

SERVICIOS DE SALUD EN AREAS RURALES ¹

La XVII Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en octubre de 1966 en Washington, D.C., seleccionó el tema "Sistemas para aumentar la cobertura de los servicios de salud en las áreas rurales", para ser analizado en las Discusiones Técnicas del XVII Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud.

Introducción

La adopción del tema refleja el interés de los Gobiernos del Hemisferio en el mejoramiento de la salud de los habitantes de las poblaciones rurales, en consonancia con el movimiento de desarrollo económico y social que los países han iniciado en la década de los 60. La población del sector agrícola tiene una enorme importancia en este proceso de desarrollo dado que constituye alrededor del 50% de la población total de la América Latina. El mejoramiento de las condiciones de vida de esta población, que actualmente representa más de 110 millones de habitantes, ha pasado a ser uno de los problemas de mayor urgencia y trascendencia para el Continente. En efecto, los Jefes de Estado de 20 países americanos reunidos en Punta del Este, Uruguay, del 12 al 14 de abril de 1967, al referirse al sector salud indicaron como uno de los objetivos "Ampliar, dentro del marco general de planificación, la preparación y ejecución de planes nacionales que fortalezcan las infraestructuras en el campo de la salud".

En general, la población rural de la América Latina vive en condiciones defi-

cientes, marginada de las ventajas y beneficios que otorga la civilización de nuestros tiempos. Su mortalidad es muy superior a la que se registra en las grandes ciudades. Areas extensas carecen de servicios mínimos de salud, no tienen servicios de saneamiento o estos son muy deficientes. Las mismas deficiencias se encuentran en otros campos como en la vivienda, educación y otros aspectos del desarrollo.

Por otra parte, en el orden social y económico esta población no contribuye en la medida necesaria al proceso general de desarrollo, debido a que se mantiene generalmente dentro de una economía de subsistencia.

Los problemas de la baja producción agrícola agudizados por las deficientes estructuras de la propiedad, el mal uso de los suelos y por el rápido crecimiento vegetativo de la población, constituyen serios obstáculos para el desarrollo armónico de los países. Esto se manifiesta en la población rural en bajos niveles económicos, sociales y culturales, caracterizados por reducidos índices de productividad, deficientes condiciones sanitarias, analfabetismo y otros exponentes del subdesarrollo.

A esto se agrega la falta de empleo pleno y de ingresos suficientes para la población campesina, lo que unido a la mala calidad de la vivienda y otras condiciones generales de vida, produce secuelas sociales y humanas

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

de carácter agudo y provoca la migración de grandes masas humanas hacia las ciudades, creando en ellas lo que se ha llamado "la ruralización del medio urbano".

Tanto la Carta de Punta del Este como el Grupo de Estudio que reunió en 1963 a los Ministros de Salud de las Américas, expresaron la necesidad de mejorar y extender los servicios de salud a todos los confines del Continente, a fin de que la salud juegue el papel que le corresponde en el desarrollo económico-social de las Américas.

Definiciones

No existe consenso general para definir en forma clara y explícita el área rural. Para formular una definición aceptable habría que considerar los criterios utilizados en las diversas definiciones, entre ellos los demográficos, sociales y administrativos. El término rural es un indicador de residencia, mientras que el de agrario lo es de ocupación. El hecho de que la población rural sea predominantemente agraria, ha contribuido a que a veces se consideren estos términos como equivalentes. La comunidad rural se identifica muy comúnmente por la relación de sus habitantes con el trabajo de la tierra como medio de sustento.

Como lo han expresado numerosos autores, no es fácil encerrar en una definición a una forma de vida social, que se ha manifestado con tanta diversidad en las distintas épocas y en los diversos países como es la comunidad rural. Numerosos estudios por parte de geógrafos, legisladores, juristas, historiadores y sociólogos, entre otros, han sugerido definiciones, cada una haciendo resaltar un aspecto de particular interés para el investigador y la disciplina científica que profesa.

George Hillery, citado por Chiva, expresa haber analizado 94 definiciones de comunidad rural, buscando sus elementos comunes (1).

El mismo Chiva define la comunidad rural como "una unidad social pequeña, que vive

en un área determinada y que obtiene sus medios de vida del usufructo de dichos terrenos en una economía más o menos cerrada" (1).

Con la generalización de la práctica de tomar censos cada 10 años, se vio la necesidad de definir localidades rurales en términos geográficos. Sin embargo, los límites que se han sugerido y que varían para cada país, no son satisfactorios desde un punto de vista científico.

En las definiciones de áreas rurales utilizadas por los países de las Américas en los censos de alrededor de 1960, nueve están expresadas en términos de número de habitantes: Canadá, Honduras y Venezuela utilizan el límite máximo de 999 habitantes como población rural; Venezuela considera población "intermedia" a la de 1,000 a 2,499 habitantes; Colombia y Panamá consideran rural a las poblaciones de menos de 1,500 habitantes; Argentina y Guatemala establecen que poblaciones de menos de 2,000 habitantes deben considerarse rurales. Guatemala hace excepción de las poblaciones de 1,500 a 2,000 habitantes que tienen servicios de agua. Estados Unidos de América y México consideran rurales las localidades con menos de 2,500 habitantes. El resto de los países definen la población urbana dejando entrever lo que consideran rural en forma menos precisa; algunos indican como áreas urbanas solamente la capital del país y capitales de provincias, de departamentos y de distritos. Otros consideran que son poblaciones urbanas todas las que tienen ciertas facilidades como servicios sanitarios y luz eléctrica, entre otras.

Como se ha dicho, Estados Unidos de América, para los fines del censo, define localidad rural como una población menor de 2,500 habitantes, sin embargo el Profesor Wilson G. Smillie expresa que para propósitos de la administración de salud pública, debe considerarse como una unidad rural aquella que tiene una población de 25,000 a 50,000 habitantes (2).

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela amplía hasta los 5,000 habitantes el tamaño de la población considerada rural, particularmente para los efectos del programa de acueductos rurales (3).

Juan Hepp, por su parte, define el área rural, para los efectos de un programa de atención de salud en Chile, como "aquella cuya densidad de población oscila entre 10 y 20 habitantes por km² y en que los núcleos de concentración son el 50% de la población total del área" y luego agrega: "Se considera igualmente como rural y comprendida en el programa toda población aislada hasta de 20,000 habitantes cuyas áreas rurales se encuentren des pobladas y cuyas distancias a localidades vecinas de mayor población sobrepase la hora/distancia en los medios populares y usuales de movilización colectiva (4).

A pesar de que la definición expresada en términos de número de población que se usará en este trabajo es de gran utilidad para propósitos estadísticos, se reconoce que debe usarse con cautela ya que ninguna clasificación arbitraria basada en el número de la población puede ser totalmente satisfactoria.

Para los efectos de este trabajo se entienden por "sistemas" los diversos medios de organización y administración de servicios, que permiten cumplir con los propósitos de fomentar, proteger y reparar la salud.

Por "cobertura" se entenderá la expresión numérica, o en porcentaje, de la población atendida por servicios de salud.

La expresión "infraestructura de salud" ha sido definida como sigue: "el término infraestructura de salud rural se emplea para designar las unidades orgánicas de categoría inferior, capaces de proporcionar determinados servicios básicos de salud que satisfagan las necesidades sanitarias más urgentes de la población rural, dentro de los límites impuestos por los recursos locales disponibles" (5).

Se ha definido como "servicios básicos de

salud" una red periférica e intermedia de servicios o unidades de salud debidamente coordinados con una administración central, capaz de llevar a cabo efectivamente un grupo de funciones esenciales para la salud del área y que asegure la existencia de personal profesional y auxiliar competente a fin de llevar a cabo estas funciones. Estos servicios deben dar atenciones curativas, preventivas y de promoción de la salud. La atención de madres y niños, que es tal vez el servicio de salud más universalmente solicitado, particularmente en el medio rural y en muchos de los países en desarrollo, constituye el núcleo central de los servicios existentes. Los servicios básicos descritos consisten en hospitales, centros de salud y postas rurales.

Se llama hospital rural a un hospital de 20 a 50 camas destinado a dar atención médica elemental (medicina, cirugía, pediatría y maternidad) a una población de 10,000 a 25,000 habitantes (6).

Un centro de salud, con o sin camas, está destinado principalmente a acciones de salud de tipo preventivo, control maternoinfantil, control de enfermedades transmisibles, saneamiento y educación sanitaria y a la atención médica de primeros auxilios y tratamientos médicos sencillos, bajo la supervigilancia médica, en un sector de no menos de 10,000 habitantes. Cuando estos centros tienen camas se dedican principalmente a la atención de partos y a veces a enfermos en tránsito, en tanto puedan ser trasladados a un hospital (6).

Posta o estación rural, también llamada dispensario rural o clínica rural, es la unidad mínima asistencial, sin camas y sin personal profesional residente. Atendida generalmente por auxiliares está destinada a acciones preventivas y de primeros auxilios y en algunos casos a tratamientos médicos simples. Estas postas atienden generalmente a poblaciones inferiores a 1,000 habitantes (6).

La Segunda Reunión del Comité de Expertos de Administración de Salud Pública

de la OMS definió la "unidad rural" como una organización que hace accesible bajo la supervisión directa de un médico los servicios básicos de salud en la comunidad. Este mismo Comité consideró que los servicios básicos de salud de una unidad rural son: servicios materno-infantiles; control de enfermedades transmisibles; saneamiento ambiental; mantenimiento de registros con fines estadísticos; educación para la salud; enfermería de salud pública y atención médica básica (7).

Descripción

Las poblaciones rurales se encuentran diseminadas en extensas zonas dedicadas, con la mayor frecuencia, al trabajo de la tierra. Su vivienda es generalmente de madera o de adobe u otros materiales ligeros, el piso es de tierra, y con gran frecuencia carece de agua dentro de la vivienda. La eliminación de excreta y de basuras es elemental y primitiva. Muchas veces toda la vivienda consiste en una sola habitación que sirve para todas las funciones de la vida familiar. Este tipo de población se mantiene, como se ha dicho anteriormente, en una economía de subsistencia.

Las dificultades de transporte o comunicaciones por falta de carreteras adecuadas, las que a veces están totalmente interrumpidas en épocas lluviosas, agrava la situación de vida de estas poblaciones, y en muchas oportunidades producen un aislamiento total.

Estas características de la población rural movieron al Fondo Fiduciario de Progreso Social del Banco Interamericano de Desarrollo a declarar en su segundo informe anual que, "el retraso del sector agrario sigue constituyendo el escollo básico del proceso de crecimiento en América Latina y representando la principal causa de las tensiones sociales y políticas y de una gran variedad de problemas económicos en la región" (8).

La distribución de la población urbana y rural es variable en los diversos países de

las Américas y está cambiando rápidamente. En algunos países una alta proporción vive en grandes ciudades y otras áreas urbanas, pero en muchos sucede lo contrario. La población de áreas rurales de 24 países de las Américas en 1965 era de más de 114 millones de habitantes; esto representaba el 47.6% de la población total de esos países. La población rural estimada para 1970 es de cerca de 117 millones de habitantes, lo que significaría un 42.6% de la población total; y para 1980 se calcula que la población rural de esos países será de 118 millones, si se mantienen las actuales tendencias de crecimiento. Esto representaría un 37.2% del total de la población estimada para ese año.

Si bien es cierto que la proporción de población rural está disminuyendo en las Américas, no hay duda que su número seguirá aumentando y será en los próximos 20 años de una magnitud siempre superior a los 100 millones de personas.

El cuadro 2 presenta el número de localidades de los diversos tamaños de población, el número de habitantes que estas representan y el porcentaje de cada uno de estos grupos, en relación con la población total, en 18 países. Es interesante anotar que un porcentaje alto de la población vive en localidades que no fueron clasificadas, las que seguramente corresponden a población dispersa de menos de 500 habitantes, que no constituyen una población definida como tal.

Considerando las variaciones de los límites utilizados para describir áreas rurales, que van desde 1,000 hasta 2,500 habitantes, el porcentaje de la población rural varía en los países de la América Latina desde 18.1% en el Uruguay hasta 83.4% en Haití (cuadro 1). Si esto se compara con información de censos de 1950 y los cálculos hechos para 1970 y 1980, se observa que la población rural disminuye en relación con la población total. Sin embargo, en números absolutos la población rural también aumenta. El fenómeno que se ha producido es que la pobla-

CUADRO 1—Población total y población rural estimadas en 24 países para 1965.^a

Países	Población total	Población rural	
		Número	%
Argentina.....	22,352,000	6,683,000	29.9
Barbados.....	244,000	143,000	58.6
Bolivia.....	3,697,000	2,397,000	64.8
Brasil ^b	81,301,000	39,189,000	48.2
Colombia.....	18,068,000	8,478,000	46.9
Costa Rica.....	1,433,000	927,000	64.7
Cuba.....	7,631,000	3,065,000	40.2
Chile.....	8,567,000	2,534,000	29.6
Ecuador ^b	5,150,000	3,327,000	64.6
El Salvador.....	2,928,000	1,820,000	62.2
Guatemala.....	4,438,000	2,913,000	65.6
Guyana.....	646,000	454,000	70.3
Haití.....	4,396,000	3,666,000	83.4
Honduras.....	2,284,000	1,677,000	73.4
Jamaica ^c	1,788,000	1,204,000	67.3
México.....	42,689,000	20,142,000	47.2
Nicaragua.....	1,655,000	969,000	58.5
Panamá.....	1,246,000	703,000	56.4
Paraguay.....	2,030,000	1,337,000	65.9
Perú ^b	11,650,000	6,241,000	53.6
República Dominicana.....	3,624,000	2,390,000	65.9
Trinidad y Tabago.....	975,000	824,000	84.5
Uruguay.....	2,715,000	491,000	18.1
Venezuela ^b	8,722,000	2,778,000	31.9

^a Estimada tomando como base la tasa de crecimiento que se deriva de los dos censos más recientes.

^b El cálculo de la población total a mitad de año excluye la población indígena de la selva a razón de 150,000 en Brasil; 80,000 en Ecuador; 101,000 en Perú y 30,000 en Venezuela.

^c Población total a mitad de año calculada por la OSP.

Fuente: Naciones Unidas (*Demographic Yearbook 1965*, Nueva York, 1966. *Monthly Bulletin of Statistics* XXI:4, 1967).

ción urbana crece más rápidamente. En efecto, el crecimiento de la población urbana de la América Latina, entre 1950 y 1960 fue de un 4%, en cambio, entre los mismos años el crecimiento de la población rural fue de 1.4 por ciento. Esta diferencia se debe a la urbanización, concepto que ha sido definido como el proceso por el cual una proporción creciente de la población de un país vive en localidades urbanas.

Las razones más importantes dadas por diversos autores para explicar la migración de la población del campo a las ciudades son: la industrialización, realizada por lo general en áreas urbanas o en sus cercanías; la mejor remuneración en el empleo en las ciudades; la atracción de la vida urbana; la mecanización y el aumento de la eficiencia

en la agricultura, que disminuye la necesidad de brazos; y la constante demanda por parte de la población rural de estándares de vida más elevados, entre los que se cuentan: mejor vivienda, más entretenimientos, mejores posibilidades de educación y mejores servicios de salud.

Existe seria preocupación en los diversos países por el ritmo acelerado que actualmente tiene esta migración de poblaciones rurales hacia la ciudad. Algunos han iniciado ya programas para mejorar las condiciones de vida en el medio rural, a fin de evitar esta migración. Entre estos programas se cuentan el mejor desarrollo de las actividades propias de la población rural, como la agricultura y la industria artesanal. Algunos países están haciendo planes para darle a las áreas rurales

CUADRO 2.—Número de localidades según número de habitantes en 17 países. Censos de alrededor de 1960.

País	Total de localidades y población		De 10,000 o más habitantes		De 9,999 a 2,000 habitantes		De 1,999 a 1,000 habitantes		De 999 a 500 habitantes		Menos de 500 habitantes		Población no clasificada	
	Localidades	Población	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Brasil.....	6,587	70,967,185	405	22,983,650 32.3	1,394	5,768,732 8.1	1,143	1,620,324 2.3	1,442	1,039,599 1.5	2,153	598,328 0.8	39,011,562	55.0
Colombia.....	3,218	17,484,508	108	7,156,254 40.9	456	1,860,749 10.6	397	550,208 3.1	638	453,212 2.6	1,619	380,492 2.2	7,083,593	40.5
Costa Rica.....	69	1,336,274	9	309,991 23.2	25	114,639 8.6	17	25,635 1.9	10	7,797 0.6	8	2,581 0.2	875,731	65.5
Chile.....	38,388	7,374,712	64	4,146,009 56.2	136	578,377 7.8	181	247,197 3.4	525	350,785 4.8	37,482	2,052,344 27.8	.....	.....
Ecuador.....	20,812	4,476,007	21	1,364,706 30.5	88	342,792 7.7	170	230,968 5.1	815	548,893 12.3	19,718	1,988,688 44.4	.....	.....
El Salvador.....	261	2,510,984	15	569,700 22.3	62	234,989 9.3	76	104,769 4.2	73	54,860 2.2	35	12,581 0.5	1,544,085	61.5
Guatemala.....	12,590	4,284,478	14	806,220 18.8	168	965,648 22.3	454	263,797 6.1	1,151	782,255 18.6	10,803	1,466,588 34.2	.....	.....
Haití.....	122	3,087,220	5	194,830 6.3	27	114,401 3.7	37	50,532 1.6	36	26,223 0.9	17	6,022 0.2	2,705,212	87.3
Honduras.....	279	1,884,765	7	273,517 14.5	32	125,090 6.6	61	89,202 4.7	75	54,762 2.9	104	30,971 1.7	1,311,223	69.6
Jamaica.....	23	1,613,880	4	433,195 26.8	19	86,975 5.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
México.....	89,612	34,923,129	256	12,379,227 35.4	1,206 ^a	5,325,891 15.3	3,342 ^b	4,995,664 14.3	6,155	4,253,855 12.2	78,653	7,908,492 22.8	1,063,710	67.8
Nicaragua.....	135	1,535,588	8	391,222 25.5	34	152,799 9.9	32	48,393 3.2	34	25,646 1.7	27	9,232 0.6	908,206	59.1
Panamá.....	8,595	1,075,541	5	380,370 35.4	21	78,501 7.3	44	56,897 5.3	124	83,360 7.7	8,401	476,413 44.3	.....	.....
Paraguay.....	3,019	1,802,981	6	363,358 20.2	79	275,726 15.3	276	375,114 20.8	587	414,995 23.0	2,071	373,788 20.7	.....	.....
República Dominicana.....	95	3,013,525	16	700,469 23.2	44	173,466 5.8	25	35,789 1.2	10	8,257 0.3	.....	.....	2,095,544	69.5
Uruguay.....	1,283	2,592,563	28	1,778,178 68.5	46	179,224 6.9	42	61,114 2.4	64	45,565 1.8	1,073	131,900 5.1	380,582	15.3
Venezuela.....	24,177	7,523,999	73	3,986,972 53.0	183	803,750 10.7	217	287,902 3.8	557	389,878 5.2	23,127	1,938,241 26.0	87,256	1.3
Totales.....	209,185	167,497,339	1,044	58,157,868 34.7	4,029	17,166,649 10.3	6,514	9,043,625 5.4	12,307	8,549,882 5.1	185,291	17,466,681 10.4	57,123,784	34.1

^a A 2,500 habitantes.^b De 2,499 habitantes.Fuentes: Naciones Unidas. *Demographic Yearbook 1955*. Nueva York, 1956.*Demographic Yearbook 1956*. Nueva York, 1963.

Publicaciones censuarias de diversos países.

servicios públicos indispensables, acueductos rurales, electricidad, carreteras y otros medios de comunicación. Asimismo, se han desarrollado programas de control de endemias y se ha estimulado la descentralización administrativa, a fin de establecer el debido grado de responsabilidad local. Se ha iniciado también en diversos países la construcción de viviendas rurales, agrupadas en comunidades dotadas de los servicios públicos indispensables para el desarrollo comunal. Se han iniciado programas de irrigación; de control de inundaciones y otras obras de ingeniería agrícola, que hacen posible el mejor desarrollo del medio rural.

Esto, unido a cambios en el uso y tenencia de la tierra y al otorgamiento de créditos controlados que aseguren la estabilidad económica del campesino, está orientado a obtener un ambiente más salubre, más agradable y apropiado para la vida del campesino y para el desarrollo del área rural.

Problemas de salud

La insuficiente notificación de enfermedades y la imposibilidad de poder confiar en las estadísticas vitales y de salud, hacen que el conocimiento de los problemas de salud en el medio rural no sean exactos. Las tasas de mortalidad general y mortalidad infantil correspondientes a áreas rurales no son bien conocidas. Conviene anotar también que la alta proporción de fallecimientos que ocurren en el área rural no tienen certificación médica, lo que hace muy difícil utilizar la morbilidad y la mortalidad específicas, como elementos de análisis de la magnitud del problema de la salud en el medio rural.

Sin embargo, si se analizan las cifras de mortalidad por diversas causas en áreas urbanas y rurales, se puede apreciar el gran contraste que existe entre estos dos grupos de poblaciones. Si bien es cierto que no existen tasas de mortalidad que separen claramente las áreas rurales de las urbanas dentro de la estructura político-administrativa de los países, se puede apreciar, sin

embargo, que existe marcada diferencia entre provincias o regiones preponderantemente rurales, con otras del mismo país, que tienen características urbanas.

En Chile, por ejemplo, provincias en su mayoría urbanas como Santiago, en la que hay un 90% de población urbana, Valparaíso con un 88.8% y Magallanes con un 83.2%, tienen una mortalidad infantil de 80.4, 88.4 y 62.3 por mil nacidos vivos, respectivamente. En cambio, otras provincias de predominio rural como Curicó con un 41% de población urbana, Ñuble con 33.6%; Bío-Bío con 37.1% y Chiloé con 21.1%, tienen tasas de mortalidad infantil que fluctúan entre 145.3 y 169.9 por mil nacidos vivos (9).

En un estudio en el Estado Lara, Venezuela, la tasa de mortalidad general para niños menores de 10 años fue de 28 por mil habitantes de ese grupo de edad en el medio rural, en tanto que fue de 12 por mil en las ciudades del mismo Estado, o sea menos de la mitad. La esperanza de vida al nacer era, en 1962, de 67.4 años en zonas urbanas de Venezuela y de 60.6 en las zonas rurales (10).

Hugo Behm, al analizar la mortalidad infantil de Chile correspondiente a 1960, expresa que "las provincias de mortalidad más alta en el país están caracterizadas en general por una actividad principalmente agrícola, población de predominio rural, dificultades de transporte, etc." (11).

Como se ha dicho anteriormente, en la mayoría de los países de Latinoamérica las áreas rurales se encuentran en una situación de inferioridad en comparación con las áreas urbanas en todo lo que se refiere a salud, teniendo los pobladores y sus familiares que recorrer a veces grandes distancias, en camión, a caballo, o a pie, para ser atendidos en un centro médico. La situación es más grave si se considera que como consecuencias del bajo estándar socio-económico de esta población, su morbilidad y su mortalidad son más elevadas. A esto

se agrega el problema que crea el desinterés de los médicos y otros trabajadores de salud por vivir en estas áreas. Un índice de esta situación consiste en el hecho que más del 50% de los partos de la población rural en un país, se producen sin asistencia profesional alguna y de que más del 40% de las defunciones no tienen certificación médica.

No existe una estimación global de la prevalencia de la desnutrición en términos específicamente cuantitativos. Existe, sin embargo, suficiente evidencia para demostrar que las infecciones respiratorias y gastrointestinales actúan sinérgicamente con la desnutrición, para producir formas de enfermedad mucho más severas que la que cada una produciría independientemente.

A pesar de que en muchos de los países del Continente los problemas nutricionales son conocidos, no existe información suficiente para diferenciarlos entre las áreas urbanas y rurales. Se sabe, sin embargo, que los problemas de la desnutrición son más severos entre la población rural; no siempre existen datos estadísticos para apoyar esta aseveración.

Nutrición

Entre los problemas nutricionales más importantes que se ha identificado en la América Latina se encuentran: la desnutri-

ción proteico-calórica, el bocio endémico y las anemias.

La desnutrición proteico-calórica está ampliamente extendida entre los grupos socioeconómicos bajos en la América Latina. Afecta especialmente a niños preescolares tanto en áreas rurales como en las urbanas. El cuadro 3 destaca la importancia de la desnutrición proteico-calórica en áreas rurales de seis países seleccionados. Como se puede ver, la desnutrición de tercer grado varía entre 0.4% y 15% en la población preescolar de estas áreas.

Los tres grados de desnutrición a que se refiere el cuadro 3 corresponden a la clasificación de Federico Gómez, que designa como desnutrición de primer grado cuando el peso del niño es de 75 a 90% del peso considerado estándar. De segundo grado cuando el peso es de 60 a 75%, y de tercer grado bajo 60% del peso estándar² (12).

Son conocidos los efectos de la desnutrición proteico-calórica en el desarrollo físico. A este propósito se han hecho diversos estudios en peso y talla en áreas rurales. En

² Se considera peso estándar el correspondiente a niños de las diversas edades considerados sanos, en la localidad correspondiente. Cuando no están establecidos los pesos estándar para la localidad, se usa generalmente una curva de peso y talla, preparada para niños del estado de Iowa, Estados Unidos, que fue recomendada por el Comité de Expertos de Evaluación Médica del Estado de Nutrición, de la OMS (13).

CUADRO 3—Desnutrición en niños preescolares en áreas rurales de seis países.

País	Localidad	No. de niños estudiados	Normales %	Grado de desnutrición en %		
				1°	2°	3°
Guatemala.....	Sta. María Cauqué.....	179	14.0	41.0	40.0	5.0
Bolivia.....	Pillapi.....	—	73.5	16.2	10.0	0.7
Haití.....	Fond Parisien.....	366	20.0	46.0	23.0	11.0
Haití.....	Todo el país se considera rural...	1,190	39.0	37.0	21.0	3.0
Perú.....	Puno.....	3,313	81.0	14.1	4.4	0.5
Perú.....	Camicaachi.....	179	54.7	28.5	15.6	1.2
Colombia.....	Caldas.....	4,207	14.3	33.7	36.8	15.2
Colombia.....	Rioloro.....	52	42.4	26.9	26.9	3.8
Colombia.....	Zuluaga.....	120	33.3	54.9	10.8	1.0
Trinidad y Tabago.	San Fernando.....	829	41.6	47.7	10.3	0.4

Barbados el promedio de peso y talla de niños de 4 a 7 años de edad era alrededor de 25% menos que el de niños de la misma edad en Londres y 5.6% de estos niños estaban por debajo del 70% de los pesos estándar (14). En Jamaica 20% de los niños tenían un peso bajo el 70% de lo considerado estándar (15). En el Perú se encontró que niños de 3 a 6 años de áreas rurales de Puno tenían un peso y una talla menor que niños de la misma edad en Lima (16). En Haití, donde la desnutrición es la primera causa de admisión hospitalaria en niños entre 1 y 4 años de edad en las ciudades, en las áreas rurales es la primera causa de admisión de niños de todas las edades (17).

En una revisión de defunción de niños menores de 1 año y preescolares en Venezuela, se encontró que la mortalidad preescolar por desnutrición proteico-calórica es cuatro veces mayor en áreas rurales que en las ciudades (18).

En un estudio en cuatro aldeas guatemaltecas se analizaron las causas de defunción de 222 niños, de los cuales, en estudios retrospectivos, 43 pudieron ser catalogados como desnutrición, a pesar de que sólo uno había sido certificado como tal. De estas 43 defunciones por desnutrición, 38 correspondían al grupo de edad de 1 a 4 años lo que representaba el 35% de todas las muertes en este grupo de edad (19). En áreas rurales de Guatemala se ha demostrado también que la mortalidad por sarampión y por diarrea entre niños desnutridos es mucho más alta que entre los bien nutridos.

No se ha encontrado diferencia entre áreas urbanas y rurales en la prevalencia de bocio endémico, siendo su distribución más bien por áreas geográficas. En el Estado Mérida, Venezuela, por ejemplo, la prevalencia varía entre 0 y 53% en las distintas áreas del Estado; el promedio encontrado en áreas rurales fue de 13% y en áreas urbanas de 12 por ciento (20).

En cuanto a anemias, no existe informa-

ción suficiente separando áreas rurales y urbanas. En diversos estudios en Latinoamérica, el porcentaje de anemias en áreas rurales varía entre el 4 y 15% de la población, usando como límite mínimo 10 g de hemoglobina por 10 cc (ml). Este es un porcentaje mayor que el que se encuentra comúnmente en las ciudades.

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmisibles como el paludismo, la tuberculosis, tétanos, lepra, la enfermedad de Chagas, enfermedades parasitarias, entre otras, son prevalentes en la mayor parte de las áreas rurales del Continente.

Se han logrado impresionantes progresos de la campaña continental de erradicación del paludismo, encontrándose actualmente en fase de consolidación o mantenimiento, es decir, se ha interrumpido la transmisión de la enfermedad en más de la tercera parte del área originalmente malárica de las Américas donde viven más de 95 millones de personas. Sin embargo, la protección y vigilancia epidemiológica necesarias para evitar la reinfección presenta serios problemas por ser la malaria una enfermedad esencialmente rural y por no existir siempre una red suficiente de servicios de salud para mantener una vigilancia adecuada.

El Dr. M. G. Candau, Director General de la OMS, expresó en la 38a Reunión del Consejo Ejecutivo de esta Organización, realizada en enero de 1967: "la erradicación de la malaria no puede alcanzarse sin un servicio de salud. Es una ilusión pensar que el problema podría ser resuelto sólo proveyendo suministros donde no hay servicios de soporte de salud" (21).

Lo mismo puede decirse de la viruela, enfermedad erradicada en varios países, pero no aún del Continente. Este año, precisamente, se iniciará un programa amplio de erradicación de esta enfermedad en las Américas, pero evidentemente serán necesarios servicios permanentes que den una

cobertura a la mayor parte de la población, a fin de mantener el nivel de inmunidad que se alcance.

La tuberculosis y la lepra son todavía problemas prevalentes, a pesar del extraordinario progreso alcanzado en las dos últimas décadas con la quimioterapia y los antibióticos. En ambas enfermedades se requiere el mejoramiento de la calidad y cantidad de datos sobre incidencia y acelerar las medidas de prevención y rehabilitación, todo lo que exige servicios permanentes de salud.

La información acerca de la prevalencia de la tuberculosis en áreas rurales comparada con la de áreas urbanas, demuestra que el porcentaje de positividad a la tuberculina es menor en poblaciones rurales. En un estudio de Baldó y otros en Venezuela, la positividad fue de 67% en áreas rurales y de 87% en áreas urbanas. En cuanto a la morbilidad, en el mismo estudio se expresa que los casos nuevos de tuberculosis descubiertos en tres estados, entre 1961 y 1963, fue de 3.27% de las personas examinadas en áreas rurales, y de 1.58% en áreas urbanas; esta diferencia, explica el autor, se debe particularmente a la mayor proporción de personas con síntomas que solicitan ser examinadas, en las áreas rurales. En cuanto a la mortalidad por tuberculosis, el mismo estudio indica que en 1962 eran prácticamente iguales, siendo ligeramente mayor en áreas rurales, lo que muy posiblemente se debe a la falta de servicios médicos (22).

Trabajos del Dr. Villas-Boas en el Brasil (23) y de Alvarado en Honduras (24), confirman también que no existe una diferencia marcada entre morbilidad y mortalidad por esta enfermedad entre áreas rurales y urbanas, aparte de la que se puede esperar por la diferencia de la cantidad y calidad de servicios médicos que existen en ambas áreas.

Las enfermedades entéricas y parasitarias constituyen también graves problemas en las áreas rurales. La elevada mortalidad producida por enfermedades diarreicas es con-

secuencia, en buena parte, de las altas tasas de mortalidad por esta causa en zonas rurales o pequeñas localidades. Los programas de abastecimiento de agua reducirán seguramente la morbilidad y mortalidad por estas causas, pero esto posiblemente no se alcance a corto plazo en las áreas rurales. Para conseguir una disminución marcada en la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas, que incide principalmente en los menores de cinco años, será necesario contar no sólo con programas de abastecimiento de agua, sino también de educación para la salud, mejorar el estado nutricional y una mejor y más oportuna atención médica.

La infestación por anquilostomiasis es notablemente más frecuente en el medio rural. En un estudio en Puerto Rico, el número de huevos por gramo de heces en dos comunidades rurales fue de 5,120 y 7,050, respectivamente, en cambio en dos comunidades urbanas, de muy bajo nivel económico, fue de 610 (25).

Lo mismo ocurre con la esquistosomiasis. El cuadro 4 muestra el porcentaje de población de niños en los que se encontró esquistosomas y anquilostomas en cinco estados del Brasil. En una encuesta se estudiaron algunas áreas urbanas y semiurbanas y áreas rurales. El porcentaje de niños infestados con ambos parásitos fue superior en áreas rurales, particularmente con el esquistosoma (26).

La enfermedad de Chagas es, aparentemente, de más prevalencia en áreas rurales debido, particularmente, a la mala calidad de la vivienda de estas áreas. En un estudio realizado en Venezuela, el vector fue encontrado en el 9.4% en "ranchos"; y en lo que se denominó "casa corriente" esta infestación fue de 0.4 por ciento (27).

En el cuadro 5 se indica el resultado de un estudio efectuado también en Venezuela en el que se investigó la existencia del vector de la enfermedad de Chagas en el Distrito Federal, área obviamente urbana, y en los Estados Aragua y Carabobo, que tienen una

CUADRO 4—Prevalencia de esquistosomiasis y anquilostomiasis en niños escolares en áreas urbanas y rurales de cinco Estados del Brasil, 1950.

Estado	Localidad	Prevalencia %	
		Esquistosoma	Anquilostoma
Pernambuco	Recife semiurbana	5.4	40.0
	São Lorenço rural	60.8	58.6
	Nazaré rural	55.3	40.6
	Ipojuca rural	10.9	61.2
Alagoas	Maceió semiurbana	11.2	43.0
	São Luís rural	29.9	61.9
	Pilar rural	25.3	50.9
Sergipe	Aracajú semiurbana	22.6	57.0
	Salgado rural	56.6	78.6
	Itaparangu rural	78.1	78.5
Bahía	Salvador urbana	7.0	31.4
	Açu da Torre rural	61.7	53.0
	Santa Amoro rural	23.1	46.8
	Cachoeira rural	21.8	39.8
Minas Gerais	Belo Horizonte semiurbana	7.8	20.2
	Lagoa Santa rural	13.8	43.1

Fuente: Datos obtenidos de la publicación "Distribuição de Esquistosomose mansonica no Brasil", Ministerio de Educação e Saude, Río de Janeiro, 1950.

proporción importante de población rural. El vector se encontró con mayor frecuencia y en un más alto porcentaje infectado en los dos estados mencionados (28). En diversos estudios en la Argentina se observa el mismo hecho. En un estudio con pruebas de fijación de complemento se encontró un 5% de positividad en Buenos Aires, en cambio, en reclutas militares concentrados en la ciudad

de Córdoba, pero originados en diversas regiones, una buena parte de áreas rurales, el porcentaje fue de 28 por ciento.

En un estudio de tres grupos de municipios en Venezuela, el primero catalogado como de "predominantemente rurales", por contener más del 50% de población rural, el segundo como de "medianamente rurales", con población entre 5 y 50% rural, y el tercero de "predominantemente urbanos", con menos de 5% de población rural se encontró que la mortalidad proporcional por tétanos fue de 3% en el primer grupo, 1.4% en el segundo, y 0.5% en el grupo urbano (3).

CUADRO 5—Estudio de vectores de enfermedad de Chagas en dos Estados y en el Distrito Federal de Venezuela, 1966.

Estados	No. de municipios	Municipios con vectores	% de vectores con enfermedad de Chagas
Distrito Federal	22	10	0
Aragua	25	25	76
Carabobo	29	25	59

Fuente: Campaña contra la "Enfermedad de Chagas". Informe mimeografiado del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas, 1966.

Salud maternoinfantil

La insuficiente cantidad y baja calidad de los servicios maternoinfantiles contribuyen a agravar el panorama y a elevar la mortalidad materna y la morbilidad y mortalidad

de niños, particularmente en el primer año de vida.

Ya se ha mencionado que sobre el 50%, y en muchos casos hasta el 90%, de los partos de la población rural se producen sin asistencia profesional alguna. La comadrona o matrona empírica, sin adiestramiento alguno, es la que atiende la mayoría de los partos.

Se ha descrito anteriormente la notable diferencia que existe en la mortalidad infantil entre áreas urbanas y rurales, a pesar de que en muchos países esto no se refleja en las estadísticas debido al subregistro en poblaciones rurales.

Provisión de agua potable

La Carta de Punta del Este estableció como meta para la década, la provisión de servicios de agua potable al 50% de la población rural de la América Latina. En 1965 sólo el 14% tenía agua, o sea, sólo se había llegado al 29% de la meta, a pesar de que desde 1961 hasta fines de 1966, se han comprometido entre fondos nacionales y préstamos internacionales para la construcción de abastecimientos de agua rurales, un total de 168,360,000 dólares.

El cuadro 6 da el número y porcentaje de la población rural con agua conectada en

CUADRO 6—Población total y población con servicios de agua potable en áreas urbanas y rurales en 23 países, 1965. (En millones).

Países	Población total		Población urbana			Población rural		
	Población	Población servida	Población	Población servida	Población servida %	Población	Población servida	Población servida %
Argentina.....	22.35	13.11	15.66	12.22	78.0	6.68	0.89	13.3
Barbados.....	0.24	0.19	0.10	0.09	90.0	0.14	0.10	71.4
Bolivia.....	3.69	0.64	1.30	0.51	39.2	2.39	0.13	5.4
Brasil.....	81.30	23.60	42.11	18.13	43.1	39.18	5.47	14.0
Colombia.....	18.06	8.35	9.59	6.80	70.9	8.47	1.55	18.3
Costa Rica.....	1.43	0.93	0.50	0.50	100	0.92	0.42	45.7
Cuba.....	7.63	3.35	4.56	3.23	70.8	3.06	0.12	3.9
Chile.....	8.56	4.55	6.03	4.20	69.7	2.53	0.35	13.8
Ecuador.....	5.15	1.52	1.82	1.18	64.8	3.32	0.34	10.2
El Salvador.....	2.92	1.31	1.10	0.72	65.5	1.82	0.59	32.4
Guatemala.....	4.43	1.33	1.52	0.83	54.6	2.91	0.50	17.2
Haití.....	4.39	0.35	0.73	0.24	32.9	3.66	0.11	3.0
Honduras.....	2.28	0.50	0.60	0.36	60.0	1.67	0.14	8.4
Jamaica.....	1.78	1.44	0.58	0.58	100	1.20	0.85	70.8
México.....	42.68	19.18	22.54	15.65	69.4	20.14	3.53	17.5
Nicaragua.....	1.65	0.34	0.68	0.32	47.1	0.96	0.02	2.1
Panamá.....	1.24	0.52	0.54	0.42	77.8	0.70	0.10	14.3
Paraguay.....	2.03	0.28	0.69	0.17	24.6	1.33	0.11	8.3
Perú.....	11.65	3.18	5.40	2.90	53.7	6.24	0.28	4.5
República Dominicana..	3.62	0.79	1.23	0.46	37.4	2.39	0.33	13.8
Trinidad y Tabago...	0.97	0.88	0.15	0.15	100	0.82	0.73	89.0
Uruguay.....	2.71	1.54	2.22	1.38	62.2	0.49	0.16	32.7
Venezuela.....	8.72	6.65	5.94	4.60	77.4	2.77	2.05	74.0
Total.....	239.48	94.53	125.59	75.64	60.2	113.79	18.87	16.6

* Cifras provisionales. Si se eliminan estas del total, los porcentajes de población urbana y rural servidas serían de 69% y 18% respectivamente.

Fuentes: Naciones Unidas. *Monthly Bulletin of Statistics* XXI:4, 1967.

OPS. *Las condiciones de salud en las Américas, 1961-1964. Estado actual del programa de agua potable en América Latina, 1966.*

su domicilio en 1965. Se observa que la mayoría de los países de Latinoamérica están aún muy lejos de llegar a la meta establecida en la Carta de Punta del Este. Las cifras anotadas se refieren sólo a los servicios de agua conectados a los domicilios, en localidades de menos de 2,000 habitantes. Existen también otras fuentes, como el agua de pozo o los pilones comunes, que no están incluidas en el cuadro.

La situación descrita para agua potable es aún más seria en lo que se refiere a disposición de excreta, campo en que la actividad es aún muy dispersa y de poca intensidad.

Recursos para los cuidados de la salud

Es natural que los servicios de salud de las áreas rurales no puedan ser completos y autónomos, por lo que la tendencia es de estructurarlos en forma de que sean parte de un sistema regional de servicios de salud en los que las áreas urbanas, suburbanas y rurales, estén adecuadamente combinadas constituyendo regiones autosuficientes. Así, la atención rural está basada en una red que tiene establecimientos en las ciudades del área, de las que dependen a su vez los servicios del área suburbana y los centros de atención rural. Todo esto constituye idealmente un sistema de comunicaciones de ida y vuelta, difundidos en el país y que pretende cubrir la totalidad de la población de cada territorio nacional.

La mayoría de los países de Latinoamérica están aún muy lejos de alcanzar esta cobertura ideal y existe una importante cantidad de poblaciones rurales sin el más elemental servicio de salud.

En cuadro 7 señala el número de camas de hospital y las tasas por mil habitantes en capitales y grandes ciudades y en el resto del territorio en 24 países, alrededor de 1965. La diferencia que se observa en el número de camas es notable, más aún si se

considera que las áreas rurales están incluidas en la segunda columna junto a poblaciones urbanas de tamaño reducido.

Bien conocido es el fenómeno de concentración de los médicos y otros profesionales en las grandes ciudades. El *Boletín* de la OSP, de abril de 1967, se refiere a la distribución de los médicos y como ejemplo ilustrativo presenta una gráfica que indica que en un condado en el Estado de Nueva York, Estados Unidos de América, la ciudad tiene un médico por 481 habitantes, en cambio, en las zonas rurales tiene 1 por 4,249 habitantes. Se observa en el artículo que en los países en vías de desarrollo el contraste en las ciudades y las zonas rurales es mucho más pronunciado (29).

El cuadro 8 muestra la distribución desigual de médicos entre las ciudades más importantes y el resto del territorio en 17 países del Continente. Mientras las tasas de médicos por 10,000 habitantes en las capitales y otras ciudades varían entre 5.8 y 28.8, en las áreas restantes de esos mismos países que incluyen las áreas rurales y áreas urbanas más pequeñas, las tres van de 0.8 a 8.0 por 10,000 habitantes.

Esta mayor concentración de personal profesional en áreas urbanas no es un fenómeno de una sola disciplina sino que se encuentra en todos los campos de las actividades tanto de salud, como en otros sectores del desarrollo.

Las zonas rurales representan para el profesional un aislamiento físico e intelectual. Muchos países han intentado desarrollar un sistema por el cual los médicos recién recibidos o para poder recibir su título, deben ejercer por lo menos 1, 2 y a veces 3 años en áreas rurales. Otros países han interesado a los profesionales jóvenes en el trabajo del medio rural a través de becas o dándoles facilidades de alojamiento, ofreciéndoles oportunidad de trabajo de posgrado, vacaciones especiales, entre otros beneficios.

CUADRO 7—Camas de hospital, con tasas por 1,000 habitantes, en 24 países alrededor de 1965.

País	Año	Camas de hospital		Capitales y grandes ciudades ^a		Resto del país	
		Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Argentina.....	1964	141,802	6.4	60,398 ^{a, b}	8.3	81,404	5.5
Barbados.....	1964	1,393	5.8				
Bolivia.....	1964	9,098	2.5	2,670 ^b	5.6	6,428	2.0
Brasil.....	1964	228,566	2.9	69,826 ^{a, c}	7.1	167,104 ^c	2.6
Colombia.....	1965	47,647	2.6	21,620 ^{a, b, d}	3.7	24,887 ^d	2.2
Costa Rica.....	1965	6,246	4.4	3,903 ^b	7.5	2,343	2.6
Cuba.....	1965	42,162	5.5				
Chile.....	1965	35,956	4.2	16,334 ^{b, d}	5.9	19,956 ^d	3.6
Ecuador.....	1964	11,199	2.3	3,880 ^b	3.7	7,319	1.9
El Salvador.....	1965	6,398	2.2	3,362 ^b	6.2	3,036	1.3
Guatemala.....	1965	11,128	2.5	6,221 ^{b, d}	7.6	4,832 ^d	1.4
Guyana.....	1964	3,424	5.4				
Haití.....	1965	3,035	0.7				
Honduras.....	1965	3,674	1.6	2,025 ^b	5.9	1,649	0.9
Jamaica.....	1964	6,907	4.0	4,662 ^a	11.6	2,245	1.7
México.....	1966	86,151	2.0				
Nicaragua.....	1965	3,822	2.3	1,667 ^b	4.9	2,155	1.6
Panamá.....	1964	4,304	3.6	2,519 ^c	7.0	1,785	2.1
Paraguay.....	1964	4,297	2.2	2,330 ^a	7.0	1,967	1.2
Perú.....	1965	28,395	2.4	12,135 ^b	4.7	16,260	1.8
República Dominicana.....	1966	10,620	2.8	5,151 ^a	9.0	5,469	1.7
Trinidad y Tabago.....	1962	4,712	5.3				
Uruguay.....	1963	16,935	6.4	9,244 ^b	7.6	7,691	5.4
Venezuela.....	1965	28,348	3.3	9,238 ^a	6.3	19,110	2.6

^a Capital y ciudades de 500,000 habitantes o más.

^b Departamentos, provincias y estados en que se encuentra la capital y ciudades de 500,000 o más habitantes.

^c 1962.

^d 1964.

^e Distrito de salud.

Fuentes: OPS/OMS. *Informe anual sobre instituciones de salud y recursos humanos*, 1965 (Formas E y G).

OPS. *Las condiciones de salud en las Américas, 1961-1964*.

Publicaciones de diversos países.

Sistemas utilizados para dar servicios de salud en áreas rurales

Mucho se ha insistido en que es urgente y fundamental la necesidad de establecer una estructura de servicios básicos de salud que dé una amplia cobertura aunque estos servicios sean mínimos. Se ha generalizado en el Continente la convicción de que debe utilizarse con mucha mayor amplitud los auxiliares de salud, particularmente en servicios periféricos. Se reconoce que estos auxiliares deben estar debidamente adiestrados y periódicamente supervisados. Esto naturalmente no se opone al establecimiento de incentivos adecuados, a fin de atraer mé-

cos, enfermeras y otros trabajadores hacia los servicios rurales.

Los servicios de salud en el medio rural latinoamericano son generalmente ofrecidos por un auxiliar que es visitado periódicamente por un médico. La periodicidad de estas visitas está condicionada a los medios de transporte disponibles y al tiempo necesario de viaje para llegar a estos lugares. La regularidad en el cumplimiento de esta clase de servicios en muchos sitios está supeditada a condiciones climatológicas; inundaciones, derrumbes, u otros accidentes similares, interrumpen muchas veces el cumplimiento del calendario de visitas por el cierre de las vías de comunicaciones. Por

CUADRO 8—Número de médicos y razones por 10,000 habitantes en 17 países alrededor de 1964.

País	Año	Capitales y grandes ciudades		Resto del país	
		Número	Razón	Número	Razón
Argentina ^a	1962	20,353	28.8	11,478	8.0
Bolivia ^b	1963	456	9.7	576	1.8
Brasil ^c	1962	13,154	13.9	16,686	2.6
Colombia ^a	1962	3,784	7.4	3,669	3.8
Costa Rica ^b	1962	408	9.3	167	2.0
Cuba ^d	1965	3,595	22.8	3,220	5.3
Chile ^b	1964	2,957	10.6	1,885	3.4
Ecuador ^b	1965	786	7.2	916	2.3
El Salvador ^b	1963	352	7.0	229	1.0
Honduras ^b	1965	188	5.8	153	0.8
México ^a	1965	10,832	14.9	10,333	3.1
Panamá ^d	1964	302	7.19	121	1.6
Paraguay ^d	1964	800	24.2	261	1.6
Perú ^d	1964	3,420	17.1	1,815	2.0
República Dominicana ^b	1963	1,471	28.5	614	2.2
Uruguay ^b	1964	2,400	19.5	651	4.5
Venezuela ^d	1964	3,027	17.6	3,557	5.3

^a Distrito Federal y departamentos o provincias con ciudades de más de 500,000 habitantes.

^b Departamento o provincia que incluye la capital del país.

^c Distrito Federal y ciudades de más de 500,000 habitantes.

^d Area metropolitana de la ciudad capital del país.

Fuente: OPS. *Las condiciones de salud en las Américas, 1961-1964.*

otra parte, como generalmente estos servicios están a cargo de un solo médico, su ausencia por cualquier motivo interrumpe también las visitas.

En ciertos países, especialmente en Centroamérica, se ha generalizado el sistema de las unidades médicas móviles que cuentan con facilidades de clínicas ambulantes. Incluyen un médico, una enfermera, a veces un educador sanitario y en oportunidades un pequeño laboratorio para determinados exámenes. En este caso no existe un dispensario o posta rural establecida. El cumplimiento del itinerario de este tipo de servicios depende de si las vías de comunicación están transitables. Como se ha dicho, las condiciones climatológicas pueden interrumpir una carretera o hacer imposible la navegación, impidiendo el cumplimiento de estas actividades. En todo caso, esta clase de servicios móviles mecanizados requiere un servicio de mantenimiento eficiente, unidades de transporte de reserva y como el

personal tiene que regresar a su base o continuar un itinerario de viaje, su labor se ve siempre restringida a lo más elemental en lo curativo. Se trata, además, de un sistema difícil de administrar con costos muy elevados. Por último, resulta difícil muchas veces conseguir personal técnico para su atención debido al esfuerzo que este tipo de trabajo envuelve y a lo rutinario de las labores.

Los médicos de estos servicios que hacen visitas periódicas, ya sea con una unidad médica móvil o con un dispensario o posta rural establecidas, prestan una atención predominantemente curativa, de acción fugaz por su propia naturaleza y por la brevedad del tiempo disponible que les impide desarrollar una labor preventiva y de fomento. El gran porcentaje de los pacientes está formado por casos crónicos que el médico ve reiteradamente durante las visitas sucesivas.

Un sistema de atención a las comunidades rurales iniciado en un país, sobre la base de

personal auxiliar permanente, consiste en la delegación de atribuciones específicas en este personal auxiliar, previamente adiestrado y debidamente supervisado. Este personal está preparado no sólo para promover y proteger sino también para ayudar a recuperar la salud. Todas las funciones, y particularmente la curativa, están reguladas por un manual en el que se establece claramente hasta dónde debe llegar el auxiliar y cuándo debe referir el enfermo a un servicio que cuente con un médico. El éxito de la actividad curativa de este personal, le da prestigio y promueve la aceptación del campesino a cualquier otra indicación que envuelva promoción y protección de la salud. Fundamentalmente estos auxiliares llevan el registro de nacimientos y defunciones, inmunizan, toman y envían muestras de laboratorio, orientan a la población en materia de saneamiento ambiental básico, instruyen a la embarazada sobre los cuidados propios de su estado y a la madre para la crianza del niño, dan primeros auxilios, atienden ciertas enfermedades debidamente especificadas en el manual y colaboran en campañas específicas que se estén desarrollando en el área. Este personal auxiliar forma parte del servicio regionalizado de salud, y por lo tanto recibe supervisión periódica, particularmente por personal de enfermería debidamente calificado. El manual mencionado anteriormente tiene el doble propósito de ser normativo del trabajo y de servir para el constante readiestramiento. En esta forma se ofrece un servicio mínimo pero integral, en el último nivel local.

En otro país se ha utilizado un sistema similar, pero con un programa de trabajo y de preparación mucho más restringido, utilizando maestros de escuelas rurales. Este programa se desarrolla en áreas rurales de gran dispersión de población, donde las distancias y las posibilidades de supervisión y de tener servicios propios son muy escasas por el enorme costo que estos significarían. Estos maestros reciben un adiestramiento

durante sus vacaciones. Tanto el adiestramiento como la supervisión, aunque mínima, son responsabilidad del servicio local de salud correspondiente. La responsabilidad del trabajo en este caso también está claramente establecida en un manual, que es a la vez normativo y educativo y se limita en lo curativo a primeros auxilios y tratamientos muy elementales de enfermedades de diagnóstico fácil y cuyo tratamiento no envuelve riesgo alguno. Estos maestros prestan estos servicios gratuitamente y reciben una anotación en su hoja de vida, que les sirve para futuras promociones en su carrera docente.

Se ha utilizado también personal auxiliar de carácter voluntario, con o sin adiestramiento. Naturalmente, el cumplimiento de normas administrativas usando este tipo de personal se basa en la buena voluntad y deseos de servir.

Un país ha establecido para regiones alejadas de los centros urbanos, de población rural dispersa, puestos de primeros auxilios atendidos por personal de policía. Este personal adiestrado durante varios meses en la capital del país, representa una colaboración muy valiosa para estas zonas especialmente en regiones de la cordillera de difícil acceso. Hasta ahora se han instalado cerca de 80 de estos puestos y se proyecta seguir aumentándolos. Ese mismo país utiliza postas rurales atendidas por auxiliares o parteras en regiones rurales más accesibles. Estas postas tienen de dos a cuatro camas utilizadas para partos.

En varios países, donde se han desarrollado campañas de erradicación de la malaria o de la viruela, pero particularmente de aquella se está tratando de aprovechar los servicios y elementos utilizados por esta campaña, para aumentar la infraestructura de salud en las áreas rurales, al mismo tiempo que los servicios de salud se hacen cargo de la vigilancia epidemiológica en las fases avanzadas de las campañas de erradicación.

En general, todos los países, unos con más énfasis que otros, están afrontando los

problemas básicos de las áreas rurales en un esfuerzo conjunto de desarrollo de la comunidad, que ha sido definido "como un grupo de procesos por los cuales el esfuerzo de la población misma se une con el de las autoridades gubernamentales para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, a fin de integrarlas en la vida de la nación y permitirles así contribuir plenamente al progreso nacional" (30).

Estos programas contemplan generalmente acciones en los campos de la agricultura, la pequeña industria, el crédito agrícola, estructura general, la organización comunal, la artesanía, la educación, el fomento cooperativo, la vivienda y la salud, entre otros.

Este tipo de programas de desarrollo socioeconómico integral, se está llevando a cabo particularmente en áreas donde existen poblaciones indígenas, que han estado al margen del desarrollo del país correspondiente. Los aspectos de salud de este tipo de programas consisten, esencialmente, en crear una adecuada infraestructura de salud, con la construcción de modestas postas médicas y sanitarias, con transporte adecuado y el refuerzo de la capacidad actual de unidades existentes. Los programas de acción son mínimos e incluyen la atención de la madre y del niño, el control de enfermedades transmisibles, saneamiento básico, la alimentación y la atención médica más elemental.

La mayoría de los países atienden las áreas rurales en forma incompleta. Esta atención está basada en los sistemas de extensión de servicios descritos idealmente por la segunda reunión del Comité de Expertos de Administración Pública de la OMS (7). Existe la necesidad urgente de aumentar la cobertura actual, ya que extensas áreas carecen de un servicio mínimo de salud, a lo que se suma la ausencia casi absoluta de saneamiento y en muchos casos existe un aislamiento de todo orden.

Se hace necesario estudiar los diversos

sistemas que mejor se adapten a cada uno de los países para que estos puedan alcanzar progresivamente una cobertura adecuada del medio rural con servicios mínimos de salud, los que a su vez deben estar integrados con otros programas de desarrollo en estas áreas, a fin de contribuir al progreso social y económico de estas poblaciones.

Resumen

En este trabajo se analizan las deficientes condiciones generales en que se encuentra la población rural en la América Latina, creadas por problemas de orden económico-social que se han ido perpetuando y que han provocado una fuerte migración hacia las ciudades, creando lo que se ha dado en llamar la ruralización del medio urbano.

Es evidente el interés expresado por los Gobiernos a través de diversas reuniones y documentos, especialmente en la Carta de Punta del Este, y en la Declaración de los Jefes de Estado, de abril de 1967, hacia la necesidad de mejorar y extender los servicios de salud a todos los confines del Continente, a fin de que lleguen también a la población rural y le permitan jugar el papel que les corresponde en el desarrollo económico-social de cada país.

Se analizan las diversas definiciones que se han propuesto para áreas rurales, particularmente aquellas que se utilizan al analizar los problemas de salud. Se reconocen las dificultades para definir áreas rurales y se acepta, para los efectos de este trabajo, la basada en el número de habitantes, que es la utilizada por la mayoría de los países.

Un hecho que evidencia la importancia que la población rural tiene en la América Latina es que en 1965 aproximadamente 114 millones de habitantes vivían en estas áreas, lo que representó un 47.6% de la población total de ese año. Aun si las tendencias actuales continuaran, o sea, si la corriente de migración hacia las ciudades sigue al mismo ritmo, para 1970 aunque el porcentaje total de población rural bajará a un 42.6%, la

población total subirá a 117 millones. Si proyectamos aun estas estimaciones hacia 1980, observamos que la población rural seguirá aumentando hasta alcanzar 118 millones de habitantes.

La proporción de población que vive en áreas rurales en la América Latina varía en los diversos países entre 18% en el Uruguay y 83% en Haití.

Los problemas de salud que existen en estas áreas son en general comunes a los de las zonas urbanas. Sin embargo, la insuficiente notificación de enfermedades y una falta generalizada de estadísticas vitales y de salud hace que los conocimientos sobre los problemas de salud en el medio rural no sean exactos. Pero si se comparan las tasas de mortalidad general o de mortalidad infantil en zonas predominantemente rurales de algunos de los países de las Américas, con las de otras zonas que son en su mayoría rurales en los mismos países, se advierte una marcada diferencia. La mortalidad infantil es dos, y a veces tres, veces más alta en las áreas rurales.

De los escasos datos que existen, es evidente que la desnutrición proteico-calórica es mucho más grave en las áreas rurales que en las urbanas. Se dan datos sobre diversos estudios parciales.

Enfermedades transmisibles como paludismo, tuberculosis, tétanos, lepra, enfermedad de Chagas y enfermedades parasitarias, entre otras, son prevalentes en la mayor parte de las áreas rurales del Continente; diversos estudios en varios países así lo corroboran.

Se han realizado grandes esfuerzos en la década comenzada en 1961, para cumplir con la meta establecida en la Carta de Punta del Este sobre provisión de servicios de agua potable para el 50% de la población rural. A pesar de estos esfuerzos la mayoría de los países están muy lejos de cumplir con la meta fijada.

Se hacen notar las grandes deficiencias que existen en la mayoría de los países en

materia de servicios establecidos en el medio rural. Tanto el número de camas de hospital como los centros de salud y postas rurales no cubren sino escasamente a la población rural y existen extensas zonas que no tienen servicio alguno. Lo mismo sucede con los recursos humanos, existiendo una marcada tendencia tanto de los médicos como de otros profesionales, de concentrarse en las grandes ciudades, en vista del aislamiento físico e intelectual que el área rural presenta.

Los países han utilizado diversos sistemas para dar servicios de salud a la población rural. Las características generales de este tipo de servicios están basadas en el hecho común de que el medio rural presenta dificultades de acceso y por tanto, aislamiento. Dificultades para utilizar médicos y otros profesionales para trabajar en estas áreas han llevado a una solución común que es la utilización de un funcionario *ad hoc* con características especiales llamado "auxiliar". Algunos países usan el auxiliar debidamente adiestrado, en otros son maestros de escuelas primarias, aun otros utilizan policías, por último, hay quienes usan voluntarios y auxiliares sin adiestramiento alguno. Cada país da a estos auxiliares una formación que varía de un país a otro y una responsabilidad también variable.

Desafortunadamente en la mayoría de los países no se da a este tipo de funcionarios una supervisión adecuada y no existe lo que es aun más importante, un esquema general de regionalización, que permita una doble avenida tanto de servicios como de técnicos, que vayan desde los centros más poblados a las zonas rurales y vice-versa.

Se analizan las diversas formas de visitas que los médicos hacen a las zonas rurales, sean ellas en unidades móviles sin una infraestructura permanente, o con una posta o servicio mínimo. Este tipo de consultas en las que el médico no tiene gran interés ya que se perpetúa la situación existente, atendándose generalmente los mismos casos crónicos, no es satisfactorio.

Varios países han iniciado programas especiales de salud en áreas rurales, como parte de su plan nacional de desarrollo económico-social en el que la salud forma parte de un conjunto de acciones destinadas a sacar el medio rural del aislamiento, la

pobreza y el subdesarrollo en que se encuentra. En estos programas se considera la salud como un componente básico del progreso económico, y uno de los factores fundamentales en el desarrollo de la comunidad. □

REFERENCIAS

- (1) I. Chiva "Rural Communities, Problems, Methods and Types of Research". Reports and Papers in the Social Sciences No. 10, 1958, UNESCO.
- (2) Smillie, Wilson G. *Preventive Medicine and Public Health*, Nueva York: The McMillan Co., 1949.
- (3) Baldó, J. I.; González, C. L.; Guedez Lima, P.; Obregón, G. V., y González, H. L. J. "El problema sanitario-asistencial de la población rural dispersa". Mimeografiado. Barinas, septiembre, 1963.
- (4) Hepp, Juan "Programa de atención de la salud en el medio rural". Trabajo presentado al Consejo Técnico Nacional de Salud (Santiago, Chile), 11 de abril, 1967.
- (5) González, C. L. "Requisitos mínimos de los servicios rurales de salud para sustentar los programas de erradicación de la malaria". *Bol Ofic Sanit Panamer* 55(2):146-163, 1963.
- (6) Organización Panamericana de la Salud. "Postas rurales de Salud y Centros de Salud Rurales", Proyecto de definiciones y criterios sometido por la OPS al Banco Interamericano de Desarrollo. Mimeografiado, julio, 1966.
- (7) Organización Mundial de la Salud. "Methodology of Planning an Integrated Health Programme for Rural Areas", Segundo Informe del Comité de Expertos en Administración Sanitaria. *Ser Inf Técn No.* 83, 1954.
- (8) Banco Interamericano de Desarrollo. *Fondo Fiduciario de Progreso Social*. Segundo Informe Anual. Washington, D.C., 1962.
- (9) Chile. "Proyecto de atención médica integrada para población de áreas rurales y suburbanas de grandes ciudades". Programa enviado al Banco Interamericano de Desarrollo por el Gobierno de Chile, Santiago, 1967.
- (10) Venezuela, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. "El reto de la urbanización a la salud pública". Mimeografiado. Caracas, 1967.
- (11) Behm Rosas, Hugo "Mortalidad infantil y nivel de vida". Universidad de Chile. Santiago, Chile, 1962.
- (12) Gómez F.; Galván, R. R.; Frenk, S.; Muñoz, J. C.; Chávez, R. Vázquez, J. "Mortality in Second and Third Degree Malnutrition". *J Trop Pediat* 2(2):77-83, 1956.
- (13) Organización Mundial de la Salud. Informe. Comité de Expertos de Evaluación Médica del Estado de Nutrición. *Ser Inf Técn No.* 258, Ginebra, 1963.
- (14) Standard, K. L. et al. "The Validity of Certain Physical Signs as Indices of Generalised Malnutrition in Young Children." *J Trop Pediat*, 11(4):100-106, 1966.
- (15) Jelliffe, D. B.; Symonds, B. E. R., y Jelliffe, E. F. P. "The Pattern of Malnutrition in Early Childhood in Southern Trinidad". *Pediat* 57(6):922-935, 1960.
- (16) Anteproyecto para la prolongación del Programa Integrado de Nutrición Aplicada (PINA), en Puno. Lima, Perú, 1965 (mimeografiado).
- (17) Laroche, V. *Bull Soc Pathol Exot* 58:6, 1965.
- (18) Bengoa, J. M. VII International Congress of Nutrition, Hamburg, 1966.
- (19) Behar, M. et al. "Estudio sobre las causas de defunción de los niños en cuatro poblaciones rurales de Guatemala" *Bol Ofic Sanit Panamer* 45(5):412-420, 1958.
- (20) ICNND, Nutrition Survey, Venezuela, 1964.
- (21) Horwitz, Abraham. "Proyección Cuadrilateral del Programa de la Organización", Washington, D.C., 1967.
- (22) Baldó, J. I.; Curiel, J. y Lobo Castellano, O. "La tuberculosis rural en Venezuela". *Bol Ofic Sanit Panamer* 58(1):66-82, 1965.
- (23) Villas-Boas, A. "A tuberculose no interior do Brasil". *Rev Serv Nac Tuberculose*. Vol. 10, No. 38, Río de Janeiro, Brasil.
- (24) Alvarado, R.; Guzmán, A. y Buroncle, A. "Lucha antituberculosa en el área rural de Honduras". *Rev Med Hond* Vol. 32, Tegucigalpa, 1964.
- (25) Daensvang, S. "Puerto Rico". *J Public Health Trop Med* 7:359, 1963.
- (26) Ministerio da Educação e Saude, "Distribuição de Esquistosomose mansonica no Brasil". Río de Janeiro, 1950.
- (27) Dirección de Malariología y Sanidad Ambiental. *Boletín Informativo* 6:64, Caracas, Venezuela, 1966.
- (28) Ministerio de Sanidad y Asistencia Social "Campaña contra la enfermedad de Chagas". Informe mimeografiado. Caracas, Venezuela, 1966.

- (29) Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud "Guardianes de la Salud" *Bol Ofic Sanit Panamer* 62(4):359, 1967.
- (30) Unión Panamericana. Departamento de Asuntos Sociales. "Aspectos del desarrollo de la comunidad en América Latina y la acción de la OEA en este campo". Washington, D.C., 1967.
- (31) Gordon, John E. *et al.* "La enfermedad diarreica aguda en los países en vías de desarrollo". *Bol Ofic Sanit Panamer* 56(5):424-435, 1964.
- (32) Anteproyecto para la continuación del Convenio con OSP/OMS, FAO y UNICEF sobre el PINA, La Paz, Bolivia, 1966 (mimeografiado).
- (33) Beghin, I. *et al.* "Le centre de récupération pour enfants malnourris de Fond-Parisien (Haiti): rapport préliminaire sur le fonctionnement du centre et résultats des quatre premiers mois d'activités". *Ann Soc belge Méd Trop* 45:5, 557-576, 1965.
- (34) Jelliffe, D. B. y Jelliffe, P. "Prevalence of Protein-Calorie Malnutrition in Haitian Preschool Children". *Amer J Public Health* 50(9):1355-1366, 1960.
- (35) Anteproyecto para la prolongación del PINA Bogotá, Colombia, 1966 (mimeografiado).
- (36) Instituto Nacional de Nutrición, Encuesta Nutricional de las localidades de Zulma (Garron) y Rioloro (Gigante) Hila, 1965, EPI-66-109, Bogotá, 1966.

Health Services in Rural Areas (Summary)

The present paper discusses the inadequate general conditions of the rural population in Latin America, created by economic and social problems which have become chronic and have led to wholesale migration into the cities, creating what has come to be known as the ruralization of the urban environment.

Keen interest has been expressed by Governments in numerous meetings and documents, particularly in the Charter of Punta del Este and in the Declaration by the Chiefs of State in April 1967, stressing the need for improving and extending health services throughout the Continent to cover the rural population and enable it to play its proper part in the economic and social development of all the various countries.

There is some discussion of the various ways proposed for defining rural areas, particularly those used in the analysis of health problems. The difficulty of defining rural areas is recognized, and for the purposes of the present paper the definition accepted is that based on number of inhabitants, as utilized in most countries.

One fact which emphasizes the importance of the rural population in Latin America is that in 1965 approximately 114 million inhabitants, or 47.6 per cent of the total population in that year, were living in rural areas. Even if the present trend continues, in other words if the drift to the cities goes on at the same rate, by 1970, even though the total ratio of rural to urban population will fall to 42.6 per cent, the total rural population figure will rise to 117 million. If we take the projection of these estimates to 1980, we find that the rural population will further increase to 118 million persons.

The rural proportion of the population in Latin America varies according to the country

from 18 per cent in Uruguay to 83 per cent in Haiti.

The health problems in these areas are generally speaking the same as those found in urban zones; however, inadequate reporting of diseases and a general lack of vital and health statistics make it impossible to obtain any exact knowledge concerning the health problems of the rural environment. But if the general mortality or child mortality rates in predominantly rural zones in some of the countries of the Americas are compared with those of other largely urban zones in the same countries, there is a marked difference: child mortality is two to three times higher in the rural areas.

From the scanty data available it is clear that protein-calorie malnutrition is more serious in rural areas than in the cities. Data are furnished on a number of partial studies on this subject.

Communicable diseases such as malaria, tuberculosis, tetanus, leprosy, Chagas's disease and parasitological diseases are prevalent throughout most of the rural areas of the Continent; this is confirmed by a number of studies carried out in various countries.

Considerable efforts have been made since the beginning of the 1961-1970 decade to reach the target set by the Charter of Punta del Este, namely the provision of drinking water to 50 per cent of the rural population; but in spite of all efforts, the majority of the countries are a long way from achieving the target.

Mention is made of the serious deficiency found in most of the countries in the matter of rural health services. Neither the number of hospital beds nor the network of health centers and rural posts can pretend to cover even approximately the needs of the rural population,

and there are vast zones where no service whatever exists. The same is true of human resources—there is a marked tendency for both doctors and other professional health workers to concentrate in the towns, because of the physical isolation and the mental stagnation which living in the rural area implies.

Countries have resorted to a variety of schemes in an attempt to provide health services for the rural population. In the main these services start out from one basic fact common to all of them—that the rural environment is difficult of access and therefore isolated. The difficulty of finding medical practitioners and other professional workers willing to work in these areas has everywhere tended to point in one particular direction, namely to the use of a special type of *ad hoc* personnel—the auxiliary health worker. Some countries make use of properly trained auxiliaries; in others primary school teachers are used; others again make use of members of the police force; and finally there are some which recruit volunteers and auxiliary workers without any training whatsoever. The auxiliaries are given some sort of instruction which varies from country to country, and their duties are likewise variable.

Serviços de saúde em áreas rurais (Resumo)

Neste trabalho são analisadas as deficientes condições gerais em que se encontra a população rural na América Latina, criadas por problemas de ordem econômico-social que se têm vindo perpetuando e que têm provocado intensa migração para as cidades, criando o que se passou a chamar a ruralização do meio urbano.

É evidente o interesse expresso pelos governos em diversas reuniões e documentos, especialmente na Carta de Punta del Este e na Declaração dos Chefes de Estado de abril de 1967, no que diz respeito à necessidade de melhorar os serviços de saúde e de estendê-los a todos os recantos do Continente, a fim de que cheguem também à população rural e lhe permitam desempenhar o papel que lhe cabe no desenvolvimento econômico-social de cada país.

São analisadas as diversas definições que têm sido propostas para áreas rurais, especialmente as que são utilizadas quando se analisam os problemas de saúde. São reconhecidas as dificuldades que há para definir áreas rurais e aceita-se, para os efeitos do trabalho, a definição baseada no número de habitantes, que é a utilizada pela maioria dos países.

Um fato que evidencia a importância que

Unfortunately, in most of the countries this type of personnel is not adequately supervised, and what is even more important, there is no overall regional decentralization providing a two-way system of services and technical staff from the more populated centers to the rural zones and vice versa.

Reference is made to the various procedures by which doctors make the rounds of the rural zones, in mobile units where there is no permanent infrastructure or otherwise where there is a post or skeleton service. The types of consultation thus provided is of little interest to the medical practitioner, since it merely perpetuates the present situation where as a rule only the same chronic cases are dealt with, and it is unsatisfactory.

A number of countries have started special health programs in rural areas as part of their national economic and social development plans. Health is one facet of an overall campaign to remedy the isolation, poverty and backwardness of the rural areas. In these programs health is regarded as a basic aspect of economic progress and one of the fundamental factors in community development.

tem a população rural na América Latina é que, em 1965, viviam nas zonas rurais cerca de 114 milhões de pessoas, o que correspondia naquele ano a 47.6% da população total. Se continuarem as tendências atuais, ou seja, se a corrente de migração para as cidades continuar no mesmo ritmo, no ano de 1970, se bem que baixe para 42.6% a percentagem representada pela população rural, o total dessa população subirá para 117 milhões. Se projetarmos essas estimativas para 1980, observaremos que a população rural continuará aumentando e chegará a 118 milhões de habitantes.

A proporção da população que vive nas zonas rurais na América Latina varia nos diversos países de 18%, no Uruguai, a 83%, no Haiti.

Os problemas de saúde que existem nas referidas zonas são, em geral, comuns aos centros urbanos. Entretanto, a insuficiente notificação de doenças e a falta generalizada de bioestatísticas e estatísticas de saúde determinam que não sejam exatos os conhecimentos sobre os problemas de saúde no meio rural. Todavia, se se compararem as taxas de mortalidade geral ou de mortalidade infantil em zonas predominantemente rurais de alguns dos países da América com as de outras zonas que são em

sua maioria rurais dos mesmos países, observar-se-á acentuada diferença. A mortalidade infantil é duas e, em alguns casos, três vezes mais alta nas zonas rurais.

Ante os escassos dados que existem, é evidente que a desnutrição protéico-calórica é muito mais grave nas zonas rurais do que nos centros urbanos. São apresentados dados sobre diversos estudos parciais.

As doenças transmissíveis como, entre outras, a malária, a tuberculose, o tétano, a lepra, a doença de Chagas e as doenças parasitárias, são prevalentes na maior parte das zonas rurais do Continente, conforme demonstram diversos estudos realizados em vários países.

Têm sido realizados, nesta década, grandes esforços no sentido de cumprir a meta estabelecida na Carta de Punta del Este, no que diz respeito ao fornecimento de serviços de água potável a 50% da população rural. Apesar desses esforços, os países, em sua maioria, estão muito longe de cumprir a meta estabelecida.

São ressaltadas as grandes deficiências que existem na maioria dos países em matéria de serviços estabelecidos no meio rural. O número de leitos de hospital e os centros de saúde e postos rurais não alcançam, a não ser escassamente, a população rural, havendo extensas zonas que não dispõem de serviço algum. O mesmo acontece com os recursos humanos, existindo acentuada tendência, tanto dos médicos como de outros profissionais, para se concentrarem nas grandes cidades, dado o isolamento físico e intelectual que apresentam as zonas rurais.

Os países têm utilizado diversos sistemas para proporcionar serviços de saúde à população rural. As características gerais desse tipo de serviço baseiam-se no fato comum de que o meio rural apresenta dificuldades de acesso e,

portanto, isolamento. As dificuldades para aproveitar médicos e outros profissionais para trabalhar nas referidas zonas têm conduzido a uma solução comum, que é a utilização de um funcionário *ad hoc* com características especiais, o chamado auxiliar. Alguns países usam auxiliares devidamente treinados; em outros, são usados professores de escola primária; outros, utilizam policiais; e, por último, há países que usam voluntários e auxiliares sem nenhum treinamento. A formação dada a esses auxiliares varia de país a país e é também variável a responsabilidade a eles conferida.

Infelizmente, na maioria dos países, não se dá a esse tipo de funcionários uma supervisão adequada e, o que é mais grave, não existe um esquema geral de regionalização que permita uma dupla via de acesso, tanto de serviços como de técnicos, que vá dos centros mais povoados às zonas rurais e vice-versa.

São analisadas as diversas formas de visita que os médicos fazem às zonas rurais, seja em unidades móveis sem uma infra-estrutura permanente, seja em posto ou serviço mínimo. Esse tipo de consulta—nas quais o médico não tem grande interesse, um vez que se perpetua a situação existente, atendendo-se geralmente aos mesmos casos crônicos—não é satisfatório.

Vários países iniciaram programas especiais de saúde em zonas rurais como parte do seu plano nacional de desenvolvimento econômico e social, no qual a saúde faz parte de um conjunto de atividades destinadas a tirar o meio rural do isolamento, da pobreza e do subdesenvolvimento em que se encontra. Nesses programas, a saúde é considerada como um componente básico do progresso econômico e como um dos fatores fundamentais do desenvolvimento da comunidade.

Services de santé dans les régions rurales (Résumé)

Ce document examine les conditions générales défavorables dans lesquelles vit la population rurale de l'Amérique latine, conditions créées par les problèmes économiques et sociaux qui n'ont fait que se perpétuer et qui ont été produits par une forte migration vers les villes, créant un état de choses que l'on a appelé la "ruralisation" du milieu urbain.

L'intérêt exprimé par les gouvernements ressort des diverses réunions et documents, notamment la Charte de Punta del Este et la Déclaration des chefs d'Etat d'avril 1967, qui soulignent la nécessité d'améliorer et d'élargir les services de santé dans toutes les parties du

continent, afin qu'ils englobent également la population rurale et lui permettent de jouer le rôle qui lui revient dans le développement économique et social de chaque pays.

Le document examine en détail les diverses définitions que l'on a proposées pour les régions rurales, particulièrement celles qui servent à étudier les problèmes de la santé. Il reconnaît les difficultés qu'il y a de délimiter les régions rurales et accepte comme base de ces travaux le nombre d'habitants qui est utilisé par la majeure partie des pays.

La place importante qu'occupe la population rurale en Amérique latine est indiquée par le

fait que 114 millions d'habitants environ vivaient dans ces régions, soit 47.6% de l'ensemble de la population de cette année-là. Même si les tendances actuelles continuent ou que le mouvement de la population poursuit le même rythme, en 1970, bien que le pourcentage total de la population rurale tombera à 42.6%, la population totale passera à 117 millions. Si nous portons ces prévisions jusqu'en 1980, nous constatons que la population rurale continuera à augmenter à 118 millions d'habitants.

La proportion de la population qui vit dans les régions rurales varie suivant les pays entre 18% en Uruguay et plus de 83% en Haïti.

Les problèmes de santé qui existent dans ces régions sont en général communs à ceux des zones urbaines; toutefois, la notification insuffisante de maladies et l'absence générale de statistiques démographiques et sanitaires font que les données relatives aux problèmes de santé dans le milieu rural ne sont pas exactes. Mais si l'on compare les taux de mortalité générale ou de mortalité infantile dans les zones essentiellement rurales de quelques pays des Amériques avec ceux des autres zones, en majeure partie rurales, des mêmes pays, on constate une différence notable. La mortalité infantile est deux fois et parfois trois fois plus élevée dans les régions rurales.

Il ressort des données peu abondantes dont on dispose que la malnutrition protéique et calorique est beaucoup plus grave dans les régions rurales que dans les zones urbaines. Des renseignements sont fournis sur diverses études partielles.

Les maladies transmissibles telles que le paludisme, la tuberculose, le tétanos, la lèpre, la maladie de Chagas et les maladies parasitaires, sont répandues dans la majeure partie des régions rurales du continent ainsi que le confirment diverses études effectuées dans divers pays.

De grands efforts ont été accomplis au cours de la décennie qui a commencé en 1961 pour réaliser l'objectif fixé par la Charte de Punta del Este concernant la fourniture de services d'eau potable pour 50% de la population rurale. Malgré ces efforts, la plupart des pays sont loin d'atteindre le but fixé.

L'insuffisance marquée en matière de services établis dans le milieu rural est manifeste dans la plupart des pays. Non seulement le nombre de lits d'hôpital mais également les dispensaires et postes ruraux desservent à peine la population rurale et il existe des zones étendues qui ne disposent d'aucun service. La

même chose se produit avec les ressources humaines du fait qu'il existe une tendance marquée, tant chez les médecins que chez les autres spécialistes, de se grouper dans les grandes villes en raison de l'isolement physique et intellectuel que présente la région rurale.

Les pays ont utilisé divers systèmes pour fournir des services de santé à la population rurale. Les aspects généraux de ce genre de services étaient basés sur le fait commun que le milieu rural présente des difficultés d'accès et, en conséquence, un certain isolement. Les difficultés rencontrées en ce qui concerne l'utilisation de médecins et autres spécialistes en vue d'exercer dans ces régions a abouti à une solution commune, à savoir l'utilisation d'un fonctionnaire ad hoc ayant des caractéristiques spéciales, l'auxiliaire. Certains pays emploient un auxiliaire ayant une formation suffisante; dans d'autres, ce sont des instituteurs, alors que d'autres utilisent des membres de la police; enfin, il y a des pays qui utilisent des volontaires et auxiliaires sans formation aucune. Chaque pays donne à ces auxiliaires une formation qui varie d'un pays à l'autre et leur assigne des tâches également variables.

Malheureusement, dans la plupart des pays, ce type de fonctionnaires ne fait pas l'objet d'une surveillance adéquate et, ce qui est encore plus important, il n'existe pas de plan général de régionalisation permettant un double système tant de services que de techniciens qui se rendent des centres plus peuplés dans les zones rurales et vice-versa.

Le document examine les diverses sortes de visites que les médecins font aux zones rurales, que ce soit sous forme d'unités mobiles sans une infrastructure permanente, ou à l'aide d'un poste ou d'un service minimum. Ce type de consultations dans lesquelles le médecin n'a pas grand intérêt du fait que la situation existante ne fait que se perpétuer puisqu'il soigne en général les mêmes cas chroniques n'est pas satisfaisant.

Divers pays ont lancé des programmes spéciaux de santé dans les régions rurales en tant que partie de leur plan national de développement économique et social dans le cadre duquel la santé fait partie d'un ensemble d'activités destinées à tirer le milieu rural de son isolement, de la pauvreté et du sous-développement dans lesquels il se trouve. Dans ces programmes, la santé est considérée comme un élément essentiel du progrès économique, et un des facteurs fondamentaux dans le développement de la communauté.