disponibilidad, sin que ello asegure que el consumo esté a los mismos niveles. Por otra parte estas cifras representan también promedios.

América Latina es importador neto de alimentos. Se gasta tanto en estas importaciones que en algunos casos el desarrollo de la industria y el comercio en los centros urbanos se ha visto retardado por falta de recursos para pagar las indispensables importaciones de equipo y materiales. Por no crecer con la rapidez necesaria, las empresas urbanas tampoco han podido absorber el exceso de población que llega del campo. En muchas partes de la región se observa gran desempleo, acompañado, por lo general, de aumentos inflacionarios en el costo de vida.

En 1964 los países miembros de la ALALC importaron 965 millones de dólares de productos agropecuarios, de los cuales 553 millones provinieron de fuera de la zona. Entre estas importaciones figuraron trigo, tabaco, aceites vegetales, mariscos, pulpa de madera, carnes, pieles y cueros.

Organismos locales, nacionales e internacionales han ensayado la solución de la deficiente nutrición mediante el reparto de algunos alimentos como harinas, aceites vegetales, leche en polvo, etc. En varios

países se ha utilizado la distribución de alimentos en diversos programas de desarrollo y en particular en obras de desarrollo de la comunidad. Estas experiencias, aunque de importancia, no han resuelto aún este serio problema.

Los servicios de salud en el bienestar rural

Personal y servicios médicos

Entre los problemas más importantes de la América Latina en el campo de la salud se encuentran: 1) la limitada disponibilidad de personal médico y paramédico, 2) la limitada cantidad y calidad de los centros asistenciales, y 3) la inadecuada distribución geográfica de dichos centros.

En los últimos años se han venido registrando aumentos en el número de médicos por habitantes. La tasa para la región, que era de 5.4 por 10,000 habitantes en 1957 se elevó a 5.8 en 1963.

Esta tasa variaba entre los distintos países, desde 14.9 hasta 0.7. Hay tres países que contaban con 3 médicos por 10,000 habitantes.

En la mayoría de los países, los médicos se encuentran concentrados en los centros urbanos más importantes, registrándose casos donde el 61% ejercía su profesión en el área de la capital, con una tasa de 12.5 médicos por 10,000 habitantes, mientras que en el resto del país dicha relación era de sólo 0.9.

Existe un déficit en el personal de enfermeras y auxiliares. Este es insuficiente y en su mayoría carece de adiestramiento adecuado. En el número de dentistas se ha registrado un aumento entre 1960 y 1963, elevándose la tasa por 10,000 habitantes de 2 a 2.3. Pero siempre hay escasez en esta clase de profesionales. Para mantener esta tasa se necesitarán 67,000 dentistas en 1971, o sea un aumento de 15,000 sobre las cifras de 1963. Para reemplazar a los dentistas

que no continuarán en el ejercicio profesional, se necesitarán otros 5,000.

Se han producido aumentos de importancia en términos absolutos en los servicios asistenciales. En 1960 había 8,400 hospitales, con 670,000 camas (3.2 por cada 1,000 habitantes) y en 1964 existían unos 10,000 hospitales con una disponibilidad de 760,000 camas (3.2 por cada 1,000 habitantes), es decir, los aumentos sólo cubrieron el crecimiento de la población. Para mantener la misma relación hasta 1971 sería necesario que el total de camas se elevara a 930,000 en ese año.

Las disponibilidades de servicios hospitalarios varían considerablemente entre países y entre regiones dentro del mismo país. En 1960 la proporción de camas por mil habitantes variaba entre 6.7 y 0.6. Se observa una concentración de los servicios en los principales centros de población urbana, pero hay necesidad urgente de extender estos servicios a las zonas rurales.

Los servicios de salud deben redoblar para aumentar las posibilidades de bienestar de las poblaciones rurales. La falta de un puesto rural o de un hospital de campo o de servicios de ambulancia o rescate de enfermos permite ver todavía el espectáculo común en nuestros campos de transportar pacientes en hamaca o las filas interminables de labriegos que esperan desde la madrugada a las puertas de las clínicas de consulta externa.

Estos servicios no pueden ser pagados totalmente por los usuarios, de ahí que, hasta donde sea posible, deben ser a base de remuneraciones pecuniarias. Este es un subsidio de carácter social que se debe a las clases de bajos ingresos.

Es natural argumentar que esta propuesta es un espejismo, pues la solución sería garantizar ocupación plena y mejorar el nivel de salarios y el régimen de tenencia de la tierra. Pero en tanto que estos medios se pongan en práctica, el Estado tiene que

asumir su papel de custodio de la salud de los grupos rurales que hasta el momento son poco favorecidos.

El saneamiento ambiental

Las enfermedades asociadas a malas condiciones de saneamiento ambiental influyen mucho en las altas tasas de mortalidad de la mayoría de los países de América Latina.

De estas enfermedades, las relacionadas con la insuficiencia o mala calidad del agua (gastritis y enteritis) están en primer lugar. Según las últimas estadísticas disponibles, correspondientes a 1963 y 1964, estas enfermedades constituyeron la primera causa de mortalidad en seis países. También figuran entre las causas principales de defunciones las que se propagan por el uso de aguas contaminadas: tifoidea, paratifoidea, y las disenterías en sus diversas formas.

En la Carta de Punta del Este se señaló, como meta para el decenio, suministrar agua potable y servicio de alcantarillado por lo menos al 70% de la población urbana y al 50% de la población rural. Para alcanzar esta meta, estos servicios deberán proporcionarse a una población adicional de algo más de 35 millones de personas en las áreas urbanas y de alrededor de 43 millones en las rurales.

De acuerdo con estimaciones recientes, en 1965 sólo el 61% de la población urbana de la región (75 millones de personas) y el 15% de la población rural (17 millones de personas) disponían de servicio de agua. Los porcentajes de la población urbana servida variaban entre el 25% en un país y el 100% en otro. Fueron solamente nueve los países que lograron superar la meta establecida en Punta del Este en aquel año. En las áreas rurales, la proporción de población servida oscilaba entre el 2% en un país y el 71% en otro. Fue uno el que superó la meta, y siete países los que tenían niveles inferiores al 10 por ciento.

Se considera que para alcanzar las metas generales establecidas para 1971 en la Carta de Punta del Este, sería necesario dotar de servicio a 6 millones de habitantes por año en las áreas urbanas y a 17 millones en las zonas rurales. Estas cifras muestran la magnitud del problema que confrontan los países de la región.

El desarrollo de la comunidad

El término "desarrollo comunal" se usa para indicar los procesos por los cuales los esfuerzos del pueblo se unen con los de las autoridades gubernamentales con los siguientes propósitos:

- mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades;
- integrarlas a la vida de la nación; y
- capacitarlas para contribuir plenamente al progreso nacional.

El conjunto de procesos del desarrollo comunal está constituido por dos elementos esenciales: 1) la participación del pueblo en los esfuerzos por mejorar sus normas de vida con gran despliegue de su propia iniciativa, y 2) la facilitación de servicios técnicos y de otra naturaleza que estimulen y hagan más efectiva la iniciativa y la ayuda propia y mutua. El desarrollo comunal se expresa en forma de programas preparados para lograr una gran variedad de mejoras específicas.

La planificación nacional y regional debe incluir la planificación local, el estudio y la proyección de las necesidades y remedios para los males de las comunidades más pequeñas. Debe tratarse de que los movimientos tecnológicos e ideológicos de reformas—agraria, urbana, tributaria y educativa—se ajusten a programas concretos de vida local y tengan en cuenta las modalidades propias de los sitios y de comunidades que los pueblan.

Las comunidades son realmente los núcleos primarios y las raíces de la nación.

En síntesis, "el microdesarrollo se destaca como complemento esencial del macrodesarrollo de los grandes planes nacionales", según palabras de Rafael Picó.

Los programas integrales de desarrollo comunal abarcan diversas actividades de ayuda propia coordinadas por una entidad regional o nacional con la finalidad de movilizar energías y recursos de los núcleos de población con los siguientes objetivos: a) aumento de la producción; b) mejoramiento de la productividad; c) elevación del nivel de vida; y d) incremento de la salud de sus habitantes.

Estos programas constituyen instrumentos para sentar las bases del cambio social y para enaltecer los gobiernos locales, fomentando la capacidad de dirección y el espíritu de cooperación y responsabilidad en cada lugar poblado. En el desarrollo comunal hay las mayores oportunidades para el ejercicio democrático.

La creación de grupos locales que actúen con dinamismo y libertad puede dar lugar a profundas transformaciones en todo el orden social y obtener efectos más perdurables que los que producen las mismas obras materiales de los programas de desarrollo.

En diversos programas de desarrollo de la comunidad se han utilizado voluntarios, ya sean del mismo país o de otros países, los que han logrado en muchas ocasiones persuadir a los campesinos para que junto al esfuerzo de su propio trabajo, movilicen también sus propios fondos en el programa de desarrollo comunal. La ayuda de capital externo ha sido necesaria para que muchos de los proyectos de desarrollo de la comunidad puedan acelerar su ritmo. Fondos para crédito y cooperativas de colocación de productos en el mercado, instituciones de ahorro y préstamo y otras empresas económicas similares han dado vigor a numerosos programas de desarrollo de la comunidad.

No basta establecer una organización de desarrollo comunal puesto que, como se ha

dicho, el desarrollo de la comunidad no es un programa ni una institución, sino una actitud.

Es de gran importancia también la integración, en la vida política nacional, de colectividades que han estado excluidas de ella por la alta proporción de analfabetismo, por la falta de interés, por las grandes distancias o por otras causas. Los programas de desarrollo comunal pueden ser los medios a través de los cuales millones de campesinos indígenas pueden gozar de los derechos y asumir plenamente las obligaciones de ciudadanos.

Se ha señalado en varias oportunidades que no sólo se trata de la movilización del esfuerzo público, sino también del propio aprovechamiento de la capacidad creadora de los nuevos grupos humanos llamados "marginales" para que estos se incorporen al sector integrado de América Latina.

Los diversos tipos de programas son los siguientes:

1. Confirmación de títulos y catastros, esto es, actividades relacionadas con la evaluación, registro y confirmación de los derechos de propiedad de tierra y agua que corresponden a los "precaristas", trabajadores arrendatarios y otros ocupantes con derechos precarios de dominio.

2. Una redistribución de tierras que incluye tanto la adquisición y reparto en sí como programas de desarrollo en favor de los beneficiarios durante los primeros tres o cinco años siguientes a la reforma.

3. Programas de colonización que incluyen tanto la instalación de la infraestructura básica necesaria para abrir nuevas zonas como la ejecución de los planes complementarios de desarrollo durante los primeros tres a cinco años.

4. Asistencia a campesinos de bajos ingresos—por ejemplo, créditos y asistencia técnica—en comunidades donde los derechos de tenencia de la tierra ya están distribuidos equitativamente.

Tales programas tendrían que beneficiar en América Latina por lo menos de 650,000 a 750,000 familias rurales anualmente durante la próxima década.

No existen cálculos detallados del número de familias rurales de bajos ingresos que se beneficiarán con cada uno de estos programas de reforma. En algunos países el gobierno nacional ya ha establecido las metas de la reforma, pero al nivel regional sólo se puede hacer una estimación del contenido y costo de estos programas.

De acuerdo con uno de estos cálculos, el beneficiar anualmente a 400,000 familias con programas de redistribución de tierras, 200,000 con programas de colonización y 75,000 con la confirmación de títulos, costaría aproximadamente 1,500 millones de dólares al año.

Ningún desarrollo comunal podrá tener efectos notorios en el desarrollo económico y social en muchos países latinoamericanos sin dar solución adecuada a los problemas derivados de la defectuosa distribución de la tierra.

Problemas de financiamiento de los servicios rurales

Muchos servicios relacionados con el medio rural en años pasados han estado atendidos a los presupuestos internos de cada país y a la ayuda de algunos organismos internacionales como la OMS y la OPS y algunas fundaciones de carácter filantrópico. Pero financiamientos bancarios sólo fueron concedidos a través de la creación del Banco Interamericano de Desarrollo y la puesta en práctica de la Alianza para el Progreso.

En los últimos cinco años se han realizado importantes esfuerzos para superar las deficiencias existentes en el medio rural. Los avances logrados en buena medida han sido impulsados por un volumen sustancial de asistencia financiera externa. El BID con recursos propios y el Fondo Fiduciario han tenido una participación preponderante.

El cuadro 5 ilustra la distribución del financiamiento público internacional en este campo, por países y por fuentes.

CUADRO 5—Financiamiento externo público para agua potable y alcantarillado, por países y por fuentes, 1961-1966. (En miles de EUA\$).

| País | BID Agua y alcantarillado | BIRF Agua | AID Agua y alcantarillado | EXIMBANK Agua y alcantarillado |
|---------------------------|---------------------------------|--------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| Argentina..... | 36,000 | — | 1,400 | — |
| Bolivia..... | 2,600 | — | 933 | — |
| Brasil..... | 111,210 | — | 20,300 | — |
| Colombia..... | 34,984 | — | 8,400 | 2,275 |
| Costa Rica..... | 1,540 | — | 4,900 | 4,000 |
| Chile..... | 26,645 | — | 2,840 | 188 |
| Ecuador..... | 20,768 | — | — | — |
| El Salvador..... | 9,200 | — | — | — |
| Guatemala..... | 8,218 | — | — | — |
| Haití..... | 2,360 | — | — | — |
| Honduras..... | 2,550 | — | 1,050 | — |
| Jamaica..... | — | — | 3,700 | — |
| México..... | 14,024 | — | — | 36 |
| Nicaragua..... | 185 | 3,000 | — | — |
| Panamá..... | 2,762 | — | 10,355 | — |
| Paraguay..... | 265 | — | — | — |
| Perú..... | 13,660 | — | 8,600 | 6,623 |
| Republica Dominicana..... | 1,150 | — | 3,000 | — |
| Trinidad y Tabago..... | — | — | — | 9,000 |
| Uruguay..... | 11,843 | — | — | 1,900 |
| Venezuela..... | 53,200 | 21,300 | — | 7,500 |
| Total..... | 353,164 | 24,300 | 65,478 | 31,522 |

Fuentes: BID, AID, EXIMBANK, BIRF y OPS.

En el período 1961-1966 el BID otorgó préstamos para obras de saneamiento ambiental por un monto de poco más de EUA\$353.16 millones. Esto representó el 70% del financiamiento público internacional recibido por la región para este tipo de obra. La inversión crediticia del BID en este sector determinó una movilización de recursos nacionales equivalentes a EUA \$356.5 millones. Con la terminación de los programas iniciales se beneficiarán más de 20 millones de personas que no tenían acceso a servicios directos de agua y de desagüe. Además, se mejoraron dichos servicios para una población de 17.2 millones de personas.

Además de su acción crediticia, el BID ha impulsado el establecimiento, la reorganización y el más eficaz funcionamiento de las

instituciones que tienen a su cargo la operación y la administración de los servicios de abastecimiento de agua y de sistemas de desagüe en varios países de la región. Así, el Banco ha prestado asistencia a 11 países para el establecimiento o mejoramiento de organismos especializados en el sector de obras sanitarias, habiendo también estimulado los esfuerzos para mejorar la preparación del personal técnico y administrativo de los servicios, mediante el envío de expertos y actividades de adiestramiento.

El BID ha estimulado la adopción de medidas dirigidas a asegurar la autofinanciación de los servicios sanitarios mediante el establecimiento de tarifas adecuadas. Asimismo, ha celebrado acuerdos con la OPS para coordinar las labores de asistencia téc-

nica en el campo de saneamiento ambiental, así como para la realización de actividades de entrenamiento en ingeniería sanitaria en varios países.

Tratándose de servicios de agua en zonas rurales en donde el acueducto no alcanza a llegar a las viviendas sino que toma la forma de bombas, molinos de viento, baños públicos, abrevaderos para animales, etc., es razonable que operen a base de remunera-

ciones pecuniarias como un tipo de subsidio social para elevar las condiciones de vida rural.

El financiamiento para construir y equipar hospitales y puestos de socorro ha empezado a interesar a los organismos financieros en los últimos años; pero, por el momento, se trata de pocos casos, tal vez con carácter de ensayo.