

# Discusiones

## Técnicas

Puerto España  
Trinidad y Tabago  
Octubre 1967



---

Tema 20 del programa provisional

CD17/DT/2 (Esp.)  
11 julio 1967  
ORIGINAL: ESPAÑOL

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

ATENCION MEDICA EN LAS AREAS RURALES

### ATENCIÓN MÉDICA EN LAS ÁREAS RURALES

Existe consenso de opiniones entre estadistas y expertos del desarrollo económico y social, sobre la importancia que tiene en la América Latina el retraso del desarrollo del sector agrario, que sigue constituyendo el principal obstáculo en el proceso de crecimiento de esta región.

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

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

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

Las características anteriormente descritas son comunes a las áreas rurales de la mayor parte de los países de la América Latina y repercuten desfavorablemente en los problemas de salud de las poblaciones rurales.

La tensión social y la inquietud creada por estas condiciones de vida, se está transformando en un problema agudo para todos los Gobiernos de América, y es tanto más importante, si se considera su magnitud, ya que, a pesar de todos los esfuerzos en favor de la industrialización, hasta el momento actual, de acuerdo con los últimos datos disponibles, no menos de un 47% de la población económicamente activa de los países de la América Latina trabaja en la agricultura y vive en las áreas rurales (ver Cuadros 1 y 2).

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

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

Los tipos de servicios de salud más corrientes en las áreas rurales están descritos en el Documento CDI7/DT/1 por lo que evitaremos su repetición.

#### 1. Cobertura Prestada por los Servicios Médicos de la Seguridad Social

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

## EL SECTOR AGRICOLA COMO PARTE DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA EN PAISES AMERICANOS\*

(Fuente: O.I.T., Anuario de Estadísticas del Trabajo, 1965)

(en miles)

PAIS	AÑO	SECTOR AGRICOLA	TOTAL POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA	SECTOR AGRICOLA EN % DE LA POBLACION TOTAL ECONOMICAMENTE ACTIVA
Argentina	1960	1.461	7.599	19,2
Bolivia	1950	672	1.059	63,5
Brasil	1950	10.370	17.117	60,6
	1960	11.698	22.651	51,6
Canadá	1965	619	6.911	9,0
Colombia	1951	2.023	3.756	53,9
Costa Rica	1963	194	395	49,1
Cuba	1953	819	1.972	41,5
Chile	1960	662	2.389	27,7
Rep. Dominicana	1950	466	826	56,5
Ecuador	1962	802	1.443	55,6
Guatemala	1950	660	968	68,2
Haití	1950	1.454	1.747	83,2
Honduras	1961	379	568	66,7
Jamaica	1960	237	655	36,1
México	1960	6.144	11.332	54,2
Nicaragua	1963	283	475	59,6
Panamá	1960	156	337	46,2
Paraguay	1962	322	617	52,2
Perú	1961	1.556	3.125	49,8
El Salvador	1961	486	807	60,2
Estados Unidos	1960	4.519	69.877	6,5
de América	1964	5.057	76.971	6,6
Uruguay	1963	182	1.016	17,9
Venezuela	1961	774	2.407	32,1

\* Reproducido de: Organización Internacional del Trabajo, "Papel de la Seguridad Social y del Mejoramiento de las Condiciones de Vida y de Trabajo en el Progreso Social y Económico", Octava Conferencia de los Estados de América Miembros de la O.I.T., Ottawa, 1966.

CUADRO 2

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA DEDICADA A LA AGRICULTURA  
EN AMERICA LATINA\*

---

AÑOS	POR CIENTO DEL TOTAL DE LA POBLACION ACTIVA
1936.	59.2
1940	58.0
1945	55.9
1950	53.2
1955	49.9
1960	47.0

---

Fuente: CEPAL

- \* Reproducido de: Conferencia Interamericana de Seguridad Social, "Memoria de Labores, Tomo II, Informes y Documentos", VII Reunión de la Conferencia y Décimosegunda de su Comité Permanente. Secretaría General, México, 1964

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

Las limitaciones de las instituciones de seguridad social para extender sus prestaciones a las comunidades rurales son de varios órdenes. En primer lugar, el concepto jurídico de "cobertura", de los institutos de seguridad social, está sujeto a una condición financiera impuesta al beneficiario, que debe contribuir al financiamiento del servicio con una "cotización" que es habitualmente un porcentaje de su salario. En algunos países, las leyes de seguridad social han reconocido la condición de "beneficiario", que son los familiares inmediatos del asegurado a quienes la ley ha concedido también el derecho a prestación. Todos estos conceptos jurídicos y financieros de la seguridad social están sujetos a definiciones, interpretaciones, identificación del asegurado y de sus familiares, y una serie de trámites administrativos engorrosos, muy difíciles de aplicar en las comunidades rurales, especialmente en la agricultura, dadas las características de la explotación agrícola en los países latinoamericanos; todo lo cual hace impracticable el sistema y excesivamente alto sus costes, si es que se llega a poner en funcionamiento.

El reconocimiento de todas estas limitaciones y dificultades por parte de las instituciones de seguridad social, está llevando al convencimiento de la necesidad urgente de un cambio sustancial del sistema jurídico, financiero y administrativo que actualmente entorpece la extensión de las prestaciones médicas a las comunidades rurales. Si el trabajador agrícola no tiene capacidad financiera para cotizar en las instituciones de seguridad social, habrá que buscar otro medio de financiamiento que parecería venir, en forma lógica, del producto de la explotación colectiva en los nuevos sistemas de tenencia de la tierra implantados por la reforma agraria en varios países latinoamericanos. Si, por otra parte, se reconoce que las poblaciones campesinas tienen un derecho a la salud, independiente de su condición de contribuyente a un régimen de seguridad social, es evidente que otro cambio es necesario en la definición de "beneficiario" o "derecho-habiente", a fin de que el derecho a la prestación se extienda a toda la población rural, sin excepciones.

CUADRO 3

SEGURIDAD SOCIAL EN LAS AREAS RURALES DE AMERICA LATINA: RIESGOS CUBIERTOS Y ASEGURADOS COTIZANTES, 1962 \*

País	RIESGOS CUBIERTOS							Asegurados cotizantes
	Vejez	Invalidez	Muerte	Enfermedad	Maternidad	Accidentes de trabajo	Subsidios familiares	
Argentina	X	X	X			X a/	X	450.000
Colombia				X	X	X a/		38.000
Costa Rica	X	X	X	X	X	X a/	X	55.200
Chile				X b/	X c/	X a/		358.900
Guatemala						X		132.973
Haití						X		...
México	X	X	X	X	X	X		138.082
Paraguay	X	X	X	X	X	X		10.047
Perú	X	X	X	X	X	X a/		...
Rep. Dominicana	X	X	X	X	X	X a/	X	...
Uruguay	X	X	X	X	X	X a/	X	150.094
								1.333.296

Fuentes: Información directa de las instituciones de seguro social. Para Guatemala: Boletín Mensual, Guatemala (Departamento Actuarial y Estadístico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social), no. 4, abril 1963, p. 5.

- a. Algunos trabajadores agrícolas amparados por la legislación laboral.
- b. Accidentes comunes solamente.
- c. Departamento de Guatemala únicamente.

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

## 2. Cobertura de las Prestaciones Médicas por los Servicios Gubernamentales

Aún cuando el propósito de los gobiernos de América Latina es alcanzar una transformación fundamental de la estructura agraria de los países, el hecho real es, sin embargo, que los cambios estructurales en las condiciones de tenencia de la tierra aún no se han producido en proporción ponderable y la característica más notoria del panorama rural en la América Latina continúa siendo un estado de pobreza especialmente por la deficiente utilización de los recursos humanos y naturales. Consecuencia de lo anterior es que la seguridad social no ha podido extender los beneficios de las prestaciones médicas y los gobiernos de los países se han encontrado frente a una situación de hecho, que los ha enfrentado con la responsabilidad de tener que prestar servicios médicos para satisfacer una demanda creciente que amenaza con transformarse en trastorno social si no es satisfecha oportunamente.

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

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

## 3. Reformas adoptadas por los Países

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



prestaciones médicas a las comunidades rurales. El grado de coordinación o integración de servicios obtenido en los distintos países es variable.

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

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

En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha decidido hace algunos meses, extender sus prestaciones médicas a los trabajadores agrícolas, lo que se hará probablemente por medio del uso intensivo de 1.539 centros de salud rural construidos en el curso de los últimos años por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y que hasta el momento han estado funcionando en forma parcial. En el momento actual se realizan los estudios preliminares de demanda de servicios y de recursos para satisfacerla, antes de empezar la etapa operacional de este nuevo programa.

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

#### 4. Planificación Regionalizada de Servicios de Salud

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

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

#### 5. Formación de Personal

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

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

La colaboradora directa de este médico general en las comunidades rurales debe ser la enfermera obstétrica, con formación profesional de nivel universitario, y con conocimiento de salud pública y de atención de enfermos, incluyendo la atención del parto, como para poder actuar sola en los problemas más corrientes de la enfermería. Un número adecuado de auxiliares de enfermería completan el equipo mínimo para dar prestaciones médicas a una comunidad rural.

#### 6. Limitaciones de los Servicios de Salud de las Areas Rurales.-

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

---

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

1. Falta de Productividad. Considerando que sus rendimientos son muy bajos, el coste por unidad de atención médica resulta muy alto.
2. Tienen dificultad para atraer y mantener personal profesional y administrativo calificado.
3. El personal médico es muy reducido y no permite una organización adecuada para estimular la crítica y la discusión de casos clínicos, proceso que es la clave del éxito en hospitales más grandes.
4. Equipos e instalaciones de alto valor no pueden ser adquiridos de donde resulta una insuficiencia de recursos para dar atención de alta calidad.
5. La Comunidad rural tiene una fuerte tendencia a la autosuficiencia y es materia de orgullo local disponer de servicios médicos propios. La consecuencia es una inevitable tendencia a las duplicaciones y el peligro de asumir responsabilidades para las cuales el servicio de salud rural no está capacitado.
6. La distancia, aún cuando sigue siendo un factor emocional, es cada día menos importante debido al progreso de las carreteras y medios de transporte.

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

1. Instalar hospitales más grandes y en menor número. Con esto se consigue una mejor coordinación, se ofrecen más atractivas condiciones de trabajo al personal médico y administrativo, y es posible organizar un equipo médico con suficientes recursos materiales de diagnóstico y tratamiento para atender un área más extensa. Condición indispensable es que existan relativos buenos caminos dentro del área y que el hospital disponga del número suficiente de ambulancias para el traslado de pacientes.
2. La propiedad y el funcionamiento del hospital regional y de su satélite, el hospital rural, deben ser comunes y estar en manos de una autoridad que no persiga beneficios económicos.
3. Los médicos y el resto del personal de los servicios rurales deben formar parte integrante del equipo de salud del hospital regional, en tal forma que existan las más estrechas relaciones de trabajo y que el médico del servicio rural pueda disfrutar de los beneficios del perfeccionamiento científico y de la

atención de enfermos en el hospital regional con la mayor libertad. Sólo así se obtendrá que acepte, al mismo tiempo, la indispensable supervisión técnico-administrativa que el hospital regional deberá ejercitar sobre el hospital rural.

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

BIBLIOGRAFIA

1. Banco Interamericano de Desarrollo, DESARROLLO DE LA COMUNIDAD, Teoría y Práctica. Mesa Redonda. México, Abril, 1966.
2. Banco Interamericano de Desarrollo, FONDO FIDUCIARIO DE PROGRESO SOCIAL. Quinto Informe Anual, 1965. Washington, D.C., Febrero, 1966.
3. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, MEMORIA DE LABORES. Tomo II. Informes y Documentos. Séptima Reunión de la CISS y Décimosegunda de su Comité Permanente. Secretaría General, México, 1964.
4. López Vidal, E., INSTRUCCIONES PARA LA ATENCION DE LA SALUD EN LA POBLACION RURAL DISPERSA POR PERSONAL NO PROFESIONAL. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, Cuarta Edición, Caracas, 1964.
5. Martínez, P.D., Méndez, L. y Fonseca, F., LA ATENCION MEDICA EN MEXICO. Revista Salud Pública de México, Epoca V, Volumen VIII, Número 4. Julio-Agosto de 1966. p. 529-534.
6. McNerney, W.J., y Riedel, D. C., REGIONALIZATION AND RURAL HEALTH CARE, An Experiment in Three Communities. The University of Michigan, Graduate School of Business Administration, Bureau of Hospital Administration, Research Series No. 2, 1962.
7. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, MEMORIA Y CUENTA, 1964. Caracas, Marzo, 1965.
8. Organización Internacional del Trabajo, PAPEL DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y DEL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO EN EL PROGRESO SOCIAL Y ECONOMICO. Tercer Punto de la Orden del Día, Octava Conferencia de los Estados de América Miembros de la OIT., Ottawa, Septiembre de 1966. OIT, Ginebra, 1966.
9. Roemer, M.I., LA ATENCION MEDICA EN AMERICA LATINA. Estudios y Monografías, XV. Unión Panamericana, Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C., 1964.
10. Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, ZONIFICACION DE HOSPITALES, Campaña Nacional contra la Tuberculosis. México, 1964.
11. Servicio Nacional de Salud de Chile, Departamento Técnico, ASISTENCIA MEDICA AMBULATORIA Y DOMICILIARIA EN CHILE. Seminario sobre Organización de la Asistencia Médica. Santiago, Chile, julio, 1962.
12. Unión Panamericana, Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, ESTUDIO SOCIAL DE AMERICA LATINA 1962. Preparado por el Departamento de Asuntos Sociales. Washington, D. C., 1964.