

## ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ZONAS URBANAS Y RURALES DE LOS PAÍSES EN DESARROLLO: SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS

Willy De Geyndt<sup>1</sup>

*Se examinan las diferencias y semejanzas que presenta la atención primaria de salud en zonas urbanas y rurales pobres. Se discuten la pobreza, nutrición, vivienda, agua potable y evacuación de desechos, y educación como factores de riesgo para la salud y su interrelación con otros factores socioeconómicos. Se analizan, asimismo, varios criterios para la planificación y organización de los servicios de salud en zonas urbanas y rurales.*

### Introducción

La atención primaria de salud es un concepto elástico. Su interpretación y aplicación varían mucho en las distintas partes del mundo. Desde el punto de vista operativo, hay que definirla en función de las necesidades concretas de salud en el ámbito geográfico, socioeconómico, cultural y político. Este artículo intenta distinguir entre la atención primaria urbana y la rural, destacar la urgencia de resolver los problemas de salud de los habitantes pobres de las zonas periurbanas y definir la función directiva del médico en la prestación de la atención primaria urbana, así como el lugar que los hospitales locales deben ocupar en la estrategia asistencial. Por último, se examina una serie de criterios y enfoques relativos a la planificación y organización.

Se emplean a lo largo del artículo diversos términos que es necesario definir antes.

- Urbano: la definición demográfica de

las Naciones Unidas considera urbanos los centros de población con más de 20 000 habitantes. Las definiciones nacionales consideran a menudo urbanos los centros que tienen un mínimo de 2 000 ó 2 500 habitantes y a veces aplican el concepto a subdivisiones políticas o administrativas.

- Rural: no urbano.
- Metropolitano: para los demógrafos es un núcleo central y zonas urbanas adyacentes con más de 100 000 habitantes.
- Países en desarrollo: término vago no muy útil para el análisis. Una definición más acertada sería países de bajos ingresos (38), países de ingresos medios (52), países industrializados (18), países exportadores de petróleo con excedente de capital (5) y países de economías centralmente planificadas (12). El presente artículo se refiere a países de ingresos bajos y medios.

• Factores de riesgo: condiciones ambientales (físicas, socioculturales, educativas, económicas, ocupacionales) que afectan la salud psicosociosomática del individuo.

- Disponibilidad: presencia de la infraestructura física y del personal necesarios para prestar servicios personales de salud.

<sup>1</sup> Universidad de Minnesota, Escuela de Salud Pública, División de Administración de Servicios de Salud. Dirección actual: The World Bank, 1818 H. Street, N.W., Washington, D.C. 20433.

- **Accesibilidad:** ausencia de barreras (geográficas, financieras, culturales, lingüísticas, etc.) que impidan utilizar los servicios de salud disponibles.

- **Tecnología apropiada:** técnicas que están ecológicamente bien adaptadas al medio ambiente local, son de escala reducida y satisfacen las necesidades básicas de salud, vivienda, producción de alimentos, agua potable, empleo y educación.

- **Autosuficiencia comunitaria:** empleo de recursos locales, especialmente de los humanos y menor dependencia de los niveles de decisión superiores.

### Cambios demográficos

Todavía en 1973 un prestigioso especialista en salud infantil en el trópico decía con razón que las tres cuartas partes de la población de la mayoría de los países en desarrollo vivían en zonas rurales (1). Cinco años después, otro planificador sanitario experimentado desechaba como un mito el principio de poner en primer plano las zonas rurales (2). Estas dos posturas ponen de relieve los rápidos cambios demográficos que se produjeron en el decenio de 1970 en los países en desarrollo y que previsiblemente continuarán en los dos próximos decenios: en el año 2000 el 55% de la población mundial vivirá en ciudades. Esta urbanización o aumento relativo de la población urbana en relación con la población total irá acompañada de metropolización o concentración del crecimiento urbano en zonas definidas como metropolitanas, y se prevé que 60 ciudades tendrán más de cinco millones de habitantes en el año 2000 (3).

La urbanización, el crecimiento urbano y la metropolización son en América Latina procesos muy diferentes que en Africa y Asia. En 1980, el 64,5% de los latinoamericanos vivían en ciudades. Esta proporción subirá al 72,6% en el año 2000, o sea que habitarán en ciudades 435

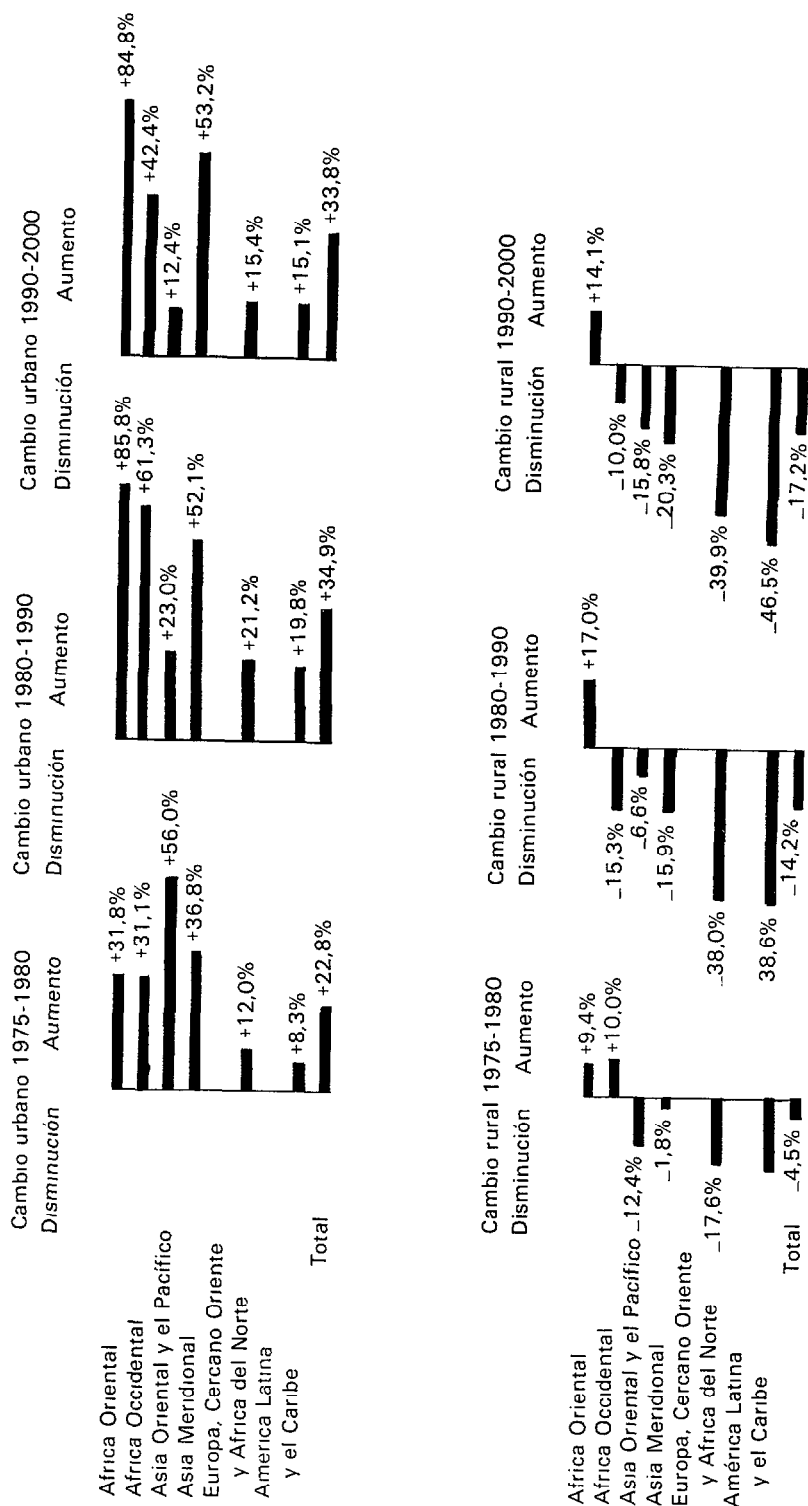
de 599 millones de habitantes. Uno de cada cinco latinoamericanos vivirá en una de las 10 ciudades que tendrán más de cinco millones de habitantes.

En la figura 1 se ilustra gráficamente el progresivo movimiento demográfico de los pobres desde el campo a la ciudad para el período 1975-2000. Los países latinoamericanos y del Caribe experimentarán la mayor disminución de las familias rurales pobres, y para todas las regiones juntas, el aumento del número de familias urbanas pobres entre 1975 y el año 2000 será del 121,7% y la disminución de las familias rurales pobres será del 32,2% para el mismo período.

Las organizaciones internacionales de salud han comenzado a prestar atención al rápido crecimiento de la población urbana y sus problemas de salud concomitantes. La Organización Mundial de la Salud organizó en 1981 un taller interurbano mundial sobre atención primaria de salud en las zonas urbanas en el marco de la estrategia de salud para todos en el año 2000, y la Federación Internacional de Hospitales publicó un libro sobre 11 de las áreas metropolitanas más grandes del mundo (4). Los últimos proyectos de salud financiados por el Banco Mundial son proyectos de desarrollo rural: uno en Túnez (5) para la población rural pobre y otro semejante en Ecuador (6). En la actualidad se están preparando documentos de trabajo que indican un cambio en los objetivos prioritarios (7). La Agencia de EUA para el Desarrollo Internacional mantiene su apoyo a proyectos rurales de atención de salud de bajo costo.

La urbanización, con los consiguientes problemas de salud, no es un fenómeno reciente, lo que hoy día es diferente es su ritmo y los problemas ambientales, socioeconómicos y de comportamiento concurrentes. Deben continuar los esfuerzos consagrados en el decenio de 1970 a la atención primaria rural. Pero en los próximos 20 años surgirá la atención prima-

FIGURA 1— Porcentajes de aumento y disminución de hogares urbanos y rurales pobres. Proyecciones 1975-2000.



ria urbana de salud como un problema más acuciante.

### **Necesidades de los sectores urbanos pobres y de las poblaciones rurales**

#### *Sectores urbanos pobres*

La población urbana pobre está concentrada en torno a las grandes aglomeraciones urbanas, si bien sólo existen datos precisos para unas pocas ciudades en cuanto a la proporción de esta población periurbana. Por ejemplo, de los 15 millones que vivían en 1980 en la ciudad de México, 6,9 millones o el 46% figuran como desfavorecidos (Netzahualcóyotl donde viven tres millones de mexicanos es el barrio de tugurios más grande del mundo); los "ranchos" de Caracas albergan a 1 150 000 pobres de una población urbana total de 3,5 millones (32,8%); de los 12 708 600 habitantes del Gran São Paulo en 1980, el 12,8% estaba desempleado y el 18,4% subempleado, es decir, ganaba menos del salario mínimo. Los porcentajes son probablemente parecidos en las "favelas" de Rio de Janeiro, las "barriadas" de Lima, y las "callampas" de Santiago.

El aumento anual de la población periurbana pobre es aproximadamente del 5 ó 6% o varía según las ciudades. Parte de este aumento se puede atribuir al crecimiento natural en las zonas de tugurios y parte a migración desde otras zonas. Qué parte sea mayor depende de cada caso, pero parece que el aumento natural supera actualmente el movimiento migratorio en la mayoría de las ciudades a medida que disminuye el índice de migración. El crecimiento urbano debido a migración en Argentina, que era del 40,0% en 1960, bajó al 33,9% en 1970. Los porcentajes correspondientes son en Venezuela de 37,3 y 34,1, en Colombia de 52,1 y 50,6 y en México de 41,5 y 32,5. Durante el mis-

mo decenio (1960-1970), el porcentaje de crecimiento urbano por migración subió en Chile de 27,3 a 45,5, en Brasil de 40,5 a 43,0 y en Perú de 40,9 a 52,2 (8). Por lo tanto, a menos que se imponga una reubicación masiva como en Pnom Penh, el problema de la población urbana desfavorecida perdurará y se acrecentará a un ritmo exponencial.

#### *Factores de riesgo*

*Pobreza: el común denominador.* Los pequeños agricultores, los trabajadores agrícolas sin tierra o con muy poca, los que trabajan en otros empleos rurales o urbanos mal pagados, los desempleados y subempleados rurales y urbanos son todos víctimas del círculo de la pobreza. La tecnología transferida desde los países ricos al sector industrial urbano ahorra mano de obra y sirve más para elevar la productividad del trabajo que para crear empleos (9). Tal vez el ingreso medio sea mayor en la ciudad que en el campo, pero el trabajador urbano no especializado es cada vez más pobre a medida que aumenta su número y son más las personas que compiten por los puestos de trabajo, haciendo así bajar los salarios. La acción sindical y la legislación sobre salario mínimo no alcanzan a los trabajadores periurbanos ni a los rurales pobres. De hecho, se ha afirmado que los ingresos medios en los asentamientos urbanos descontrolados son a veces menores que en algunas zonas rurales (10).

Las causas profundas de la pobreza son las mismas en la ciudad y en el campo: cuestiones básicas de justicia social, redistribución del ingreso, acceso a las oportunidades, y propiedad de los bienes de producción. Estas causas están entrelazadas en el contexto de los sistemas social, político y cultural de cada país.

*Nutrición.* La alimentación en cantidad y calidad nutricional varía mucho se-

gún las regiones y los países, así como en el interior de éstos entre las zonas urbanas y las rurales. La malnutrición forma parte del complejo problema de la pobreza, pero no todos los pobres están mal alimentados. Hay quien opina que aunque casi todas las personas que padecen carencias de energía alimentaria, o calorías, son pobres, no todos los pobres padecen deficiencias de energía u otra carencia nutricional; no obstante, en lo que se refiere a carencia de energía alimentaria las principales víctimas son los muy pobres, especialmente los de zonas rurales (11). Sin embargo, las tasas de mortalidad infantil para niños de 0 a 4 años eran en 1978 más elevadas en la aglomeración de São Paulo que en el estado del mismo nombre. Otros consideran que la desnutrición es mucho mayor en Bogotá que en otras ciudades colombianas, incluso mayor que en las zonas rurales (12), en parte porque la población periurbana pobre no tiene tanta oportunidad de obtener alimentos como las poblaciones rurales. El consumo diario medio de calorías por habitante es en Brasil de 2 208 en las zonas rurales y de 2 051 en las zonas urbanas (1974-1975). En la región nororiental de Brasil el consumo calórico diario es de 2 107 por habitante rural y de 1 813 por habitante urbano. Las cifras correspondientes para la región sudoriental son 2 452 (zonas rurales) y 2 143 (zonas urbanas). En la región fronteriza las cifras son apenas diferentes: 1 926 y 1 935, respectivamente (13). Los datos de Bogotá y Brasil sugieren que la carencia de energía alimentaria es y será más aguda entre los habitantes de barrios miserables urbanos que entre la población rural.

*Vivienda.* Pocas diferencias hay entre los pobres rurales y los pobres urbanos en cuanto a espacio en donde vivir y apiñamiento. Los inmigrantes rurales transfieren a menudo su estilo de vivienda a las zonas que invaden en la periferia urbana o a casas de subvención oficial. Una encuesta

hecha en la ciudad de México en 1979 reveló que el 30% de los pobres vivían en viviendas con nueve o más ocupantes, el 21% con cuatro a seis personas y el 10% con una a tres personas por unidad habitacional. El 13% de esas unidades tenían piso de tierra. De la figura 1 se desprende que la necesidad absoluta de alojamiento crece muy rápidamente en las zonas urbanas. La disponibilidad de terrenos para viviendas es casi exclusivamente un problema urbano y la iniciativa individual para construir alojamiento tropieza con grandes obstáculos en las zonas metropolitanas, donde para superar la escasez de viviendas son necesarias medidas de carácter público o al menos colectivo. Ambos factores exacerbaban y agravan los problemas de vivienda de la población urbana pobre. La inversión necesaria para mejorar las viviendas existentes o dar nuevo alojamiento a una población creciente con el fin de que cada familia pobre disponga en el año 2000 de una unidad habitacional básica se calcula entre US\$ 160 y 170 mil millones de 1975 (14). En el cuadro 1 se descomponen estas cifras por regiones y por zonas rurales y urbanas.

El problema de la vivienda y del uso del terreno está ligado a decisiones sobre

**CUADRO 1—Inversión total necesaria para que cada familia pobre pueda disponer el año 2000 de una unidad habitacional básica (US\$ miles de millones de 1975).**

Regiones	Zonas		Total
	Urbana	Rural	
América Latina y el Caribe	62,0	7,0	69,0
Europa, Cercano Oriente y África del Norte	11,0	3,0	14,0
África Oriental	6,0	5,5	11,5
África Occidental	4,0	2,0	6,0
Asia Meridional	25,0	20,0	45,0
Asia Oriental y el Pacífico	8,0	8,0	16,0
Total	116,0	45,5	161,5

Fuente: Banco Mundial (14).

transporte, abastecimiento de agua potable, evacuación de desechos sólidos, drenaje y construcción de carreteras. Las grandes áreas metropolitanas de los países en desarrollo han carecido hasta ahora de los recursos, la voluntad política, y la capacidad administrativa necesarias para una solución integrada de esos problemas. Las zonas rurales carecen de influencia política y de ordinario reciben poca ayuda de los gobiernos para mejorar estos parámetros ambientales.

*Agua potable y evacuación de desechos.* El Banco Mundial estima que en 1975 menos de 500 millones de los 2 000 millones de habitantes de los países en desarrollo (con exclusión de la República Popular de China) disponían de suficiente agua potable y de instalaciones adecuadas de eliminación de desechos. Los 1 500 millones desprovistos de estos servicios básicos estaban constituidos por unos 1 100 a 1 200 millones de habitantes en zonas rurales, o sea más del 80% de la población rural total, y 300 a 400 millones en las zonas urbanas, o sea entre la mitad y los dos tercios de la población urbana (15).

Encuestas comunitarias practicadas en la ciudad de México en 1979 para determinar los problemas sanitarios en la población menesterosa mostraron que el 64% de la población total disponía de agua a domicilio frente a sólo el 23% de la población pobre. La misma encuesta reveló que disponían de servicio de evacuación de desechos el 79% de la población total y sólo el 15% de la población pobre. El abastecimiento de agua no implica necesariamente un suministro suficiente de agua salubre. En muchas zonas urbanas los sistemas de abastecimiento de agua funcionan sólo algunas horas al día o suministran agua insalubre. Asimismo, los sistemas de abastecimiento de agua no satisfacen a menudo los requisitos sanitarios mínimos en las zonas densamente pobladas. Por ejemplo, sólo el 36% de la población del Gran São Paulo

cuenta con sistemas de evacuación de desechos líquidos y en sólo el 10% de esos sistemas es tratado el efluente antes de ser descargado en arroyos y ríos (16). En el cuadro 2 figura el número de personas que estarán necesitadas de sistemas de agua y saneamiento en 1990; se ha llegado a este número contando las necesidades no satisfechas en 1975 y agregando el incremento de la población previsto para 1990.

*Educación.* De los 38 países clasificados por el Banco Mundial como países de bajos ingresos se conocen los índices de alfabetismo de 30 países y en 23 de éstos esos índices son del 50% o menos. De los 71 países clasificados como de ingresos intermedios se dispone de datos sobre 64 países, 52 de los cuales tienen índices de alfabetismo superiores al 50% (17).

Las oportunidades de educación suelen ser mejores en las zonas urbanas que en las rurales. El índice medio de analfabetismo en las zonas urbanas de Ecuador era en 1974 de 8,7% con un rango de 7,0 a 14,6%, y de 35,2% en las zonas rurales, con un rango de 16,5 a 55,6%. Las posibilidades de educación son una de las atracciones de las ciudades para la población rural. En las zonas rurales los pobres tienen pocas posibilidades de ir a la escuela.

En el cuadro 3 se presenta la interrelación de tres de los factores de riesgo que se han examinado: índice de alfabetismo en adultos, producto nacional bruto per cápita y abastecimiento de agua potable,

CUADRO 2—Número de personas en los países en desarrollo que estarán necesitadas de servicios de agua y saneamiento en 1990 (en millones).

Servicios	Zonas		Total
	Urbana	Rural	
Agua	640	1 570	2 210
Saneamiento	650	1 670	2 320

Fuente: Banco Mundial (15)

CUADRO 3—Indicadores socioeconómicos y de salud.<sup>a</sup>

	Países menos desarrollados	Otros países en desarrollo	Países desarrollados
Número de países	31	89	37
Población total (millones)	283	3 001	1 131
Tasa de mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	160	94	19
Esperanza de vida (años)	45	60	72
Porcentaje con abastecimiento de agua salubre	31	41	100
Porcentaje de alfabetismo en adultos	28	55	98
Producto Nacional Bruto per cápita (en US\$)	170	520	6 230
Gasto público en salud per cápita (en US\$)	1,7	6,5	244
Gasto público en salud como porcentaje del Producto Nacional Bruto	1,0	1,2	3,9
Habitantes por médico	17 000	2 700	520
Habitantes por enfermera	6 500	1 500	220
Habitantes por trabajador de salud (de cualquier tipo, incluidas las parteras tradicionales)	2 400	500	130

<sup>a</sup> Las cifras de este cuadro son promedios ponderados, basados en estimaciones correspondientes a 1980 o al último año para el que se dispone de datos.

Fuente: The Nation's Health. *American Public Health Association Monthly* Noviembre 1981.

con la salud y otros indicadores socioeconómicos. Los países menos desarrollados, a que alude el cuadro 3, son los 31 países llamados por las Naciones Unidas los más pobres de entre los pobres y comprenden 21 países africanos, nueve países de Asia y Oceanía, y Haití.

#### *Estado de salud*

La evolución de la salud del público ha pasado por tres etapas: a) una etapa de enfermedades infecciosas, desnutrición y mal alojamiento; b) una etapa de enfermedades crónicas, y c) una etapa de patología social y ambiental. Los países industrializados han pasado por estas tres etapas en el transcurso de más de cien años y los países en desarrollo se encuentran simultáneamente en las tres etapas, con recursos infinitamente menores

para afrontar todas las dificultades al mismo tiempo (18).

Los datos sobre mortalidad y morbilidad en los países en desarrollo raras veces están estratificados por zonas urbanas y rurales. La información sobre esta última proviene en su mayor parte de proyectos rurales concretos de atención primaria de salud. La situación de salud urbana está algo mejor documentada ya que las ciudades suelen reunir un mínimo de datos sobre la organización y prestación de servicios de salud pública y personal. No obstante, raras veces se distingue entre la población urbana pobre y la acomodada, por lo que los datos son promedios para el total de la población urbana.

Al final del decenio de 1960 en las zonas urbanas y rurales las causas principales de defunción entre los niños menores de cinco años eran las enfermedades

CUADRO 4—Causas principales de defunción por orden de importancia en áreas metropolitanas.

Ciudad de México, 1976 <sup>a</sup>	Bogotá, 1976 <sup>a</sup>	São Paulo, 1973 <sup>a</sup>	(%)	Hong Kong, 1977 <sup>b</sup>	(%)
1. Influenza y neumonía	1. Bronconeumonía	1. Enfermedades infecciosas	13,3	1. Enfermedades del sistema circulatorio	28,7
2. Gastroenteritis y colitis	2. Enfermedades diarreicas	2. Cardiopatías isquémicas	11,4	2. Neoplasia	24,1
3. Cardiopatías	3. Trastornos anóxicos e hipóxicos	3. Neumonías	10,6	3. Enfermedades del sistema respiratorio	15,4
4. Afecciones perinatales	4. Accidentes de tránsito	4. Tumores malignos	9,8	4. Accidentes, intoxicaciones y violencia	7,5
5. Cánceres	5. Tumores malignos del estómago	5. Causas externas	9,4	5. Síntomas y estados mal definidos	7,5
6. Cirrosis hepática		6. Enfermedades cerebrovasculares	8,7	6. Enfermedades del sistema digestivo	4,8
7. Diabetes mellitus		7. Complicaciones del embarazo y enfermedades perinatales	6,0	7. Enfermedades infecciosas y parasitarias	3,2
8. Enfermedades cardiovasculares		Total:	69,2	8. Enfermedades del sistema genitourinario	2,2
9. Muertes violentas y por accidentes				9. Mortalidad y morbilidad perinatales	2,0
10. Bronquitis				10. Otras causas	4,5
Total: 73% de todas las defunciones				Total:	100,0

<sup>a</sup> Fuente: (4), pp. 182, 164, 199.

<sup>b</sup> Fuente: Informe del Director de Servicios Médicos y de Salud 1977-1978. Hong Kong, 1979. (Cuadro 43)

transmitidas por las heces, las transmitidas por el aire, o la malnutrición. Los habitantes urbanos y rurales pobres estaban en la primera etapa de la evolución de atención de salud, caracterizada por enfermedades infecciosas, malnutrición y condiciones de vivienda deficientes, en la cual el mejoramiento socioeconómico, el agua potable, los servicios de saneamiento y la vacunación son medios eficaces para reducir la incidencia.

Diez años después la morbilidad presenta básicamente el mismo cuadro en las zonas rurales. Los proyectos rurales de atención primaria de salud notifican constantemente enfermedades parasitarias intestinales y enfermedades diarreicas infecciosas como la causa principal de mortalidad y morbilidad, seguida de enfermedades transmitidas por el aire (difteria, bronquitis, meningitis, influenza,

sarampión, tuberculosis, neumonía, viruela, etc.) y desnutrición. En cambio la morbilidad urbana ha cambiado. Según los datos presentados en el cuadro 4, las principales causas de defunción en cuatro zonas metropolitanas (ciudad de México, Bogotá, São Paulo y Hong Kong) destacan la importancia de las enfermedades asociadas con la primera de las etapas mencionadas (enfermedades infecciosas) y la importancia creciente de las enfermedades crónicas, o sea de la segunda etapa de la evolución de la atención de salud. La tercera etapa de patología social y ambiental no es observable directamente en el cuadro 4, pero se sospecha su influencia en el patrón de morbilidad presentado.

Entre los problemas de salud de los inmigrantes rurales están los trastornos psiquiátricos ocasionados por tensiones y frustraciones generadas por la necesidad



de adaptarse a nuevas costumbres y formas de comportamiento social, nuevos hábitos de trabajo y condiciones de vida, y la separación de familiares y amigos (19). Se supone que la incidencia y prevalencia de la toxicomanía, el alcoholismo, y las enfermedades mentales, es mayor entre la población pobre urbana que entre la rural. Los pobres de las zonas urbanas están sometidos a la "patología social y ambiental" de las grandes ciudades, el humo y gas producidos por industrias y vehículos de motor, la contaminación química de los cursos de agua, el ruido constante del tránsito, la toxicomanía y la prostitución.

Los perros callejeros y la incidencia de la rabia humana y animal son un riesgo importante de salud en las ciudades. São Paulo constituye un ejemplo dramático. Se calcula que un millón de perros vagan por las calles de la ciudad de 8,5 millones de habitantes, y cada año se organizan campañas de vacunación en masa. En 1969, se vacunaron 69 810 perros, número que ascendió a 700 377 en 1980; se capturaron 14 612 perros en 1969 y 69 140 en 1980. En 1969 se registraron 989 casos de rabia animal que bajaron a 86 casos en 1980. Doce personas murieron por rabia en 1972 y dos personas en los seis primeros meses de 1981. Para la ciudad de México se calculan 1,5 millones de perros callejeros. Ingenieros sanitarios estiman en 300 g el peso de los excrementos por perro y día, o sea 300 toneladas en São Paulo y 450 en la ciudad de México. No se dispone de cifras fidedignas sobre las zonas rurales que se enfrentan con el mismo problema, pero en escala mucho menor. Entre las tareas de las brigadas rurales de salud en Colombia está la vacunación de los perros.

Los roedores son otro problema de salud que afecta sobre todo a las grandes ciudades. Por ejemplo, hay en São Paulo 85 millones de ratas o sea 10 ratas por habitante. En 1980 se aplicaron 10 tonela-

das de veneno contra las ratas con lo cual disminuyeron en un 25% los casos humanos de leptospirosis, pero aumentó el riesgo de ingestión accidental de veneno por niños y animales domésticos. Todas las grandes ciudades del mundo se hallan ante el problema de las ratas. La diferencia entre las zonas urbanas de los países en desarrollo y las de los desarrollados es cuestión de grado y obedece a prácticas de saneamiento y a las condiciones sanitarias generales.

En resumen, el estado de salud de los pobres es alarmante tanto en las ciudades como en el campo. Los del campo se encuentran en general en la primera etapa de la evolución aludida: enfermedades infecciosas y malnutrición. Los pobres de las ciudades, en cambio, tropiezan simultáneamente con los problemas correspondientes a las tres etapas: además de enfermedades infecciosas y malnutrición, padecen enfermedades crónicas y los efectos de la patología social y ambiental de las ciudades.

#### *Disponibilidad de servicios de salud*

Según un informe presentado al Congreso de Estados Unidos de América, el 85% de la población de los países en desarrollo no tiene acceso adecuado a la atención básica de salud (20). Esta afirmación es válida para los países de pocos ingresos, pero no para todos los países en desarrollo. Es preciso distinguir entre los servicios de salud públicos y los personales. Los primeros son más accesibles que éstos, especialmente en las ciudades grandes. Las administraciones municipales tienen una "mentalidad de cuarentena" y desean proteger a las clases altas, al comercio y a la industria locales del riesgo de las enfermedades transmisibles. Las zonas rurales son menos importantes políticamente y, a veces, económicamente. Una epidemia en una zona rural movilizará los recursos nacionales e internacionales en parte por

motivos altruistas, pero también por temor a la propagación de la enfermedad a centros metropolitanos o a otros países. A menudo falta la voluntad política y los recursos financieros y humanos imprescindibles para aplicar medidas masivas de salud pública.

Los servicios preventivos de salud pública no suscitan tanto la atención política y sus resultados son difíciles de medir. Los servicios personales, en cambio, son visibles y cuantificables. El número de camas de hospital, de clínicas, médicos y dentistas, se puede contar, dividir y multiplicar. Las zonas urbanas se llevan de costumbre la parte del león en cuanto a instalaciones y personal de salud, por más que esa parte sea cualitativa y cuantitativamente insuficiente. Los pobres de la periferia urbana, los que no tienen especialización ni empleo, apenas tienen acceso a los servicios personales de salud. Con frecuencia sólo pueden acudir a un viejo hospital de beneficencia donde los ambulatorios están atestados, escasean las camas, las colas son largas, se aprovechan mal los recursos disponibles y los pacientes tienen que viajar muchas horas para recibir cuidados episódicos sin atención posterior.

Las zonas rurales carecen de la infraestructura física y del personal de salud necesario para la prestación de servicios personales de salud idóneos. Por otra parte, la medicina tradicional está más difundida en las zonas rurales; se considera que las pequeñas enfermedades tienen causas naturales y se tratan en la familia con remedios caseros, ordinariamente con yerbas medicinales (21). Sanadores, compoedores de huesos, curanderos y hechiceros prestan servicios curativos según prácticas y creencias antiquísimas. La medicina tradicional tiene menor difusión entre los pobres urbanos, especialmente entre los nativos y la segunda generación de inmigrantes.

La calidad y cantidad de los servicios

personales de salud es mayor en las zonas urbanas que en las rurales, y difiere también según los países y en el interior de éstos. Atención primaria de salud, servicios básicos de salud, y sistemas asistenciales de bajo costo son conceptos elásticos y su interpretación y aplicación presentan gran variabilidad. Raras veces, o nunca, abarcan los ocho componentes enunciados en la definición de la atención primaria de salud formulada en la Conferencia de Alma Ata.

Aun cuando los servicios de salud sean disponibles, accesibles y costeables, no necesariamente son aceptables para la población. La falta de demanda es un problema grave en algunas zonas. Por ejemplo, una microrregión sanitaria en la sierra de Ecuador está planeada racionalmente y bien ejecutada y el pequeño hospital de distrito está vinculado con centros y puestos de salud. Sin embargo, el médico y la enfermera auxiliar que operan el centro de salud de Papahurco están ociosos la mayor parte del tiempo y la enfermera auxiliar del puesto de salud de Anchillivi tiene tiempo sobrado para cultivar su huerto. El hospital de distrito en Salcedo es gratuito, pero los indios ecuatorianos no lo creen y tienen miedo que les cobren una vez que hayan ingresado en él. La falta de demanda es un fenómeno urbano y rural en Colombia. Las creencias culturales, las prácticas étnicas y religiosas, los sistemas de valores y la desconfianza reducen la aceptabilidad de los servicios existentes y accesibles, especialmente en las zonas rurales.

#### *Costos de los servicios de salud*

¿Dónde es más costosa la atención primaria de salud; en las zonas urbanas o en las rurales? La respuesta depende ante todo de la definición de atención primaria de salud. La amplitud y la profundidad de los servicios prestados bajo ese concepto varían según los países y en cada país. En

segundo lugar, además de ser escasos los datos válidos y confiables, son arriesgadas las comparaciones de costos por razón de problemas de definición, diferente valor monetario de bienes y servicios, grado de aportación voluntaria mediante participación de la comunidad y métodos de asignación de los gastos de inversión y funcionamiento.

Los gastos de funcionamiento de un proyecto rural de atención primaria de salud planeado en la sierra ecuatoriana son de US\$ 6,06 por habitante y año (1980). El gasto principal es el pago de salarios a "médicos rurales" (primer año de graduación), enfermeras y enfermeras auxiliares. El costo de funcionamiento de atención primaria de salud proyectado en la ciudad de México para la población urbana pobre está presupuestado en US\$ 22,00 por persona y año (1981).

Aunque estos ejemplos sugieren que es más cara la atención primaria de salud en las ciudades sería arriesgado generalizar sin nuevos datos empíricos. Los centros urbanos de salud cuentan con personal mejor y más caro porque la contratación es más fácil, son menos los problemas de logística y se dispone de más suministros. La atención de salud suele prestarse en un centro mejor equipado, con el costo de mantenimiento correspondiente. Por otro lado, los gastos de transporte son menores en el contexto urbano. El costo de la atención de salud en las zonas rurales ha aumentado enormemente en años recientes debido al gran encarecimiento del transporte y a otros problemas logísticos, especialmente en los países pobres en energía.

### **Organización y prestación de la atención primaria en zonas rurales y urbanas**

#### *Criterios de planificación*

Tomando en cuenta que si bien hay varias semejanzas, existen también diferen-

cias básicas en cuanto a medio ambiente, comportamiento y servicios disponibles de salud entre las zonas rurales y urbanas pobres, cabe preguntarse cómo influyen estos factores en los criterios de planificación de la atención primaria de salud. Las seis condiciones que se examinan a continuación son imprescindibles para planificar adecuadamente los programas de atención primaria de salud.

*Multisectorialidad.* Los servicios tradicionales de salud son tan sólo un elemento de la atención primaria. La maximización de la salud psicosomática de la población exige los insumos y la integración de las actividades de los sectores educación, agricultura, obras públicas (agua, alcantarillado, vivienda) y transporte. Administrativamente, el sector de la salud incumbe al Ministerio de Salud y a los institutos y organismos a él asociados. En la práctica, la responsabilidad de la salud de la población está atomizada y cada sector de la economía nacional participa en ella. Este sinergismo se puede lograr en las zonas rurales y en las zonas urbanas pero el *modus operandi* es diferente. En diversos países se están aplicando criterios sectoriales mediante programas de desarrollo rural específicos e integrados. La dirección se suele encomendar al agente agrícola que representa al sector dominante. Estos experimentos son recientes y su eficacia depende, con frecuencia en gran medida, de factores sociopolíticos y de la compatibilidad de las personalidades. La integración multisectorial en las zonas rurales se efectúa a nivel operacional, está menos limitada por procedimientos burocráticos y su éxito depende de la capacidad y del deseo de cooperar de diferentes sectores.

El grado de institucionalización y el tamaño de los diversos sectores en las zonas urbanas, tal vez parezca que acrecienta las posibilidades de un enfoque multisectorial de la atención primaria. No obstante, cada sector se ha desarrollado vertical-

mente y si hay alguna integración horizontal es más casual que intencional, especialmente en las zonas periurbanas. Sin embargo, la disponibilidad de recursos humanos, las estructuras existentes para cada sector, la pretendida voluntad política, las demandas de la comunidad y la densidad demográfica hacen más fácil aplicar el criterio multisectorial a la atención primaria en las zonas urbanas que en las rurales.

*Participación de la comunidad.* La integración de las actividades y programas de los diversos sectores se facilita cuando la comunidad participa en el proceso de ejecución. La participación de la comunidad es, sin embargo, un concepto muy trillado y vago que comprende muchos significados y carece de especificidad operativa. Es preciso distinguir entre el derecho de consultar, asesorar y decidir. La gente no debe ser beneficiaria pasiva de una asistencia cuyo contenido viene decidido por los profesionales de salud. No obstante, el grado de participación activa en el proceso asistencial va desde las consultas con representantes de la comunidad hasta el asesoramiento que dan grupos comunitarios y decisiones adoptadas por concejos integrados por miembros de la comunidad. Si se da a la población facultades de decisión ¿cuál es el ámbito y el tipo de decisiones que pueden adoptarse y aplicarse? Todas estas modalidades están incluidas en el término genérico de participación de la comunidad, pero las consecuencias prácticas de cada una son muy diferentes. La distinción entre zonas urbanas y rurales en cuanto a aplicabilidad y eficacia de la participación de la comunidad no es tan importante como el entorno ideológico, sociocultural y político. Los valores ideológicos y el sistema político imperantes afectan el grado de participación comunitaria en el proceso de desarrollo general y por ende en la prestación de atención primaria, sea la comunidad urbana o rural.

*Descentralización.* En el proceso de descentralización está implícito el concepto de delegación de facultades sin la cual la participación de la comunidad no puede hacerse efectiva ni dar sus frutos a la atención primaria. Por lo tanto, es importante definir en términos prácticos el grado de delegación de facultades, que puede abarcar una amplia gama. La delegación plena conlleva el derecho de adoptar decisiones y asignar recursos. Con excesiva frecuencia la delegación de funciones administrativas se hace sin descentralización financiera; los recursos financieros están muy controlados desde arriba y los fondos de operación se autorizan según el presupuesto por gastos específicos. La excesiva centralización financiera impide la asignación de recursos a los programas en función de las necesidades de la comunidad y arrebatada de hecho el poder decisorio de las manos de la población que es la usuaria de la atención primaria de salud. Como en el caso de la participación de la comunidad la dicotomía urbano-rural es irrelevante para el criterio de la descentralización. La delegación de facultades depende ante todo de valores ideológicos y del ambiente social, cultural y político.

*Autosuficiencia comunitaria.* Muchos países en desarrollo han heredado las estructuras políticas y administrativas que prevalecen en Europa occidental y las han adaptado a sus propias necesidades políticas. Se proporciona a las comunidades recursos materiales (instalaciones, equipo, medicamentos y suministros) que implican a menudo un empleo intensivo de capital, lo cual las hace más dependientes de las autoridades superiores. La autosuficiencia no quiere decir que las instancias superiores retiren a las instancias locales su apoyo a la atención primaria. Implica que se conceda importancia al poder de decisión local y al aprovechamiento máximo de los recursos locales acrecentados por el apoyo de todos los ni-

veles gubernamentales. La autosuficiencia de la comunidad en la planificación de la atención primaria es igualmente importante en las zonas rurales y en las urbanas. A menudo se asocia únicamente con las comunidades rurales, con promotores indígenas y personal rural de salud. Los pobres de la periferia urbana tienen sus comunidades naturales o vecindades o grupos parroquiales, y la autosuficiencia se puede aplicar y hacer efectiva lo mismo que en la aldea tradicional.

*Tecnología apropiada.* Los intereses comerciales de las industrias farmacéuticas, de la construcción y del equipo, los adelantos técnicos y la capacitación de médicos en el marco de una alta tecnología dan lugar a la adquisición y empleo de tecnología inadecuada a las necesidades de la población. La transferencia de tecnología reduce la capacidad local de resolver los problemas, ya que se pueden importar las soluciones. Por otro lado, la atención primaria de salud no debe ser sinónimo de atención de segunda clase practicada con técnicas científicas anticuadas y que perpetúe las injusticias sociales. Es pues, difícil definir lo que es apropiado, y las decisiones al respecto implican juicios de valor que se prestan fácilmente a la crítica. Hay el peligro de que se proporcione a los pobres una atención también pobre y deficiente. Equipo y suministros sobrantes y anticuados van a parar a centros de salud y hospitales rurales. Es menos probable que los centros de salud urbanos sean objeto de este tipo de condescendencia. No se puede determinar qué tecnología disponible y aceptable es apropiada para las necesidades de atención primaria de la población sin tener presentes los tres criterios de planificación antes mencionados: participación comunitaria, descentralización y autosuficiencia de la comunidad.

*Acceso universal.* Este acceso entraña que los servicios sean disponibles, accesibles, aceptables y costeables. La pobla-

ción pobre, tanto urbana como rural, tiene acceso limitado a los servicios de salud y la aplicación de este criterio de planificación exige que se reoriente la manera en que se presta actualmente la atención de salud.

En resumen, los seis criterios de planificación son interdependientes y no dependen de las diferencias entre la ciudad y el campo. Deben aplicarse y hacerse efectivos íntegramente para que sea eficaz la organización y prestación de la atención primaria en las zonas urbanas y en las rurales. La forma de aplicación ha de variar según los países y tener en consideración factores políticos, sociales, culturales y económicos. No hay un modelo genérico adaptado a cualquier país, sino que los criterios de planificación deben ser integrados en un modelo específico para cada país basado en la dura realidad de que la ejecución de planes se ha de efectuar a través de procesos políticos (22).

#### *Enfoques para organizar y prestar la atención primaria de salud*

*El enfoque coercitivo.* En muchos países se aplica algún grado de coerción para prestar servicios de salud en zonas rurales desatendidas. Se obliga a los médicos recién graduados a ejercer en una zona rural durante cierto tiempo, cuya duración varía de seis meses a dos años con un valor modal de un año. Este período de servicios suele denominarse servicio social o servicio rural y es retribuido. En general, el médico durante su servicio rural está mal pagado, no tiene motivación y deja que pase el tiempo hasta regresar a la ciudad.

Los países con economías centralmente planificadas imponen un grado elevado de coerción, que se puede aplicar al prestador de servicios, al usuario o a ambos. Han abundado las publicaciones sobre el método del "médico descalzo" en China.

Cuba ha concentrado poblaciones dispersas en pequeñas comunidades, urbanizando a la población rural y ha proporcionado a los habitantes un centro de salud, una escuela y vivienda. Los centros de salud y los hospitales locales están a cargo de médicos del servicio social.

Todos los países aplican algún grado de coerción en la prestación de servicios de salud pública. La ley hace obligatorias algunas vacunaciones y se aceptan las inspecciones sanitarias de los locales arrendados y establecimientos públicos. El enfoque coercitivo se ha aplicado principalmente en zonas rurales, con excepción de ciertas medidas específicas de salud pública. Sirve para incorporar los criterios de planificación relativos a la multisectorialidad y al acceso universal, pero no es idóneo para hacer efectivas la participación motivada de la comunidad, la descentralización y la autosuficiencia comunitaria.

*El enfoque médico.* Los sistemas de salud existentes en la mayoría de los países siguen un enfoque médico tradicional dominado por la profesión médica y caracterizado por la asignación de recursos al núcleo central de las grandes ciudades. Este enfoque no es innovador, sino que va a la zaga de la infraestructura socioeconómica, está concentrado en áreas de gran densidad demográfica y favorece la atención curativa. La expansión del enfoque médico se hace por consolidación de las estructuras existentes que lentamente extienden su base de servicios en el núcleo urbano. Quedan desatendidas las necesidades de las poblaciones periurbana y rural. Este enfoque organizativo no satisface ninguno de los criterios de planificación citados.

*El enfoque constructor.* Pretende organizar y prestar la atención primaria mediante la expansión de edificios y equipo y suele coincidir con el enfoque médico y completarlo, pero no necesariamente. La construcción y equipamiento de puestos y centros de salud y hospitales locales debe

formar parte de toda estrategia global de atención primaria en las zonas urbanas y rurales. La mayoría de los criterios de planificación pueden incorporarse a este enfoque. La comunidad puede participar en la toma de decisiones y cabe descentralizar la asignación de recursos. Es posible equipar las instalaciones con tecnología apropiada y asegurar un grado elevado de autosuficiencia. Una red de centros planificada y distribuida racionalmente hará más accesible los servicios de salud y más atractivo el trabajo al personal. Los establecimientos de salud pueden convertirse en centros comunitarios o centros plurivalentes con una gama más amplia de funciones y las poblaciones periurbana y rural desatendidas disfrutarán de mejores instalaciones.

*El enfoque económico.* Para mejorar las condiciones de salud es preciso incrementar los ingresos. Cuando los ingresos son pequeños, la salud está siempre directamente relacionada con ellos; elevar los ingresos de la población pobre urbana es lo más importante que se puede hacer por su salud. Esta afirmación se aplica también a los rurales pobres. El peligro del enfoque económico es que se convierta en una mentalidad de beneficencia con características de *laissez-faire* en perjuicio de los pobres. Estimular la economía, aumentar la productividad, acelerar el crecimiento económico y elevar el nivel de vida no es garantía de que los ingresos se distribuyan más equitativamente. El enfoque económico debe proponerse aumentar los ingresos de las poblaciones periurbana y rural mediante la creación de oportunidades de empleo, programas de capacitación, otorgamiento de créditos y asistencia técnica a individuos y empresas comunitarias, y aprendizaje retribuido. Una estrategia así de intervenciones positivas responde a los criterios de planificación de participación comunitaria, descentralización, multisectorialidad y autosuficiencia de la comunidad. Tal estrategia es más

practicable en un contexto urbano donde ya hay una infraestructura socioeconómica y es mayor el nivel de escolaridad de la población.

*El enfoque orientado a las necesidades básicas.* El propósito de este enfoque es eliminar la pobreza absoluta. Su característica distintiva es establecer vínculos y complementariedad entre los productos de diversos sectores. La manera de lograrlo es aumentar la productividad de los pobres, y en esta orientación multisectorial, la atención primaria es un elemento para incrementar la productividad. Otros elementos para satisfacer las necesidades básicas son la nutrición, el agua y saneamiento, la educación y la vivienda. El enfoque orientado a las necesidades básicas supone la aplicación de los seis criterios de planificación de la atención primaria para que logre eliminar la pobreza absoluta. Considerada en este contexto, la atención primaria es parte de un objetivo más amplio y sus requisitos previos para el éxito tienen gran aplicabilidad. La creación de centros de desarrollo comunitario orientados hacia las necesidades básicas de los pobres es una estrategia viable para aumentar la productividad de los ingresos. Esta estrategia es más fácil de llevar a la práctica para la población pobre urbana que para la rural; en consecuencia, se debe comenzar por la periur-

baña y luego aplicar la experiencia adquirida a la rural. Cabe también aplicar este enfoque simultáneamente en las zonas periurbanas y en las rurales y comparar los resultados en un proceso de aprendizaje recíproco.

#### *Ajustes entre los criterios de planificación y los enfoques organizativos*

Los seis criterios de planificación y los cinco enfoques organizativos que se han examinado se presentan integrados en forma de matriz en el cuadro 5. La probabilidad de que cada enfoque organizativo sea eficaz para organizar y prestar la atención primaria de salud en función de cada criterio de planificación es una apreciación subjetiva sin bases empíricas. Las indicaciones del grado de probabilidad son una mezcla del comportamiento observado y del comportamiento deseado. En este macronivel de análisis, añadir la dicotomía urbano-rural como tercera dimensión de la matriz no ofrece interés por falta de poder de discriminación. Las diferencias entre las zonas urbanas y rurales son más pronunciadas en el micronivel de planificación; las consideraciones siguientes se hacen aquí a título de ejemplo:

- La población urbana pobre tiene expectativas diferentes del sistema asisten-

**CUADRO 5—Probabilidad de que los enfoques organizativos sean eficaces para organizar y prestar atención primaria de salud en zonas urbanas y rurales por criterios de planificación.**

Criterios de planificación	Enfoques organizativos <sup>a</sup>				Necesidades básicas
	Coercitivo	Médico	Constructor	Económico	
Multisectorialidad	XX	X	X	XX	XXX
Participación de la comunidad	XX	X	XX	XXX	XXX
Descentralización	X	X	XX	XXX	XXX
Autosuficiencia comunitaria	X	X	XX	XX	XX
Teconología apropiada	XX	X	XX	XX	XX
Acceso universal	XXX	X	XX	XX	XX

<sup>a</sup> X Probabilidad pequeña; XX probabilidad intermedia; XXX probabilidad grande.

cial. Quiere que haya un médico en los centros de salud; ser examinado y atendido por un ayudante de medicina (enfermera, enfermera auxiliar, promotora) se considera discriminatorio y una atención de segundo orden.

- Las funciones de las promotoras urbanas son principalmente la prevención, motivación y educación. La promotora rural debe estar también capacitada para prestar servicios curativos.

- Los equipos de salud en las zonas urbanas pueden estar integrados por un médico, un dentista, una enfermera auxiliar, una promotora y un promotor de saneamiento y la atención puede ser completa con menor rotación de personal. Los equipos rurales de salud suelen estar integrados por una enfermera auxiliar y una promotora con visitas periódicas de un médico o la presencia de un médico del "servicio social".

- Es menos probable que la medicina organizada se oponga a que personal no médico prescriba y administre medicamentos en zonas rurales.

- El estado de salud de la población urbana pobre y su exposición diferente a los factores de riesgo exige programas urbanos específicos como el diagnóstico y tratamiento precoces de enfermedades degenerativas crónicas, programas contra los accidentes y programas de mejoramiento ambiental.

- Algunos programas de salud son importantes tanto en las zonas urbanas como en las rurales, pero son más urgentes en las ciudades: programas de paternidad responsable, programas de lucha contra el alcoholismo y la toxicomanía, preservación de la unidad familiar para evitar el abandono de madres y niños, programas para combatir la prostitución y la delincuencia, programas nutricionales, integración de sistemas de salud.

- Los centros diurnos para preescolares deben formar parte integrante de los programas de atención primaria en las

ciudades donde ambos padres trabajan con frecuencia fuera del hogar.

## Discusión

La organización y prestación de la atención primaria, vista desde una perspectiva urbana o rural, no es un concepto homogéneo aparte de la pobreza como común denominador. El medio físico, la situación socioeconómica, la realidad política, las oportunidades de educación, los valores culturales, la forma de vida, el comportamiento y las expectativas en relación con la salud exigen variaciones funcionales y de programa en la planificación, organización, dotación de personal, así como en la prestación y el control de la atención primaria urbana y rural. Los problemas de salud en las ciudades son complejos, urgentes y afectan a una población periurbana pobre en rápido crecimiento.

Los migrantes rurales a las zonas urbanas esperan mejores condiciones de vida, en especial empleos, educación y atención de salud. El sector de salud se enfrenta en los dos próximos decenios con la difícil tarea de satisfacer las expectativas de la numerosa población periurbana pobre y debe contar con la cooperación de otros sectores de la economía nacional. Para proporcionar servicios de salud a la creciente población urbana pobre se debe tener en cuenta el desarrollo económico de cada país. Los países "casi desarrollados" (por ejemplo, México, Brasil, Taiwan, Singapur, Corea del Sur, Hong Kong) tienen una gran concentración de recursos humanos capacitados y competentes en sus zonas metropolitanas. Estos países tienen ya un exceso de oferta de médicos con subempleo y desempleo estructural. Los países menos desarrollados (los 31 países más pobres según la definición de las Naciones Unidas) tienen escasez de recursos humanos, financieros y materiales tanto en las



zonas urbanas como en las rurales. Las estrategias de atención primaria deben responder a la realidad demográfica, socio-económica y política de las zonas rurales, de las zonas urbanas de los países casi desarrollados y de las zonas urbanas de los países menos desarrollados. La atención primaria a cargo de promotores de salud, técnicos sanitarios, y enfermeras auxiliares puede ser adecuada en una situación, pero inaceptable para los pacientes en una situación distinta. Para la población de ingresos medios o en los países casi desarrollados el médico debe desempeñar el papel principal y los hospitales locales deben establecer una estrategia de atención primaria con sistemas adecuados para el envío de casos.

El grado de participación de la comunidad dependerá del ambiente sociopolítico. El grado de descentralización estará determinado por factores históricos, culturales y políticos. Los procesos políticos afectarán también la cooperación entre los sectores. Se requieren adaptabilidad y flexibilidad para llevar a la práctica los seis criterios antes postulados. En último término, cada país establecerá su propia estrategia de atención primaria mediante un proceso de experimentación sin juicios *a priori*. La estrecha vigilancia de los principales indicadores de salud permitirá aplicar medidas correctivas con el fin de alcanzar los objetivos fijados.

## Resumen

A juzgar por la tendencia demográfica, en el año 2000 la mitad de la población mundial vivirá en ciudades. En América Latina la población urbana habrá pasado del 64,5% en 1980 al 72,6% en el año 2000. En los dos próximos decenios la

atención primaria de salud en las ciudades se convertirá en un problema más acuciante que en las zonas rurales. La atención primaria de salud no es un concepto homogéneo y varía mucho según los países y en el interior de éstos. Por lo tanto, es preciso definirla en un marco urbano y rural. La atención primaria urbana exige que se redefinan la formación y las funciones del médico y de otros profesionales de salud, así como la participación de hospitales comunitarios locales que deben integrar a trabajadores primarios y reorientar sus actividades hacia dicha atención. Los pobres de las ciudades son a veces más pobres que los del campo, padecen de alimentación inadecuada, apiñamiento en las viviendas, insuficiente abastecimiento de agua potable, sistemas inexistentes o defectuosos de evacuación de desechos y pocas oportunidades educativas. Los habitantes urbanos de tugurios están expuestos a la patología social y ambiental de las grandes ciudades (alcoholismo, toxicomanía, prostitución, delincuencia, abandono de madres y niños) y la morbilidad entre la población urbana adulta incluye la enfermedad mental y enfermedades crónicas y degenerativas. El modelo tradicional rural de asistencia primaria en el que trabajadores aldeanos de salud administran medicamentos básicos no se aplica al contexto urbano. El medio físico, las condiciones socioeconómicas, la realidad política, las oportunidades educativas, los valores culturales, la forma de vida y el comportamiento, y las expectativas en relación con la salud requieren diferencias funcionales y programáticas en cuanto a la planificación, organización, personal, prestación y control de la atención primaria de salud en las zonas urbanas y en las rurales. ■

## REFERENCIAS

1. Morley, D. *Pediatric Priorities in the Developing World*. London, Butterworth Press, 1973.
2. England, R. More myths in international health planning. *Am J Public Health* 68(2):153-159, 1978.
3. Naciones Unidas. Trends and Prospects in the Populations of Urban Agglomerations. 1950-2000 as Assessed in 1973-1975. División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas. New York, 1976.
4. Paine, L. H. W., ed. *Health Care in Big Cities*. London, Croom Helm, 1978.
5. Banco Mundial. Tunisia to receive World Bank loan for health and population project. Comunicado de prensa 81/106, 1 de junio de 1981.
6. Banco Mundial. World Bank to support second rural development project in Ecuador. Comunicado de prensa 81/81, 14 de mayo de 1981.
7. Banco Mundial. The People of Bogota: Who they are, what they earn, where they live. World Bank, Washington, D.C., 1980 (Documento de trabajo 390.)
8. Teller, Ch. H. The demographic dynamics of urbanization and its impact on the health sector. Trabajo presentado en el Taller Interurbano Mundial organizado por la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1981.
9. Streeten, P. *From Growth to Basic Needs*. Washington, D.C., World Bank, Poverty and Basic Needs Series, septiembre de 1980. p. 6.
10. Popkin, B. M. y Solon, F. S. Income, time, the working mother and child nutrition. *J Trop Pediatr* 22(3), 1976.
11. Berg, A. *Malnourished People: A Policy View*. World Bank, Poverty and Basic Needs Series, junio de 1981.
12. Arias, J. Bogotá. In: Paine, H. W., ed. *Health Care in Big Cities*. London, Croom Helm, 1976. p. 163.
13. Banco Mundial. Brazil: Human Resources Special Report. Anexo III. Octubre de 1979. p. 46.
14. Banco Mundial. *Shelter*. World Bank, Poverty and Basic Needs Series, septiembre de 1980. p. 27.
15. Banco Mundial. *Water Supply and Waste Disposal*. World Bank, Poverty and Basic Needs Series, septiembre de 1980. p. 9.
16. Pedroso, O. P. São Paulo. In: Paine, H. W., ed. *Health Care in Big Cities*. London, Croom Helm, 1976. p. 195.
17. Banco Mundial. *Meeting Basic Needs. An Overview*. World Bank, Poverty and Basic Needs Series, septiembre de 1980. pp. 24-27.
18. Evans, J. R. *Measurement and Management in Medicine and Health Services*. New York, The Rockefeller Foundation, 1981.
19. Ortiz, F. G. Mexico City. In: Paine, H. W., ed. *Health Care in Big Cities* London, Croom Helm, 1976. p. 323.
20. Estados Unidos de América. Management problems with AID's health care projects impede success. United States General Accounting Office. Informe al Congreso, 28 de abril de 1981.
21. Imperato, P. J. Traditional medical beliefs and practices in the city of Timbuctoo. *Bull NY Acad Med* 52(2):241-252, 1976.
22. Tejada de Rivero, D. Conferencia presentada en el Primer Curso Internacional sobre Educación para la administración de servicios de salud, celebrado por N. W. K. Kellogg Foundation. Lisboa, Portugal, junio de 1981.

### Primary health care in urban and rural areas in developing countries: Similarities and differences (Summary)

Demographic trends indicate that half of the world population will live in cities by the year 2000. In Latin America the population of city dwellers will increase to 72,6% by the year 2000 as compared to 64,5% in 1980. In the

next two decades urban primary health care will emerge as a more pressing problem than rural primary health care. Primary health care is not a homogeneous concept and varies widely among and within countries.

Therefore, the problem must be defined within an urban or rural context. Urban primary health care requires a redefinition of the training and the role of the physician and other health professionals. Urban primary health care cannot succeed without the participation of local community hospitals and without a drastic change in the ways these institutions support and deliver primary care. Hospital services and facilities need to integrate primary workers and re-orient their activities toward primary care. The urban poor are in some cases poorer than their rural counter-parts. They suffer from nutritional inadequacy of diets, crowded living space, inadequate supplies of safe water, inexisting or defective waste disposal systems and insufficient educational opportunities. Urban

slum dwellers are exposed to the social and environmental pathology of large cities (alcoholism, drug addiction, prostitution, delinquency, abandonment of mothers and children) and morbidity in the urban adult population includes mental illness, and chronic and degenerative diseases. The traditional rural primary health care delivery model with village health workers dispensing basic drugs does not apply to urban settings. The physical environment, socio-economic conditions, political realities, educational opportunities, cultural values, life style, health behavior and expectations require functional and programmatic variation in the planning, the organizing, the staffing, the delivery and the control of urban primary health care and rural primary health care.

### **Atendimento primário de saúde em zonas urbanas e rurais dos países em desenvolvimento: Semelhanças e diferenças (Resumo)**

Tomando como base de julgamento a tendência demográfica, no ano 2000 a metade da população mundial vivirá nas cidades. Na América Latina a população urbana terá ultrapassado a percentagem de 64,5 de 1980, chegando a 72,6% no ano 2000. Nos próximos decênios, o atendimento primário de saúde nas cidades tornar-se-á um problema ainda mais pungente que nas zonas rurais. O atendimento primário de saúde não é um conceito homogêneo e varia muito de acordo com os países como também no interior de seus territórios. Portanto é preciso defini-lo tanto num quadro urbano como num rural. O atendimento primário urbano exige que se redefinam a formação e as funções do médico e de outros profissionais da saúde bem como a participação dos hospitais comunitários locais que devam integrar aos trabalhadores primários e reorientar as suas atividades visando esse mesmo atendimento. Os pobres da cidade são às vezes mais pobres que os do campo. Padecem de uma alimentação inadequada, habitações apinhadas de gente,

abastecimento de água potável insuficiente, sistemas inexistentes ou defeituosos de remoção do refugo e detritos e poucas oportunidades educacionais. Os habitantes das favelas vêm-se expostos à patologia social e ambiental das grandes cidades (alcoolismo, toxicomania, prostituição, delinqüência, abandono de mães e de filhos), e a morbidade entre a população urbana adulta, inclui doenças mentais e doenças crônicas e degenerativas. O modelo tradicional rural de assistência primária no qual trabalhadores de saúde da comunidade, administram remédios básicos não se aplica dentro do contexto urbano. O meio físico, as condições sócio-econômicas, a realidade política, as oportunidades educacionais, os valores culturais, a forma de vida e o comportamento e as expectativas em relação com a saúde, exigem diferenças funcionais e programáticas quanto ao planejamento, organização, pessoal, prestação e controle do atendimento primário de saúde tanto nas zonas urbanas quanto nas áreas rurais.

## Soins primaires de santé dans les zones urbaines et rurales des pays en développement: Similitudes et différences (Résumé)

Si l'on en juge par la tendance démographique, en l'an 2000 la moitié de la population du monde habitera dans des villes. En Amérique latine, la population urbaine augmentera de 64,5% en 1980, à 72,6% en l'an 2000. Au cours des deux prochaines décennies, les soins primaires de santé dans les villes deviendront un problème plus pressant que dans les zones rurales. Les soins primaires de santé ne représentent pas un concept homogène et varient beaucoup selon les pays et d'une région à l'autre à l'intérieur d'un même pays. Aussi faut-il les définir dans un cadre urbain et rural. Les soins primaires urbains exigent une nouvelle définition de la formation et des fonctions du médecin et des personnels de santé, de la participation des hôpitaux communautaires locaux qui doivent comprendre parmi leur personnel des travailleurs assurant les soins primaires et dont les activités doivent être réorientées vers ces soins. Les pauvres des villes sont parfois plus pauvres que ceux de la campagne, ils souffrent d'une alimentation inadéquate, de vivre entassés dans leur logements, d'une

insuffisance d'approvisionnement en eau potable, du manque de systèmes d'évacuation des déchets ou de systèmes défectueux, et du peu de facilités d'éducation. Les habitants urbains des taudis sont exposés à la pathologie sociale et de l'environnement des grandes villes (alcoolisme, toxicomanie, prostitution, délinquance, abandon de mères et d'enfants) et la morbidité parmi la population urbaine adulte comprend les maladies mentales, chroniques et dégénératives. Le modèle traditionnel rural de soins primaires, selon lequel les travailleurs de santé dans les villages administrent des médicaments de base, ne s'applique pas au contexte urbain. Le milieu physique, les conditions socio-économiques, la réalité politique, les possibilités d'éducation, les valeurs culturelles, le mode de vie et le comportement, et les expectatives de santé exigent des différences fonctionnelles et de programme, dans les zones urbaines et les zones rurales, quant à la planification, l'organisation, le personnel, la prestation de services de soins primaires et leur contrôle.

### CURSO INTERMEDIO DE EPIDEMIOLOGIA, BIOESTADISTICA Y SISTEMAS DE INFORMACION EN SALUD

Del 25 de julio al 26 de agosto de 1983, la Escuela de Salud Pública de México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, realizará en su sede el curso del título. El propósito del mismo es desarrollar un programa educativo teorico-práctico, con miras a estimular la investigación epidemiológica. Está dirigido a personal de países de habla española y portuguesa de América y Europa seleccionado de instituciones educativas superiores e instituciones vinculadas con la atención de la salud. El costo se ha estipulado en Mex\$ 20 000,00 para nacionales o residentes en México, y en US\$ 400,00 para extranjeros no residentes. Las becas deberán tramitarse en forma individual ante las instituciones donde trabaja el aspirante, o ante la OPS, la OMS o cualquier otro organismo nacional e internacional. El curso se dictará durante 25 días hábiles, con un total de 148 horas. Los participantes recibirán un diploma de asistencia y aprobación de la Escuela de Salud Pública. Para mayor información: Coordinación de Educación Continua, Escuela de Salud Pública de México, Av. Francisco de P. Miranda 177, Col. Merced Gómez, Plateros, Mixcoac, 01600 México, D.F. Tel: 651-16-67.