

## LA DISTRIBUCION URBANA Y RURAL DEL PERSONAL MEDICO

Las estadísticas reflejan que en la actualidad la concentración de médicos y enfermeras en las urbes es considerablemente mayor que la de esos servicios en las zonas rurales. Este hecho cobra mayor trascendencia si se considera la razón médico/población en diversas partes del mundo. En 1960, Asia tenía un médico por cada 3,800 habitantes y Africa uno por cada 8,000. En el mismo año Laos contaba con un médico por cada 45,000 habitantes; Indonesia uno por cada 48,000 y Etiopía uno por cada 102,000. Ello se debe, entre otras razones, a la facilidad de acudir en las ciudades a hospitales especializados; a la mayor demanda de servicios médicos en las zonas urbanas; al mayor número de consultas *per capita* en dichas zonas y la atracción que las grandes ciudades ejercen sobre el médico como consumidor.

Existen amplias variaciones de un país a otro no sólo en la razón general médico/población sino también en la distribución de los médicos entre las ciudades y otras zonas. En Africa, Etiopía tenía la razón médico/población más baja en 1960 (1/102,000). Las cifras de 1964 muestran un mejoramiento, con una razón de 1/70,000. Aunque esta razón está lejos de ser satisfactoria, cuando las cifras se descomponen entre las zonas urbanas y las rurales se pone de relieve toda la gravedad de la situación: así, la razón en las ciudades de Addis Abeba y Asmara es 1/2,730 contra 1/191,400 en las provincias rurales.

El Canadá y los Estados Unidos mantienen una distribución médica urbana/rural conveniente, si bien incluso aquí se encuentran algunas excepciones. En Latinoamérica son comunes las grandes variaciones. Uruguay, por ejemplo, tiene un médico por cada 490 habitantes en Montevideo y uno por cada 2,070 en el resto del país. Hon-

duras sólo cuenta con un médico para cada 10,400 habitantes en las zonas rurales, que contienen alrededor del 90% de la población.

Europa ofrece una distribución relativamente equilibrada de la asistencia médica entre las zonas urbanas y las rurales. Checoslovaquia posee a este respecto la posición más envidiable con una razón general de un médico por 520 personas, siendo las razones correspondientes a la capital y al resto del país de 1/260 y 1/560.

Se ha observado que el desarrollo económico de un país es inversamente proporcional al porcentaje de la población dedicada a la agricultura. La situación es algo similar en lo que respecta a la asistencia médica, y en países agrícolas es precisamente este sector de la población el peor asistido como consecuencia de la concentración del personal médico en la capital y otras zonas urbanas.

La distribución regional de los médicos en cinco países seleccionados es como sigue: en Austria, salvo en la región que comprende Viena, la razón médico/población es bastante constante; en Costa Rica la región que comprende la capital contiene el 71.5% de todos los médicos del país; la razón médico/población en los 11 estados de Malaya varía entre 1/2,910 (Selangor) y 1/22,000 (Kelantan); los Estados Unidos y la URSS señalan que, incluso en extensos países con bastantes zonas rurales, puede conseguirse una distribución equitativa. Este debe ser el objetivo en todas partes. Llegará el momento en que nuestra civilización técnica. . . cumpla realmente su promesa y no sirva exclusivamente a la sociedad urbana. Los habitantes del medio rural dejarán entonces de considerarse a sí mismos como ciudadanos de segunda categoría. (*Crónica de la OMS* 22 (3): 110-115, 1968.)