



Discusiones

Técnicas



Puerto España
Trinidad y Tabago
Octubre 1967

Tema 20 del programa provisional

CD17/DT/3 (Esp.)
12 julio 1967
ORIGINAL: ESPAÑOL

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

CARACTERISTICAS SOCIO-CULTURALES DEL MEDIO RURAL LATINOAMERICANO:
SU INFLUENCIA Y RELACION CON LA SALUD

por

Dr. Héctor García Manzanedo, Antropólogo
Berkeley, California, E.U.A.

CARACTERISTICAS SOCIO-CULTURALES DEL MEDIO RURAL LATINOAMERICANO:
SU INFLUENCIA Y RELACION CON LA SALUD

INTRODUCCION

Tanto por tradición histórica como por factores de tipo económico, social y político, la población de tipo rural en América Latina ha predominado sobre la población urbana en cada país, a veces en contrastes abrumadores. Sólo hasta años recientes, y en algunos países, la población urbana excede por cierto margen a la población rural. Las poblaciones urbanas, generalmente la capital del país y las capitales de los estados o departamentos, muestran características de organización social y política que las hacen diferir notablemente de las de la población rural. Aun la composición de la población varía, y con mucha frecuencia el componente indígena o indo-mestizo del país habita predominantemente en el área rural.

El medio rural de América Latina está compuesto por una multitud de diferentes sistemas de tipo socio-cultural, y la presencia de numerosas áreas culturales -áreas de convivencia humana en las que existe similitud entre las características socio-culturales de los grupos que las forman- a veces en el mismo país, determinan la existencia de ciertos patrones de conducta, sistemas de ideas y creencias, valores culturales, y formas de organización institucional que difieren de las que predominan usualmente en las comunidades urbanas.

Concordamos con Lambert (p. 50) al decir que toda generalización que trate de establecerse con respecto a características sociológicas de veinte países distintos tiene valor muy limitado. América Latina está formada por veinte naciones diferentes, cada una de ellas con su propio carácter particular, y cuya población y problemas no solo de tipo sanitario, sino también económico y social, difieren en grados diversos.

Si se acepta el concepto de cultura tal como Foster lo plantea, es evidente que el espectro de culturas que puede encontrarse en los países de América Latina es muy extenso, y que frecuentemente cada una de las comunidades rurales puede participar de una cultura diferente a la de los vecinos del mismo estado, departamento o país. De acuerdo con Foster (P.11), cultura es "...el modo común y aprendido del que participan los miembros de una sociedad y que consiste en la totalidad de instrumentos, técnicas, instituciones sociales, actitudes, creencias, motivaciones, y sistemas de valores conocidos por el grupo." Para Foster, el término sociedad describe a la gente, mientras que el término cultura describe las formas de conducta de la gente.

En las páginas siguientes se presenta un intento de generalización sobre ciertas características de la población, y de la estructura social

y económica de la comunidad rural, con el objeto de discutir posteriormente los problemas de salud en el medio rural, en base a ciertas características de tipo social y cultural. Se enfatizan los problemas relacionados con una percepción distinta de las causas de enfermedad, y de la distancia social entre el habitante del medio rural, y el profesional del medio urbano.

LA POBLACION RURAL DE AMERICA LATINA:
UN INTENTO DE GENERALIZACION

Composición de la población

Los componentes de la población de América Latina han sido básicamente tres: las propias culturas aborígenes de América, la inmigración europea de diversos períodos, y un componente de dimensiones variables en cada país, de población negra. En algunos países la población es predominantemente de origen europeo, y su cultura es hasta cierto punto homogénea; en otros, la proporción de la población indígena, en algunos casos la mayoría del país, ha servido para mantener y preservar formas de vida, estructuras sociales, ideas y creencias de origen precolombino pero que siguen teniendo vitalidad actualmente (Lambert, p. 50).

El mestizo, producto de los elementos predominantes indígena y europeo, forma un segmento de dimensiones variables en los países de América Latina. En algunos de ellos, como México, constituye la mayoría. El mestizo muestra en grado diferente la absorción de elementos, aceptación o rechazo de patrones y formas de vida que son comunes a su antecedente indígena o europeo. El mestizo forma parte predominante de la población rural de Latinoamérica.

Con respecto a las características de la comunidad indígena, Vekemans y Segundo (p. 91), al analizar la proporción de esta población en el total de los países de América Latina, indican que en algunos países, como Bolivia, constituye del 65 al 75 por ciento, mientras que en otros es virtualmente cero, como en Costa Rica o los países del extremo sur del continente. En el proceso de desarrollo, algunos de los problemas más importantes que se identifican como provenientes de esta proporción de población indígena, los autores mencionan entre otros los siguientes:

"El problema de integrar una gran masa de indígenas (o de mestizos que son fuertemente indígenas) a la vida activa civilizada del país...";

"En los grupos de población menos civilizados, la carencia de educación y las condiciones primitivas de tipo económico y social mantienen un máximo [de crecimiento de la población] y el crecimiento es limitado solamente por la alta mortalidad infantil...";

"El problema de integrar culturalmente a una población cuya mayoría es analfabeta, y en la que existen serias dificultades de comunicación fuera de las ciudades." (Vekemans y Segundo, pp. 73-74).

Población rural y población urbana

Existen también diferencias entre la población rural en su proporción con la población urbana en cada país de América Latina. Los países del Cono Sur del continente muestran el máximo de población urbana, de 66 a 81 por ciento en Chile, Argentina y Uruguay; son seguidos de cerca por Venezuela, y en menor proporción, Cuba y México. En otros países, la población rural todavía constituye más de la mitad de los habitantes del país: las repúblicas de América Central fluctúan entre 63 y 75 por ciento de población rural. En los restantes países de América Latina, la diferencia entre la población rural y la urbana es menor, con ligero predominio de la rural (Vekemans y Segundo, p. 91, datos correspondientes a 1960). Pero es claro que la población rural de América Latina constituye un elemento de máxima importancia en los programas de desarrollo general, y específicamente en los programas de salud.

La comunidad rural

La comunidad rural y su forma de poblamiento muestran también características dignas de mención. Miles de pequeños conglomerados humanos, cuya base principal de sustento consiste en la explotación agrícola del terreno, en la recolección de productos naturales, en la cría de animales domésticos, y muy frecuentemente en una combinación de todos esos medios, mantienen patrones tradicionales de asentamiento que siguen las normas prevalencientes durante centurias, o bien han adoptado el patrón introducido por el conquistador europeo. Así, se habla tanto de comunidades "dispersas" como de comunidades "compactas" o "concentradas". En el primer caso, el grupo se compone de unidades menores, centros de una o más familias, que se separan una de otra por distancias a veces considerables. La familia ocupa el centro de las tierras que explota, las cuales limitan con las propiedades de los vecinos.

Un patrón diferente de asentamiento es el de la comunidad "compacta" o "concentrada", menos indígena y más mestiza, en la cual las casas-habitación se alinean lado a lado, y los diversos servicios comunales, así como centros comerciales, políticos y religiosos, ocupan una situación central en la comunidad. El área de explotación rodea a la comunidad, y los habitantes se desplazan a su área de trabajo desde el centro comunal. Entre ambos extremos de asentamiento se puede encontrar una variedad de tipos y, como es natural, cada uno de ellos presenta ventajas y desventajas desde los puntos de vista sanitario, social y económico.

En todo el mundo el habitante del medio rural, generalmente agricultor, mantiene patrones de vida y confronta problemas muy similares a

los de su contraparte en otros países (Foster, p. 45). Aun así, ciertas características socio-culturales y psicológicas aparecen con frecuencia en la bibliografía sobre los grupos rurales de América Latina. Aguirre Beltrán (pp. 129-130) menciona factores característicos de la economía de la comunidad indígena, entre ellos los siguientes:

Equipo material simple, ya que se desconoce el uso de complejos mecánicos;

Ausencia de vías de comunicación adecuada;

Elemental división del trabajo, a veces solo la que determina la diferencia de sexos;

Nivel bajo de productividad, siendo la unidad productiva pequeña (casi siempre la familia);

Desfavorable situación de dependencia por parte de mujeres y niños;

Nivel de capitalización de la unidad productiva mínimo, con escasos bienes de valor;

Ausencia de sistemas de empresas que busquen crear nuevas demandas;

Sistemas de control sobre los bienes de capital de carácter propio, frecuentemente de consumo conspicuo;

Ausencia de relación patrón-salariado;

Complejo sistema de distribución de la producción.

Estos y otros factores determinan el bajo poder adquisitivo del habitante del medio rural, campesino indígena o mestizo de América Latina.

El habitante del medio rural no es auto-suficiente en el estricto sentido de la palabra. Produce mucho de lo que requiere para su subsistencia, y en ocasiones aún para el trueque o intercambio. Pero depende de mercados urbanos o semi-urbanos para invertir sus excedentes y para satisfacer otras necesidades. Con frecuencia sus tratos en este medio le conducen a desconfiar del ciudadano, y su relación con éste rara vez se caracteriza por un sentimiento de igualdad y de confianza.

La ciudad es para el campesino, aparte de un centro para el intercambio de productos, el centro rector desde el cual se toman decisiones y se hacen observar ordenanzas que afectan la vida del individuo y de la comunidad. El individuo rara vez puede tener control sobre estas decisiones. No es extraño, pues, que el habitante del medio rural tema y desconfíe de lo que la ciudad puede ofrecerle.

La comunidad rural tampoco es un núcleo en el cual el individuo puede sentirse seguro y defendido contra las amenazas externas. Foster (pp. 52-53) señala que la economía del campesino no es de producción, ya que los recursos son generalmente limitados; la distribución de los recursos en la comunidad es tal que, si uno de ellos disfruta de una nueva prosperidad, puede colegirse que esto ha sido a costa de los demás. Para su propia defensa, el individuo afortunado debe revertir la nueva riqueza en forma que beneficie a toda la comunidad. El sistema de cargos religiosos, con los fuertes gastos que implica, puede ser la solución para esa conspicua y peligrosa prosperidad.

La familia rural

La estructura familiar constituye un baluarte dentro del cual el individuo puede sentirse seguro, ya que la familia es en el medio rural la unidad básica de tipo económico, social y educativo. Todo régimen de propiedad consagra generalmente el derecho del individuo para trabajar y obtener los recursos necesarios para su subsistencia y la de su familia; los miembros de la misma, desde temprana edad desempeñan tareas acordes con sus habilidades, y la totalidad de ellas contribuye al patrimonio familiar. Es en la familia rural donde la interacción social más extensa y frecuente tiene lugar con miembros del grupo familiar.

Los patrones de autoridad siguen un estricto orden de sexo y edad y, especialmente en los casos de familias extensas en las que conviven dos o más generaciones, la más antigua, los Gerontes, tienen autoridad fuera de discusión (Aguirre Beltrán, p. 188). El proceso de aprendizaje del individuo tiene lugar en contacto directo con padres, tíos, abuelos, y con miembros de su propia generación, hermanos y primos. Si existe una escuela en la localidad, la adquisición de habilidades es incidental a todo el proceso de adquisición de la cultura en el seno familiar.

Posiblemente por esta razón el individuo procura crear nexos de tipo familiar con miembros de la comunidad con los que no le unen los de parentesco: el sistema de compadrazgo, bajo la égida de la religión católica, ha trascendido los límites puramente ritualísticos para convertirse en un proceso formal de parentesco artificial, con derechos y deberes mutuamente reconocidos. En ocasiones -lo he observado en regiones de México y América Central- el campesino trata de establecer este mismo sistema de relación con personas de la ciudad con las que debe satisfacer necesidades de diversos tipos. Esta puede ser una medida de defensa que el individuo establece en su favor en sus tratos con el ciudadano.

Innovación y el medio rural

Factores de tipo económico y social como los descritos tienen gran importancia en la actitud que el individuo del medio rural muestra generalmente ante todo aquello que implica la adopción de nuevos patrones de conducta. Spicer, al editar uno de los más valiosos compendios de experiencias con respecto a la introducción de cambios tecnológicos en el área

rural, hace patente la existencia de estas situaciones en todo el mundo (ver Bibliografía al final).

Factores de tipo cultural especialmente relacionados con el área de salud y enfermedad, deben también considerarse. Si bien la resistencia a la adopción de métodos y técnicas diferentes a las tradicionales en agricultura, por ejemplo, podría deberse al escaso margen de seguridad de que el campesino goza, y el temor de que el cambio en las técnicas resulte en pérdidas, en el caso de las medidas que tienden a proteger y restaurar la salud el conflicto es de mayor extensión y profundidad.

Dado el carácter de la cultura como un sistema, los conceptos culturales de salud y enfermedad generalmente están ligados con los valores de tipo ético, moral y religioso. Mientras que la medicina moderna es producto de la investigación científica de tipo experimental, los principios de la medicina tradicional (indígena o popular) generalmente se basan en premisas de tipo causa-efecto. La supervivencia de conceptos tradicionales de la cultura indígena, así como de ideas y prácticas introducidas por el europeo durante la época colonial, se asocia a la utilización -en algunas comunidades rurales más modernizadas- de analgésicos, antipiréticos, antibióticos y otras formas de automedicación.

Señala una publicación del Servicio Nacional de Salud de Chile: "...Las actitudes que los grupos sostienen frente a la salud y la enfermedad están indiscutiblemente determinadas por la cultura tradicional y hay grupos que se creen depositarios de la sabiduría empírica y, por lo tanto, ayudan a sostener creencias, supersticiones y prácticas médicas que son inconvenientes para los programas de salud, pero que no pueden ser subestimados por los médicos y técnicos respectivos" (p. 31, énfasis del autor).

PROBLEMAS DE SALUD DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIO-CULTURAL

Algunos de los problemas de salud más importantes en el área rural de América Latina se relacionan con factores que permiten la agrupación de tales problemas en rubros como los siguientes:

1. Problemas relacionados con el medio ambiente natural y su percepción en términos culturales;
2. Problemas relacionados con la existencia de conceptos tradicionales sobre salud y enfermedad;
3. Problemas de interpretación mágica de la enfermedad; y
4. Problemas de percepción de la distancia social.

1. Problemas relacionados con el medio ambiente natural y su percepción en términos culturales. El agua ocupa lugar muy principal en la supervivencia del individuo: agua abundante y cercana a la casa habitación es un desiderátum no solo de los programas sanitarios sino también del individuo. El agua, para el funcionario de salud, debe estar libre de contaminación y de productos en suspensión nocivos para la salud. Para el individuo, el agua debe tener buen sabor y apariencia: ambas características son garantía suficiente. El agua hervida, sin embargo, puede estar teñida de ciertos prejuicios culturales: en Perú, el agua hervida puede ser dañina (Wellin p. 78); en Tehuantepec, México, el agua hervida es consumida por parturientas y, por tanto, poco viril para un hombre el tomarla. La protección de la fuente o manantial puede ser preocupación tanto del campesino como del funcionario de salud: pero mientras el segundo piensa en términos de cubiertas de cemento y revestimientos de las paredes, el primero lo hace en términos de una cruz para atraer la protección divina.

Habitación cómoda, adecuada y que proporcione protección contra las inclemencias del tiempo constituye otra de las preocupaciones primarias de los programas de saneamiento. Materiales sólidos y durables, ventanas que permitan luz y ventilación, y un piso impermeable son parte importante de todo programa de mejoramiento de la habitación. Aunque el costo de una habitación de este tipo generalmente está fuera de las posibilidades económicas del habitante del medio rural, existen además otros factores, de tipo cultural. La casa habitación tiene relativa importancia para el individuo, ya que su vida y la de casi todos los miembros de la familia está más en contacto con el exterior: aun la mujer generalmente prefiere lavar la ropa al exterior que en el interior de la casa. Luz y ventilación son conceptos de menor valor que los de intimidad y seguridad; para el campesino, una ventana puede ser una invitación a la curiosidad, o peor aún, a la agresión de personas enemigas de la familia. En otros casos, es también un riesgo para la virtud de las hijas de la familia.

Los programas de Saneamiento Ambiental se preocupan por la pureza y polución del aire. En los conceptos prevaletentes en el medio rural, el aire está conectado con creencias sobre enfermedad bien definidas. La acción del aire frío se considera responsable de dolores, molestias, e inclusive parálisis de varios tipos. Una corriente de aire es un peligro potencial para la salud: un infante que sufre los efectos de una corriente de aire mientras es amamantado puede desarrollar la mortal "alferecía" (Kelly, García y Gárate, p. 90).

2. Problemas relacionados con la existencia de conceptos tradicionales sobre salud y enfermedad. Por necesidad se seleccionarán solamente aquellos factores que parecen tener mayor difusión en el medio rural de América Latina.

Los conceptos tradicionales sobre lo "frío" y lo "caliente" fueron introducidos a América por los conquistadores europeos durante el Siglo XVI; a su vez, estos conceptos se difundieron en Europa con otros procedentes

de la antigua Grecia. La teoría "humoral" de la enfermedad se relaciona con estos conceptos. De acuerdo con éstos, los efectos de un alimento, de un estado corporal, o un elemento "frío" (sin relación a su temperatura real) sobre otro "caliente" son causa de enfermedad. Generalmente la madre de familia busca el balance nutricional no en términos de proteínas, calorías o vitaminas, sino en términos de "frío", "caliente", y "cordial" o "fresco". Mexicanos que viven actualmente en California han incorporado estos conceptos a gaseosas de cola y a cápsulas de vitaminas.

La acción de factores asociados con "frío" tales como beber agua fresca, recibir una corriente de aire frío, o mojarse por la lluvia cuando el cuerpo está "caliente", se consideran causas de padecimientos más o menos graves. El tratamiento se encuadra también dentro de estos conceptos, para buscar el retorno al equilibrio corporal, que es generalmente la base para la salud.

En relación con problemas de Higiene Materno-Infantil en términos culturales, ciertos elementos pueden caracterizar algunos de los conceptos más importantes. Los efectos nocivos de un "eclipse" sobre el feto en desarrollo son conceptos difundidos en América Latina en diversas épocas. Se considera que el resultado de esta exposición puede ser el labio leporino, o la falta de desarrollo en alguno de los miembros: la protección más generalmente reconocida es el uso de objetos de acero -llaves, tijeras- en la cintura de la mujer embarazada.

El "antojo" es otro concepto relacionado con el embarazo, y la importancia que se concede a la satisfacción de dichos deseos como una forma de asegurar la salud del niño por nacer (Kelly, García y Gárate, p. 106) varía de acuerdo con diversos grupos. Ambos conceptos señalan la existencia de creencias e ideas de tipo cultural, pero que indican la preocupación por asegurar el bienestar presente de la madre y la salud futura del niño, premisas también de la higiene maternoinfantil.

El destino que se da al cordón umbilical, una vez desprendido, se relaciona también con el futuro del niño. Especialmente en grupos indígenas de América, la disposición del cordón umbilical difiere para cada sexo. En el caso del varón, cuyas actividades en la vida adulta se relacionan con el exterior, explotando la tierra o el bosque, el cordón umbilical se ata a lo alto de un árbol, o se entierra en el campo de labranza. El de la mujer se entierra en un rincón de la casa, o bajo el fogón, para asegurar en su futuro una vida hogareña. Esta preocupación por el destino final del cordón no tiene ningún paralelo en nuestra cultura, la cual tiende a enfatizar factores diferentes para asegurar la salud futura.

De nuevo es evidente la diferencia en cuanto a las premisas que guían la conducta basada en principios de tipo cultural de la que proviene de los basados en la práctica de la medicina moderna. El propósito de ambas, no obstante, es el mismo: asegurar un embarazo normal,

un parto feliz, y un futuro para el niño que encuadre dentro de las normas y los propósitos de la sociedad para todos y cada uno de sus miembros.

Existen diferencias substanciales con lo que pudiera llamarse el concepto del Dios vengativo, y la epidemiología moderna. En muchas comunidades indígenas, y hasta cierto punto en comunidades mestizas aisladas, la presencia de un brote epidémico es explicada como el resultado de la transgresión a las reglas morales y espirituales, y la consiguiente imposición de un castigo por parte de la Divinidad como expiación por tal pecado (Paul, p. 126, p. 140; Holland, p. 123). En ocasiones la culpabilidad se relaciona con sucesos acaecidos en la localidad -incesto, adulterio- uso de fuerzas "sobrenaturales." Miembros del grupo, considerados especialistas en el tratamiento de enfermedades, con frecuencia se convierten en el vehículo principal de transmisión de la epidemia, por ejemplo acarreando parásitos en sus ropas, u objetos contaminados, que hacen que la infección se difunda entre las familias de la comunidad, o las comunidades de la región.

3. Problemas relacionados con la interpretación mágica de la enfermedad. Sería materia de gran amplitud el analizar los diversos conceptos que pueden encontrarse sobre enfermedades cuyo origen se considera residir en la acción o la utilización de fuerzas sobrenaturales. Baste solo mencionar la casi general existencia de conceptos tales como el llamado "mal de ojo", los "males puestos", o sus variantes regionales en las que intervienen también factores culturales afroamericanos.

Conviene analizar breve pero cuidadosamente el papel del practicante de la medicina tradicional, y su importancia en la persistencia o desaparición de dichos conceptos. ¿Se trata de individuos que sinceramente creen estar dotados del poder de curar, o bien se trata de charlatanes?

Es evidente la existencia de individuos que afirman conocer y dominar los principios tradicionales para diagnosticar y tratar este tipo de padecimientos. En muchos casos se trata de individuos que sinceramente creen estar dotados de un poder especial que les permite restaurar la salud de sus pacientes: disfrutan de aprecio, respeto y consideración de parte de los demás en la comunidad y, por desgracia, en muchos lugares constituyen el único recurso de que la comunidad dispone para confrontar sus problemas de enfermedad. Este individuo, llámasele "curandero", "zajorín" o "rezador", con frecuencia es un miembro más de la comunidad en términos económicos, labra la tierra o explota el bosque, y como pago por sus servicios recibe el reconocimiento de sus pacientes y unos "honorarios" simbólicos, de poca monta. Como miembro del propio grupo cultural, está en capacidad de enmarcar el estado anormal del paciente dentro de los principios de la medicina tradicional: aparentemente reconocer por su nombre a un problema, lo hace menos difícil de resolver.

A diferencia del anterior, el charlatán es un individuo generalmente dedicado a la práctica del engaño y del subterfugio, que frecuentemente

utiliza procedimientos destinados a despertar el temor y la admiración de sus clientes. Su trabajo lo cobra a muy alto precio, ya sea en efectivo o en productos.

En ambos casos, la importancia de estos individuos no escapa al personal de Salud Pública. En primer lugar, desde el punto de vista cultural uno y otro están manejando entidades que la cultura misma reconoce, ya sea en forma de padecimientos inducidos por la acción de fuerzas conocidas, o por el resultado de la acción de fuerzas sobrenaturales. El profesional médico está en desventaja en este sentido, dado que desconoce la existencia de muchas de tales ideas. Curanderos y médicos se encuentran a distintos niveles en relación con la comunidad: los primeros pertenecen al grupo, hablan su idioma, y manejan sus conceptos. Los segundos, por lo contrario, son externos al mismo y manejan conceptos diferentes.

En segundo lugar, desde el punto de vista social, generalmente el médico que visita el área rural proviene de la ciudad, donde ha crecido y se ha adiestrado; el curandero es nativo del propio grupo, y es bien conocido -y muchas veces muy apreciado- por los miembros de la comunidad. Por último, desde el punto de vista económico, difícilmente puede el médico -a menos que sea patrocinado por una agencia oficial o privada- competir con el curandero en el precio de los servicios proporcionados. Se hace excepción de muchos charlatanes, quienes en ocasiones cobran cantidades exorbitantes por sus maniobras. Aunque cae fuera del campo de los conceptos mágicos tradicionales de la enfermedad, vendría al caso mencionar aquí la posibilidad de que los tres tipos de factores antes mencionados sean la razón básica para la gran proporción de partos atendidos por empíricas en el área rural.

Cravioto et al., con respecto a la causalidad mágica de la enfermedad, muestran optimismo al afirmar que "...si histórica y sociológicamente se puede determinar que en las comunidades con pensamiento mágico no rige el principio de contradicción y que la experiencia, lejos de eliminar esas creencias mágicas, sirve para apoyarlas, se comprende que los programas de reeducación deben partir de este conocimiento y que es necesaria la planeación de hechos que puedan inducir a esas comunidades a la aceptación de la contradicción como modificador fundamental del sujeto del conocimiento, a modo de permitir una mayor velocidad en la diferenciación entre magia y ciencia." (p. 142).

4. Problemas relacionados con una percepción cultural de la distancia social. Se puede pensar que el curandero, por su rol, mantiene cierta posición de prestigio en la comunidad, similar al que el especialista podría tener en nuestra sociedad. Pero en la misma forma existen diferencias en la percepción que el miembro común del medio rural muestra con respecto al profesional de la Salud Pública. Esta percepción está ligada a factores tales como:

- a. El origen, generalmente urbano, del profesional;

- b. Su posición socio-económica en relación con la del habitante del medio rural;
- c. Su posición como representante de la Cultura Occidental moderna; y
- d. Su posición como un miembro de la estructura del poder regional o nacional.

Por su origen, el profesional es visto por la comunidad rural como perteneciente a un sistema diferente, y muchas veces hostil, como es el de la ciudad. El médico y la enfermera forman parte de ese medio, al cual teme el habitante del medio rural. Un temor tradicional -y no pocas veces justificado- es el de ser internado en un hospital, institución que es vista con grandes reservas porque se considera el lugar donde el individuo sucumbe alejado de los suyos y en manos de extraños. Médico y enfermera se identifican con la institución y se les percibe como entidades de ese sistema.

En casi toda América Latina, el profesional de la medicina (así como de otras áreas del saber) pertenece a los estratos económicos y sociales más altos del país. El campesino encuentra en estos profesionales a representantes de lo que ha sido generalmente la casta superior de su país, similares por su origen al hacendado o gamonal, y encuentra que la distancia social que le separa de ellos es insalvable.

El equipo de salud pública representa a una sub-cultura profesional. En contacto con individuos de la comunidad rural, los factores de distancia social tales como origen y posición socio-económica se añaden a los de distancia cultural, y se reduce la posibilidad de establecer comunicación no ya solo en términos de idioma, sino también de conceptos culturales diferentes. El mundo telúrico y mágico del indígena difiere del mundo pragmático y racional del profesional de la salud pública: en la comunidad rural ciertos problemas se resuelven a base de procesiones y rogativas, de penitencias y resignación. Estas actitudes pasivas difieren de las del profesional quien, con el armamento de la técnica moderna, está dispuesto a atacar de frente los problemas.

Por último, debe mencionarse también la percepción del individuo del medio rural respecto a los representantes de la estructura del poder, entre los cuales identifica al personal de la salud pública. Con frecuencia se ha señalado en la bibliografía relativa la existencia de actitudes de rechazo, desconfianza o temor hacia enfermeras y médicos en programas de salud. Este es un reflejo de las mismas actitudes producto de pasadas experiencias con representantes de la estructura del poder: Foster (p. 126), y Aguirre Beltrán (p. 209) entre otros, han hecho referencia a esta percepción, y es evidente que su resultado es conflictivo para la aceptación y el avance de los programas de salud pública en el área rural. Pasadas experiencias con recaudadores de rentas, policía, milicia, o inspección de alcoholes, coloran la actitud del individuo hacia otros representantes del poder regional o nacional, el personal de salud.

En diversas épocas y regiones han existido actitudes de rechazo hacia medidas que tienden a proteger a la población: comunidades rurales han mostrado violento rechazo a brigadas de vacunación antivariolosa o de rociado de insecticidas, a las que se percibe como amenazantes para la seguridad de las personas. Aun actualmente, en ciudades de los Estados Unidos, comunidades enteras se oponen a la adición de fluoruros al agua de beber. En muchas ocasiones, pues, la percepción del personal de salud pública como dotado de poder y miembro de la estructura nacional o regional del mismo, despierta la reserva y el temor del individuo del medio rural, cuya percepción de la distancia social que le separa de dicho personal le hace rehuir la relación o rechazar el programa.

CONCLUSIONES

En las páginas anteriores se han mencionado algunas características sociales y culturales en América Latina, cuya influencia en la salud puede considerarse de gran importancia, y se ha discutido la composición de la población rural y sus patrones de organización social y cultural. Factores tales como analfabetismo o aislamiento geográfico no se han discutido porque el autor considera que tales aspectos podrían estar más ligados a programas de desarrollo nacional.

Se ofrecen algunas conclusiones principalmente con el propósito de enfatizar nuevamente aspectos de la administración de la Salud Pública ya incorporados en los programas de varios países. Ciertas ideas que se exponen a continuación no sugieren un enfoque novedoso en la planeación de los programas, sino más bien una utilización más precisa de los recursos humanos de la comunidad rural. Por última, se ofrecen sugerencias acerca de la posibilidad de modificar hábitos y patrones de conducta en la población por otros que puedan ser más apropiados para la promoción de la salud, mediante la modificación de hábitos y patrones de conducta de parte también del personal de Salud Pública.

1. La administración de la Salud Pública ha reconocido ya la conveniencia de utilizar personal especializado en las Ciencias Sociales-antropólogos, sociólogos y psicólogos- en las actividades de los programas de salud pública. En términos generales este personal ha sido solicitado para realizar actividades de investigación, asesoría y docencia. Con frecuencia los intereses profesionales y técnicos de este personal se encuentran en conflicto, pues hay divergencia entre las necesidades técnicas de la Salud Pública, y los propósitos profesionales del especialista en Ciencias Sociales. Profesionales tanto de la Salud Pública como de las Ciencias Sociales deben procurar el establecimiento de mejores medios de comunicación mediante el mutuo conocimiento de áreas y problemas: la efectividad

del especialista en Ciencias Sociales podrá ser mayor, dado que estará creando el mejor puente posible entre las características de la cultura de la población rural, y las metas y objetivos de los programas de salud pública

2. Con cierta frecuencia surge el problema de carencia de personal especializado y experimentado en Ciencias Sociales para el estudio de problemas sociales y culturales en programas de salud. En términos generales, no ha habido la motivación necesaria en la formación de este personal para que haga una carrera en la Salud Pública. Debe procurarse ofrecer a este especialista oportunidades similares a las que pueden ofrecerse a profesionales de otras ramas de la Salud Pública: médicos, epidemiólogos, ingenieros, dentistas, y otros.

3. La organización propia de la comunidad presenta frecuentemente características o patrones que permiten el uso de sistemas propios de la comunidad para propósitos del programa. En este aspecto, como en muchos otros, un conocimiento básico de las características culturales de la población permitirá una planeación realista, orientada hacia las necesidades sentidas por la comunidad, y en ocasiones utilizando patrones propios de la misma comunidad en aspectos tales como, por ejemplo, la participación de personas-clave en las frases de planeación de actividades, la difusión de mensajes, la formación de grupos de voluntarios, y un mayor interés de parte de la población por lograr el éxito de su programa.

4. Los programas de salud pública en el área rural pueden encontrar apoyo mediante la utilización de auxiliares de las propias comunidades, hombres y mujeres, adiestrados para el desarrollo de funciones específicas, tales como participar en el levantamiento de censos y encuestas sanitarias, colaborar como intérpretes y traductores, servir de enlace entre el programa y las familias de la comunidad, y participar en las actividades de la clínica y el centro de salud compatibles con su nivel de adiestramiento. En el estado de California, EE.UU., auxiliares de salud de origen mexicano han comprobado su eficacia participando en programas de salud dirigidos a la población agrícola migratoria, principalmente de origen mexicano, y el autor ha elaborado un glosario especial de términos técnicos y populares de salud, en Español e Inglés, para uso de estas personas, que es distribuido por el Departamento de Salud del estado de California.

5. Se ha enfatizado frecuentemente la necesidad de conocer las características sociales y culturales de la población rural en la fase de planeación de los programas de salud. De

nuevo conviene mencionar este factor, y su importancia para el personal a cuyo cargo estará la realización del programa. Un conocimiento adecuado de la cultura local, libre de prejuicios y basado en un sincero interés por comprender las premisas que guían la conducta del individuo del grupo rural, es fundamental para el establecimiento de mejores relaciones entre el personal del programa y los miembros de la comunidad. De la misma manera, el personal de Salud Pública debe reconocer el hecho de que ciertos hábitos y formas de conducta que son perfectamente lógicos y conocidos por el personal no lo son para el campesino que acude a un servicio de salud y desconoce los vericuetos administrativos del archivo clínico, la consulta médica, o la localización de los servicios auxiliares de diagnóstico. El personal del programa de salud debe, pues, adoptar una doble posición de relación con la comunidad: la de aprender las características de su organización social y sistemas culturales, y la de enseñar, paciente y cortésmente, cuáles son las características de organización de las dependencias de salud pública que el individuo debe conocer. El incidente infortunado que aleja al individuo del servicio de salud, resentido y vejado, debe desaparecer mediante una adecuada comprensión de las diferencias sociales y culturales existentes en nuestros países de América Latina.

OBRAS CITADAS

AGUIRRE BELTRAN, Gonzalo

Regiones de refugio. El desarrollo de la comunidad y el proceso dominical en Mestizo América. Instituto Indigenista Interamericano, Ediciones especiales: 46, México, 1967.

CRAVIOTO, J., L. Rivera, J. L. Pérez Navarrete, J. González, L. Vega, A. Vilchis, R. Arrieta y E. Santibáñez

Ensayo de sistematización del concepto de enfermedad transmisible. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. LIII No. 2, Agosto 1962, pp. 136-144.

FOSTER, George M.

Traditional cultures: and the impact of technological change. Harper and Brothers, Publishers, New York, 1962.

HOLLAND, William R.

Medicina maya en los altos de Chiapas, un estudio del cambio socio-cultural. Colección de Antropología Social, Instituto Nacional Indigenista, México, 1963.

KELLY, Isabel, Héctor García Manzanedo y Catalina Gárate de García

Santiago Tuxtla, Veracruz, culture and health. Institute of Inter-American Affairs-Dirección de Estudios Experimentales, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, D. F., 1956 (mimeo).

LAMBERT, Jacques

Requirements for rapid economic and social development, the view of the historian and sociologist. En: Social Aspects of Economic Development in Latin America, UNESCO, 1963, Vol. I, pp. 50-66.

PAUL, Benjamin D. (Ed.)

Health, Culture and Community, case studies of public reactions to health programs. Russell Sage Foundation, New York, 1955.

SERVICIO NACIONAL DE SALUD, CHILE

Conceptos de salud y enfermedad (Información técnica para profesionales), Sub Departamento de Educación Sanitaria, Santiago, Chile, 1958.

SPICER, Edward H.

Problemas humanos en el cambio tecnológico, una exposición de casos. Editorial Letras, S. A., México, D. F., 1963.

VEKEMANS, Rev. Roger, and J. L. Segundo

Essay of a socio-economic typology of the Latin American Countries. En: Social Aspects of Economic Development in Latin America, UNESCO, 1963, Vol. I, pp. 67-93.

WELLIN, Edward

Water boiling in a Peruvian town. En: Paul, Benjamin D. (Ed.) Health, Culture and Community, Russell Sage Foundation, New York, 1955.