

LA ESTADISTICA SANITARIA EN LAS ZONAS RURALES*

Por RUTH R. PUFFER, Dr.P.H.

Jefe de la Sección de Epidemiología y Estadística, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D. C.

Aun cuando se reconoce debidamente la importancia de la información estadística tanto para definir los problemas sanitarios como para la orientación de los programas, es preciso insistir especialmente en la plena utilización de los datos existentes por parte de los especialistas sanitarios, incluso los que actúan en el campo del saneamiento del medio. Además, en las regiones del mundo donde las estadísticas sanitarias son deficientes, los especialistas sanitarios deben trabajar conjuntamente en el desarrollo de un sistema adecuado de datos estadísticos básicos. Por ello, el Comité de Expertos en Saneamiento del Medio tiene un doble interés en esta cuestión; en primer término, difundir información relativa a las clases de estadística que son útiles para los programas de saneamiento del medio y, en segundo lugar, estimular al personal que trabaja en el campo del saneamiento del medio para que coopere en la preparación de las estadísticas sanitarias que han de utilizarse en sus programas. Tal vez sea el segundo objetivo el que requiera especial atención en las zonas rurales.

Al considerar la estadística sanitaria en las zonas rurales, el primer problema que se plantea es el de definir una zona rural. El Anuario Demográfico de 1952† de las Naciones Unidas (1) publica las definiciones oficiales de las zonas urbanas y los porcentajes de las poblaciones de todos los países, clasificadas en urbanas y rurales. Algunos países enumeran las ciudades que han de considerarse como zonas urbanas y otros especifican éstas basándose en la importancia de las colectividades. Por lo tanto, varían las poblaciones del mundo clasificadas en urbanas y rurales de acuerdo con esas definiciones oficiales. Existen, además, considerables variaciones en la proporción de las poblaciones que viven en las zonas rurales de los países. Por ejemplo, en 1950 el 87.5% de la población de Haití vivía en zonas rurales (fuera de los centros administrativos de las comunas). En el otro extremo, en 1951 sólo el 17.1% de la población de Escocia vivía fuera de las ciudades, municipios y aldeas de 1,000 o más habitantes. En su cuarto período de sesiones (2) la Comisión de Población estimó que no resultaba factible establecer definiciones uniformes de zonas urbanas y rurales para uso internacional. Sugirió, no obstante, que se compilaran clasificaciones basadas en la importancia de la aglomeración (Apéndice A), además de las tabulaciones por zonas urbanas y rurales definidas en cada país. Aparte del problema de la definición de zonas urbanas y rurales para la compilación

* Traducido del Documento mimeografiado WHO/Env. San./52, mayo 26, 1953.

† Este Anuario se publica en edición bilingüe, inglés-francés.

de datos de población, existe el problema de las clasificaciones de estadísticas vitales y otras estadísticas sanitarias de esas mismas zonas urbanas y rurales con el objeto de que puedan calcularse las tasas correspondientes. Cualesquiera que sean las definiciones empleadas, y con la excepción de unos pocos países altamente industrializados, es considerable la proporción de la población que vive en zonas rurales. Por lo tanto, los especialistas en saneamiento del medio están principalmente interesados en las estadísticas sanitarias de grandes núcleos de población que viven en zonas donde la recopilación de datos demográficos pueda presentar problemas y en las que los ingenieros sanitarios, los higienistas y otros funcionarios de los servicios de saneamiento, tengan que cooperar en la preparación de los datos estadísticos.

Las principales clases de datos que son útiles para la definición y evaluación de los problemas sanitarios son las siguientes: (1) estadísticas vitales, (2) estadísticas de enfermedades de notificación obligatoria, y (3) estadísticas sanitarias obtenidas por medio de encuestas y estudios especiales. A continuación se examinan brevemente los problemas importantes relacionados con la recopilación y utilización de esos datos estadísticos, dedicándose atención particular a las recomendaciones para mejorarlos.

I. ESTADÍSTICAS VITALES

Como es natural, para la obtención de datos fundamentales relativos a las condiciones sanitarias recurrimos en primer lugar a las estadísticas vitales. Pero desgraciadamente no existen datos de todas las regiones del mundo y, por otra parte, los correspondientes a las zonas rurales son menos completos que los de las urbanas. En el Cuadro figura el porcentaje de la población mundial que vive en regiones donde se disponía

*Población aproximada a mediados del año 1950 y número de habitantes y porcentaje de población de las regiones que disponían de estadísticas de mortalidad correspondientes a la totalidad o parte del período 1948-1950 (distribuido por continentes)**

Continentes	Población aproximada		
	Total	Regiones que disponían de estadísticas	
		Número de habitantes	Porcentaje
Africa	198,000,000	45,094,000	23
América del Norte	216,300,000	212,655,000	98
América del Sur	111,400,000	56,055,000	50
Asia	1,272,000,000	556,865,000	44
Europa	396,300,000	334,111,000	85
Oceanía	12,900,000	11,192,000	87
URSS	(a) 193,000,000	—	—

* Anuario Demográfico de 1951, Naciones Unidas.
(a) Población aproximada en 1946.

de estadísticas de mortalidad correspondientes al trienio 1948-1950, o parte de él, de acuerdo con el Anuario Demográfico de 1951, de las Naciones Unidas (3). Sólo el 51 % de la población mundial calculada vivía en zonas donde se disponía de estadísticas de mortalidad correspondientes a dicho período. Los porcentajes de Europa, Oceanía y América del Norte eran relativamente altos, en tanto que en Africa se disponía de datos relativos a regiones que sólo comprendían el 23 % de la población. Incluso en las zonas donde existen estadísticas de mortalidad, varía considerablemente el grado de perfección con que se lleva el registro de defunciones, siendo incompleto en muchas zonas rurales.

Tasa de mortalidad.—Si el personal que trabaja en el campo del saneamiento del medio dispone de estadísticas vitales, debe utilizarlas para proceder a una evaluación detallada de los problemas de salubridad. En primer lugar, la tasa total de mortalidad puede ser útil para su labor. Ahora bien, para la interpretación de esa tasa precisa conocer el grado de perfección del registro de funciones y otros factores que puedan influir en las tasas altas o bajas. La tasa de mortalidad puede compararse con las registradas en otras regiones y en años diferentes. Para evaluar la mortalidad es preciso estudiar la distribución de las tasas de mortalidad y de mortalidad por grupos de edades.

Tasa de mortalidad infantil.—La tasa de mortalidad infantil resulta útil para la evaluación del nivel de saneamiento en un país. La tasa elevada de mortalidad infantil se debe, por lo general, a tasas elevadas de mortalidad por enfermedades infecciosas, gastrointestinales y del aparato respiratorio. La mejora de los servicios de saneamiento puede evitar muchas de las defunciones debidas a enfermedades infecciosas y gastrointestinales. Por otra parte, un estudio de la mortalidad infantil clasificada por meses puede indicar variaciones atribuibles a las estaciones, con tasas altas de mortalidad en los meses de verano, es decir, aquellos en que es mayor la frecuencia de enfermedades gastrointestinales. Si se dispone de estadísticas clasificadas por causas de defunción, el estudio de la mortalidad infantil clasificada de esta forma resulta de suma utilidad para el personal de saneamiento.

Tasas clasificadas por causas de defunción.—Las tasas de mortalidad clasificadas por causas de defunción se utilizan ampliamente para definir los problemas de salud pública. El registro fidedigno de las causas de defunción requiere la certificación médica, la cual a su vez depende de la presencia de personal médico. En muchas zonas rurales no se dispone de personal médico y, con frecuencia, se carece de estadísticas relativas a las causas de defunción. En las regiones donde el funcionario de saneamiento del medio tiene la ventaja de disponer de estadísticas clasificadas por causas de defunción, debe utilizarlas con toda amplitud, trabajando en colaboración con el estadístico para dar a la información la interpretación y empleo adecuados. Cualquiera que sea el sistema de registro empleado, los certificados de defunción deben enviarse al departamento

local de sanidad para su uso inmediato; el examen detallado de los certificados de defunción llevado a cabo en ese servicio puede revelar problemas de saneamiento del medio. Es evidente que las defunciones por tifoidea, disentería, gastroenteritis, etc., resultan de sumo interés para el funcionario de los servicios de saneamiento. Las defunciones por causas mal definidas, tales como las fiebres, requieren investigación. Aun cuando en muchas regiones rurales no se disponga de estadísticas relativas a las causas de defunción, es preciso que al considerar los problemas sanitarios se tomen en cuenta el número total de defunciones, la distribución de la mortalidad por grupos de edades y la mortalidad infantil.

RECOMENDACIONES

El ingeniero sanitario, el sanitarista y el inspector sanitario, así como otros funcionarios de salud pública, deben insistir en la importancia que tienen las estadísticas vitales. El desarrollo de un sistema adecuado de estadísticas vitales puede depender de la demanda de esa información por parte de los funcionarios sanitarios. Aun cuando el personal de los servicios de saneamiento del medio pueda obtener por otros conductos las estadísticas que requiera para sus programas, debe recomendar y cooperar en el establecimiento de un sistema de registro de estadísticas vitales para fines legales e informativos, y para proporcionar los datos estadísticos básicos para los programas sanitarios.

Los organismos nacionales e internacionales reconocen la necesidad de mejorar los sistemas de estadísticas vitales. Ese mejoramiento requiere la coordinación de los esfuerzos de todos los organismos y especialmente de las autoridades sanitarias locales. Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud patrocinan cursos de adiestramiento para estadísticos; se han celebrado cuatro seminarios en Chile, Ceilán, Egipto y Japón respectivamente, y en Chile se ha establecido un Centro permanente para las Américas. Como recomendó la Organización Mundial de la Salud, las Comisiones Nacionales de Estadísticas Vitales y Sanitarias pueden ejercer eficaz influencia para que se promulguen las medidas legislativas necesarias y se establezcan sistemas adecuados. Debería adoptarse asimismo el nuevo modelo de certificado médico (4) aprobado por la Conferencia Internacional para la Sexta Revisión de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción y que figura en el Reglamento No. 1 de la Asamblea Mundial de la Salud. La obra "Principles for a Vital Statistics System" (Métodos relativos a las Estadísticas Vitales) (5) publicada por las Naciones Unidas, sirve de orientación valiosa para cuantos se interesan en la organización y mejoramiento de los sistemas de estadísticas vitales.

Las estadísticas vitales constituyen la información básica que requieren todos los trabajadores sanitarios. Por ello, debe existir una comprensión general tanto de los aspectos esenciales de los métodos adecuados para

obtener esa información como de los medios para mejorarlos. Los expertos en saneamiento del medio pueden prestar un servicio valioso en este aspecto.

II. ESTADÍSTICAS DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Las estadísticas relativas a ciertas enfermedades transmisibles, declaradas de notificación obligatoria en virtud de disposiciones legislativas o reglamentarias, son importantes para los programas de control o para el estudio de la epidemiología de esas enfermedades. Los funcionarios sanitarios locales, incluyendo los encargados de los servicios de saneamiento del medio, están especialmente interesados en esas notificaciones a los efectos de sus respectivos programas de control. La conocida declaración (6) de la revista *Public Health Reports*, en el sentido de que "Ningún departamento de sanidad, local o estatal, puede prevenir o controlar eficazmente las enfermedades sin saber cuándo, dónde y en qué circunstancias ocurren los casos", da idea clara de la utilidad de la notificación de enfermedades transmisibles. La mejora del saneamiento del medio constituye una fase importante de los programas de control para la prevención de muchas enfermedades.

La notificación de casos de ciertas enfermedades transmisibles se utiliza para realizar investigaciones en la región afectada. Además, esas notificaciones se compilan para establecer las estadísticas de enfermedades de notificación obligatoria de dicha región. Las notificaciones individuales o las tabulaciones correspondientes se envían a la oficina nacional, remitiéndose igualmente resúmenes de las mismas a la Organización Mundial de la Salud a fin de que sean incluidas en las estadísticas nacionales y mundiales.

Enfermedades cuarentenables.—El Reglamento Sanitario Internacional (7) que fué adoptado por la Organización Mundial de la Salud el 25 de marzo de 1951 y entró en vigor el 1° de octubre de 1952, establece en forma detallada los requisitos para la notificación internacional de 6 enfermedades cuarentenables: cólera, peste, fiebre recurrente, viruela, tifo y fiebre amarilla. El Párrafo 1 del Artículo 3 del Reglamento Sanitario Internacional dice así: "Las administraciones sanitarias notificarán a la Organización por telegrama, dentro de las veinticuatro horas de haber sido informadas, que un área local se ha vuelto área infectada". Deben establecerse métodos para la notificación de esas enfermedades, no sólo para uso local en el programa de control, sino también para la utilización en escala nacional e internacional en el control de la enfermedad. Un buen sistema de notificación de casos de esas enfermedades requiere la acción coordinada del personal sanitario.

Otras enfermedades de notificación obligatoria.—Las enfermedades declaradas de notificación obligatoria, en virtud de disposiciones legislativas o reglamentarias, varían según el país. El desarrollo de la notifi-

cación de casos de enfermedades de notificación obligatoria ha sido gradual y está estrechamente vinculado al desarrollo de los servicios sanitarios. Primero se notificaron las enfermedades pestilenciales. Los funcionarios de sanidad requirieron gradualmente notificaciones de otras enfermedades para los programas de control. Los sistemas de notificación de enfermedades transmisibles se han desarrollado lentamente y todavía dejan mucho que desear en la mayoría de los países. Sin embargo, recientemente se ha prestado especial atención al mejoramiento y estandarización de los métodos.

La Organización Mundial de la Salud se preocupa por este problema, y en 1951 la Cuarta Asamblea Mundial de la Salud (8) solicitó del Consejo Ejecutivo (1) que procediera a "(1) estudiar e informar sobre los procedimientos actuales, y sobre la posibilidad de mejorarlos, para recopilar y analizar la información epidemiológica referente a las enfermedades epidémicas, además de las seis enfermedades cuarentenables, mencionadas en el Reglamento Sanitario Internacional; . . ." Un importante paso para el mejoramiento de las estadísticas de enfermedades de notificación obligatoria fué la Conferencia sobre Estadísticas de Morbilidad que tuvo lugar en Ginebra en noviembre de 1951, al mismo tiempo que la tercera reunión del Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias (9). La Conferencia recomendó que todos los países estudien la manera de mejorar los métodos de recopilar las estadísticas de enfermedades de notificación obligatoria.

Los datos obtenidos de las notificaciones de enfermedades transmisibles proporcionan información básica esencial para los programas de saneamiento del medio. Si se dispone de esa información, el funcionario responsable de los servicios de saneamiento puede utilizarla ampliamente en las investigaciones corrientes de casos para la evaluación y orientación del programa; si no se dispone de ella, puede contribuir eficazmente a su recopilación.

III. ENCUESTAS Y ESTUDIOS ESPECIALES

Además de las estadísticas de morbilidad, en el sentido restrictivo de estadísticas de enfermedades de notificación obligatoria, las estadísticas de morbilidad que comprendan todas las enfermedades son de suma utilidad en el planeamiento de servicios sanitarios. En varios países se llevan a cabo estudios de morbilidad por medio de encuestas de enfermedades. El método de encuestas resulta eficaz para obtener estadísticas sanitarias. La Conferencia sobre Estadísticas de Morbilidad (9) examinó los diversos tipos y fuentes de esas estadísticas. Sin embargo, el Comité observó "que este método de encuestas requiere los servicios de expertos en la teoría de muestreos, la organización y funcionamiento de encuestas sobre el terreno y en el análisis de los datos de morbilidad. Además, reconoció que resultaría de suma utilidad la colaboración estrecha de los

expertos y de los administradores que deben utilizar e interpretar debidamente los datos recopilados." Si los expertos en saneamiento del medio necesitan estadísticas sanitarias que no se han recopilado, este método de encuestas resultará de gran utilidad. Pueden obtener datos relativos a los problemas de salubridad, especialmente en lo que se refiere tanto a las enfermedades debidas a falta de saneamiento, como a la vivienda, condiciones del ambiente, etc. Sin embargo, deben trabajar en estrecha colaboración con un estadístico adiestrado en las técnicas de muestreo con el objeto de asegurar el adecuado planeamiento de la recopilación y análisis de datos que habrán de ser sumamente útiles para definir los problemas sanitarios.

No es nuevo el método de encuestas para obtener estadísticas sanitarias que faciliten el estudio y conocimiento de los problemas de salubridad. Las primeras investigaciones que condujeron a la creación de servicios sanitarios fueron las encuestas sobre anquilostomiasis realizadas por la Fundación Rockefeller. Se descubrió que, en muchas regiones, una elevada proporción de los habitantes sufrían de anquilostomiasis y que si se administraba el tratamiento adecuado, mejoraba rápidamente el estado de salud de la población en general.

Las encuestas pueden comprender toda la población de una zona determinada, en cuyo caso se recopilan datos de todas las personas que viven en la zona, o bien realizarse a base de una muestra representativa del conjunto de la población. La encuesta debe emprenderse únicamente para aclarar cuestiones específicas y para obtener datos concretos necesarios. Además, debe planearse de forma que la información obtenida sea usada por los funcionarios de sanidad, es decir, que tenga un objetivo concreto y sea utilizada en grado suficiente para justificar los gastos que origina.

Citaremos, a este respecto, un ejemplo de encuesta con un objetivo definido que, aunque en pequeña escala, resultó de suma utilidad para la definición de un problema específico. Se trata de un estudio, de poco costo, llevado a cabo en una zona rural. El funcionario de sanidad de un condado rural de Tennessee tuvo conocimiento de dos casos graves de anquilostomiasis infantil. Se propuso averiguar la frecuencia de la enfermedad en el condado. A este fin, se determinó la incidencia de la anquilostomiasis en una muestra del 10 % de la población. Se descubrió que el 10.4 % de las personas examinadas estaban infestadas y que el porcentaje era mucho más elevado en la región montañosa que en el resto del condado. Se observó que la incidencia de la anquilostomiasis era tres veces mayor en los hogares que carecían de instalaciones y medios para la eliminación de excretas (15.0 %) que en los que contaban con instalaciones adecuadas (5.8 %). Por medio de esta investigación, el funcionario de sanidad se formó una idea clara de la importancia y localización del problema: se percató de la necesidad de construir instalaciones sanitarias

y de llevar a cabo una campaña de educación del público en materia de saneamiento.

Para cubrir una necesidad específica en una zona determinada, basta a veces una encuesta para investigar una sola enfermedad o condición. En otras ocasiones, pueden requerirse datos relativos a las enfermedades en un grupo de población o en una muestra escogida de la misma.

En la actualidad se están llevando a cabo varios estudios de morbilidad. En el Estudio de Morbilidad de San José, California, se realizan estudios metodológicos, ensayándose a este objeto varios procedimientos para obtener datos adecuados. En este estudio que comprende 2,400 familias, se determina la frecuencia de enfermedades en un día determinado, así como la incidencia de las mismas en un período determinado de tiempo. La Encuesta de Enfermedades del Canadá, la Encuesta Trienal del Servicio Nacional de Sanidad de Dinamarca y la Encuesta de Enfermedades de Inglaterra y País de Gales se llevan a cabo con el objeto de obtener estadísticas relativas a las enfermedades de la población. En el Perú se han emprendido encuestas para obtener información sobre las enfermedades de la población y las condiciones del medio.

Según se señaló en la Conferencia sobre Estadísticas de Morbilidad (9), el método de encuestas se presta a una amplia aplicación y puede utilizarse en los países con servicios de salubridad relativamente poco desarrollados, en donde son extremadamente limitadas las probabilidades de obtener datos de morbilidad por el sistema de notificación. Constituye, pues, un método eficaz para compilar estadísticas sanitarias de zonas rurales. Sin embargo, no suple la necesidad de contar con sistemas adecuados de estadísticas vitales y de registro de enfermedades de notificación obligatoria, los cuales deben desarrollarse aun cuando se emplee el método de encuesta para obtener datos destinados a atender necesidades inmediatas.

Fales (11) estudió recientemente los sistemas de recopilación de estadísticas sanitarias y vitales en el Sudeste de Asia y formuló importantes recomendaciones para mejorarlos. Al comentar sobre el uso de la técnica de muestreo en la India señaló que "tales procedimientos no suplen la necesidad de establecer, con la rapidez que permita el desarrollo económico y cultural del país, un sistema completo de registro de datos demográficos."

Aparte de las estadísticas vitales, de las estadísticas de enfermedades de notificación obligatoria y de las que se obtienen por medio de encuestas, se puede disponer de otros datos para definir los problemas de salubridad, o bien pueden recopilarse mediante investigaciones y estudios especiales en zonas rurales. Del análisis de los resultados de exámenes de grupos específicos de la población puede obtenerse información sobre la frecuencia de tuberculosis o sífilis. Los datos de hospitales y

clínicas pueden servir de valiosa información en relación con los problemas de salubridad. El personal de saneamiento tiene muchas posibilidades de investigar problemas de saneamiento del medio en relación con los brotes de enfermedades. Si la recopilación de información se planea bien, como parte del trabajo de campo, y se analizan los datos, puede representar una valiosa aportación al conocimiento de la propagación de las enfermedades.

RESUMEN

(1) Las estadísticas vitales obtenidas de los certificados de nacimiento y defunción son esenciales para la elaboración y evaluación de los programas de salubridad. Si no se dispone de ellas o son inadecuadas, el personal de saneamiento del medio tiene la posibilidad y la responsabilidad de cooperar en el establecimiento de un sistema satisfactorio de estadísticas vitales que proporcione esa información básica. Este problema tiene importancia en muchas regiones rurales del mundo.

(2) La notificación de casos de enfermedades transmisibles, incluyendo tanto las cuarentenables como otras enfermedades de notificación obligatoria, es necesaria tanto para los programas de control en las localidades como para los programas nacionales e internacionales de salubridad. Debe dedicarse especial atención al mejoramiento de las estadísticas de enfermedades de notificación obligatoria, así como a la utilización de esos datos en los programas de saneamiento del medio.

(3) Las encuestas son asimismo útiles para obtener datos estadísticos que han de servir de base para el planeamiento de servicios de salubridad; sin embargo, sirven de complemento más bien que de sustituto de las estadísticas vitales y de enfermedades de notificación obligatoria. También se pueden obtener otros tipos de datos por procedimientos ordinarios o mediante investigaciones y estudios especiales, los cuales contribuyen al conocimiento de los problemas de salubridad y resultan de suma utilidad para el personal de los servicios de saneamiento del medio.

APÉNDICE A

SECCION DEL INFORME DE LA CUARTA SESION DE LA COMISION DE POBLACION RELATIVA A LA DEFINICION DE ZONAS URBANAS Y RURALES*

“Debido a la diversidad de condiciones que afectan la clasificación de zonas en urbanas y rurales en los diferentes países, no es factible establecer en la actualidad definiciones uniformes de poblaciones urbanas y rurales para uso internacional. Es conveniente, sin embargo, que al levantar un censo se haga constar la población global de todas las aglomeraciones o núcleos de población identificables, clasificados por su importancia y otras características con el

* “Report of the Fourth Session of the Population Commission,” Naciones Unidas, Documento E/1313, Lake Success, 21 abril 1949 (en mimeógrafo).

objeto de que puedan utilizarse los resultados, en la medida posible, para mejorar la comparabilidad internacional de los datos existentes en esta materia.

“Se sugiere, por lo tanto, que a los fines de comparabilidad internacional, se tabule la siguiente clasificación de la población de acuerdo con la importancia de la aglomeración o núcleo, además de las tabulaciones normalmente establecidas por poblaciones urbanas y rurales definidas en cada país.

“Población en localidades de

- a) 500,000 o más habitantes
- b) 100,000 a 500,000 habitantes
- c) 25,000 a 100,000 “
- d) 10,000 a 25,000 “
- e) 5,000 a 10,000 “
- f) 2,000 a 5,000 “
- g) 1,000 a 2,000 “
- h) 500 a 1,000 “
- i) menos de 500 “
- j) Población de aglomeraciones o núcleos no identificables (si no se ha incluido la población total en las categorías precedentes)

“También es conveniente que se clasifique el número de localidades de cada una de esas categorías.

“Puesto que esta distribución requiere más categorías que la clasificación ordinaria urbano-rural, el problema de la tabulación por otras características resulta algo más complicado. Por ello, tal vez no sea factible establecer extensas clasificaciones combinadas. Es conveniente, sin embargo, tabular por sexos, al menos por grupos de edades (menores de 5 años, por decenios entre 5 y 64 años, 65 o más años) la población de localidades de las distintas categorías de acuerdo con su importancia. En esta tabulación combinada tal vez haya que combinar algunas de las categorías de la antes citada clasificación por la importancia de localidades. Ahora bien, en tal caso es conveniente que se mantenga por lo menos la distinción entre las localidades de 10,000 o más habitantes y las de menos de 10,000 habitantes.”

REFERENCIAS

- (1) Oficina de Estadística de las Naciones Unidas: “Anuario Demográfico de 1952,” Nueva York, 1952, Cuadro 6, página 168.
- (2) “Report of the Fourth Session of the Population Commission,” Naciones Unidas, documento E/1313, Lake Success, 21 de abril de 1949 (en mimeógrafo).
- (3) Oficina de Estadística de las Naciones Unidas: “Anuario Demográfico de 1951,” Nueva York, 1951, páginas 11 y 103.
- (4) “Official Records of the World Health Organization,” No. 13, Regulation No. 1, p. 349, Ginebra, 1948.
- (5) Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas: “Principles of a Vital Statistics System,” Nueva York, 14 de noviembre de 1952.
- (6) United States Public Health Service: *Public Health Reports*, Declaración en el capítulo “Incidence of Disease,” abril 1913-1951.
- (7) Organización Mundial de la Salud: “Reglamento Sanitario Internacional,” Serie de Informes Técnicos, No. 41, Washington, D. C., 1951.

- (8) "Official Records of the World Health Organization," No. 35, Resolución WHA4.78, 1951, p. 51, Ginebra, 1952.
- (9) Organización Mundial de la Salud: "Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias, Tercer Informe," Serie de Informes Técnicos, No. 53, Ginebra, 1952.
- (10) Tucker, C. B., y Chisholm, J. M.: A study of intestinal parasites in relation to excreta disposal facilities in Cocke County, Tennessee, 1940, *South. Med. Jour.*, 476, mayo 1942.
- (11) W. Thurber Fales: "Health Statistics and Vital Statistics in Southeast Asia," sbre. 1952.

HEALTH STATISTICS FOR RURAL AREAS (*Summary*)

(1) Vital statistics data obtained from birth and death certificates are essential for planning and evaluating health programmes. If they are not available or not adequate, the sanitation worker has an opportunity and responsibility to assist in the establishment of a satisfactory vital statistics system which will provide these basic data. This problem is an important one in many rural areas of the world.

(2) Reports of cases of communicable diseases including the quarantinable as well as other notifiable diseases are needed for control programmes in local areas, as well as for national and international health programmes. Emphasis should be placed on the improvement of notifiable disease statistics, and the use of such data in the environmental sanitation programme.

(3) Surveys are also valuable for obtaining statistical data to serve as a basis for planning of health services; however, they supplement rather than replace vital statistics and notifiable disease statistics. Other types of data may also be obtained routinely, or through investigations and special studies, which will contribute to the knowledge of health problems and will serve those rendering sanitation services.