

CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES DEL MEDIO RURAL LATINOAMERICANO: SU INFLUENCIA Y RELACION CON LA SALUD ¹

Héctor García Manzanedo ²

La resistencia de la población rural a las medidas modernas de salud tiene su raíz en conceptos de salud y enfermedad que suelen depender de valores culturales, éticos, morales y religiosos. Por esta razón, los médicos y técnicos de salud no pueden subestimar creencias, supersticiones y prácticas empíricas de medicina, aunque a veces estas dificulten los programas rurales de salud.

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 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

¹Trabajo presentado como parte del tema *Sistemas para aumentar la cobertura de los servicios de salud en las áreas rurales*, de las Discusiones Técnicas celebradas durante la XVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y que tuvieron lugar durante los días 6 y 7 de octubre de 1967 en Puerto España, Trinidad.

²Antropólogo, Doctor en Salud Pública. Universidad de California, Berkeley, California, E.U.A.

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 (3).

“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 prevalecientes 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 autosuficiente. 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 cargos religiosos, con los fuertes gastos que implica, puede ser 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 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 em-

barazo 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 residir 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 enfermedad, 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 justificado—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 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 resultado 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 pro-

teger 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. Aun 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 programas 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 modifica-

ción 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.

Resumen

Se trata de hacer una generalización de las características socioculturales y económi-

cas de la población rural como base para analizar los problemas de salud del medio rural, especialmente aquellos relacionados con una percepción distinta de las causas de enfermedad y con la distancia social entre el habitante rural y el profesional del medio urbano.

En este intento de generalización se toman en cuenta los elementos de la composición de la población y sus culturas aborígenes, inmigración europea, y la raza negra; porcentajes de estos elementos y de población urbana y rural en distintos países y áreas del Continente; forma de asentamiento de la población rural en comunidades dispersas y "compactas" o "concentradas"; poder adquisitivo e insuficiencia económica del campesino; y la falta de seguridad y de distribución adecuada de recursos y riqueza. Se toma en cuenta también la estructura familiar ya que la familia constituye la unidad básica de tipo económico, social y educativo en el medio social.

Todos estos factores influyen en la actitud de la población rural en cuanto a la aceptación de los conceptos y prácticas de la medicina moderna, producto de la investigación científica experimental, en contraposición a los principios de la medicina tradicional (indígena o popular) basada generalmente en premisas culturales de causa y efecto. Todos estos factores, aparte del analfabetismo y el aislamiento geográfico, se relacionan con los problemas de salud en las zonas rurales, los cuales pueden agruparse en cuatro rubros: 1) problemas relacionados con el medio ambiente y su percepción en términos culturales; 2) problemas relacionados con los conceptos tradicionales sobre salud y enfermedad; 3) problemas de interpretación mágica de las enfermedades; y 4) problemas de percepción de la distancia social.

Las conclusiones constituyen más bien un enfoque de programas de salud rural con miras a una utilización más precisa de los recursos humanos de la comunidad rural.

Incluyen, además, sugerencias tendientes a modificar hábitos y patrones de conducta de la población rural tendientes a la promoción y aceptación de dichos programas por

las comunidades rurales, aceptación que se facilitaría mediante la modificación de hábitos y actitudes de parte también del médico y del personal de salud pública. □

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 cambio 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.) Russell Sage Foundation, 1955.
- (8) Kelly, L., 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 Community, 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.

Social and Cultural Characteristics of Rural Areas in Latin America: their influence on and relationship to health (Summary)

A generalization is made of the social, cultural, and economic characteristics of the rural population to serve as the basis for a study of health problems in rural areas, particularly as regards a different appreciation of the causes of diseases, and the social distance between the rural dweller and the city professional.

In this attempt at making a generalization, the following factors were taken into account: population composition and indigenous culture; European immigration; Negro race; percentage of these factors; percentage of urban and rural population in the various countries and territories of the Hemisphere; how population settlement took place, whether in scattered, compact or concentrated communities; purchasing power of the rural worker; his economic weakness and lack of security; lack of a suitable distribution of wealth and resources; and, finally, the family as the basic economic,

social, and educational unit of the social environment.

All these factors influence the attitude of the rural dweller and his acceptance of the concept and practice of modern medicine, which is the product of experimental scientific research, as opposed to traditional medicine (indigenous or popular), which is usually based on the principle of cause and effect. Apart from illiteracy and geographic isolation, the factors relating to health problems in rural areas fall under four main headings as follows: (1) those which relate to environment and its appreciation in cultural terms; (2) those which relate to the traditional concepts of health and disease; (3) those which relate to an interpretation of disease by means of magic, and (4) those which relate to the perception of social distances.

The conclusion reached is that health programs should make increased use of the human

resources available in rural communities. It is suggested that the behavioral patterns and habits of the rural population should be changed to accept and promote health pro-

grams, and that such an acceptance by the rural communities will be facilitated by changes in the habits and attitudes of physicians and public health personnel.

Características socio-culturais do meio rural latino-americano: sua influência e relação com a saúde (Resumo)

Trata-se de fazer uma generalização das características sócio-culturais e económicas da população rural como base para a análise dos problemas de saúde do meio rural, especialmente dos problemas relacionados com uma percepção distinta das causas de doença e com a distância social entre o camponês e o profissional do meio urbano.

Nesse propósito de generalização são levados em conta os elementos da composição da população e suas culturas aborígenes, a imigração européia e a raça negra; percentagens desses elementos e de população urbana e rural nos diversos países e regiões do Continente; forma de fixação da população rural em comunidades dispersas e "compactas" ou "concentradas;" poder aquisitivo e deficiência económica do camponês; e falta de segurança e de distribuição adequada de recursos e riqueza. Leva-se em conta também a estrutura da família, uma vez que a família constitui a unidade básica de tipo económico, social e educacional no meio social.

Todos esses fatores influem na atitude da população rural no tocante à aceitação dos conceitos e práticas da medicina moderna, pro-

duto da pesquisa científica experimental, em contraposição aos princípios da medicina tradicional (indígena ou popular) geralmente baseada em premissas de causa e efeito. Todos esses fatores, à parte o analfabetismo e o isolamento geográfico, relacionam-se com os problemas de saúde das zonas rurais, os quais podem ser agrupados em quatro categorias: 1) problemas relacionados com o meio e sua percepção em termos culturais; 2) problemas relacionados com os conceitos tradicionais sobre saúde e doença; 3) problemas de interpretação mágica das doenças; e 4) problemas de percepção da distância social.

As conclusões constituem, antes, uma maneira de encarar os problemas de saúde rural, visando a uma utilização mais precisa dos recursos humanos da comunidade rural. Abrangem, além disso, sugestões no sentido da modificação de hábitos e padrões de conduta da população rural e no sentido da promoção e aceitação dos referidos programas pelas comunidades rurais, aceitação essa que seria facilitada mediante a modificação de hábitos e atitudes por parte do médico e do pessoal de saúde pública.

Caractéristiques socio-culturelles du milieu rural latino-américain: son influence et son rapport avec la santé (Résumé)

L'auteur entreprend une généralisation des caractéristiques socio-culturelles et économiques de la population rurale entant que base permettant d'examiner les problèmes de la santé du milieu rural, notamment ceux qui se rapportent à une perception distincte des causes de maladie et à la distance sociale entre l'habitant rural et le travailleur intellectuel du milieu urbain.

Dans ce sens de généralisation, il est tenu compte des éléments constitutifs de la population et de ses cultures aborigènes, de l'immigration européenne et de la race noire; les pourcentages de ces éléments et des populations urbaines et rurales des différents pays et régions du continent; la forme d'établissements de la population rurale dans les communautés disséminées et "compactes" ou "concentrées"; le pouvoir d'acquisition et l'insuffisance écono-

mique du cultivateur; et le manque de sécurité et de répartition adéquate des ressources et de la richesse. L'auteur tient également compte de la structure familiale étant donné que la famille constitue l'unité fondamentale de type économique, social et éducatif dans le milieu social.

Tous ces facteurs influent sur l'attitude de la population rurale en ce qui concerne l'acceptation des idées et pratiques de la médecine moderne, produit de la recherche scientifique expérimentale, à la différence des principes de la médecine traditionnelle (indigène ou populaire), basées en général sur les prémisses de cause et effet. Tous ces facteurs, indépendamment de l'analphabétisme et de l'isolement géographique, se rattachent aux problèmes de la santé les régions rurales; ils peuvent être

groupés sous quatre rubriques: 1) les problèmes se rapportant au milieu ambiant et leur perception du point de vue culturel; 2) les problèmes se rapportant aux idées traditionnelles concernant la santé et la maladie; 3) les problèmes d'interprétation magique des maladies; et 4) les problèmes de perception de la distance sociale.

Les conclusions constituent plutôt un aspect de programmes de santé rurale en ayant en

vue une utilisation plus précise des ressources humaines de la communauté rurale. L'auteur offre en outre des suggestions tendant à modifier les habitudes et le mode de comportement de la population rurale en vue de la promotion et de l'acceptation de ces programmes par les communautés rurales, acceptation qui serait plus aisée si le médecin et le personnel de la santé publique modifiaient également leurs habitudes et attitudes.

EL AGUA Y LA SALUD HUMANA

La interrelación entre el hombre y su ambiente es un proceso dinámico que tiene influencias directas y a menudo decisivas en la salud humana. Entre los factores ambientales de mayor significación que afectan la salud pública está el agua.

Basta recordar la pandemia que azotó el Asia, Europa y la costa del Pacífico del Continente Americano en el siglo XIX, para reconocer los peligros que entraña la existencia de condiciones favorables a la endemici-
dad del cólera—enfermedad transmitida por el agua—en algunos países en vías de desarrollo. En los últimos cinco años, el cólera se ha extendido a países que desde hace muchos años no experimentaban esta plaga y las posibilidades de que esa tendencia se mantenga son, por cierto, muy grandes. Además del cólera, la tifoidea y paratifoidea, la disentería bacilar y amebiana y las enfermedades diarreicas constituyen, en conjunto, la causa más importante de muerte e incapacidad en las áreas menos desarrolladas del mundo. El agua desempeña un importante papel en la difusión de esas y de otras enfermedades. Se ha estimado que anualmente se producen en todo el mundo unos 5 millones de defunciones y unos 500 millones de casos de enfermedades transmitidas por el agua. Esas defunciones y casos de enfermedad, que podrían prevenirse, constituyen cargas económicas y de otra índole sobre quienes están menos preparados para sobrellevarlas. (Candau, M.G. "The World's Water and Man's Health." Conferencia Internacional sobre Agua para la Paz, Washington, D.C., 23 al 31 de mayo de 1967.)