

Algunas consideraciones sobre la salud en el medio rural mexicano

BLANCA RAQUEL ORDÓÑEZ *

Es indiscutible que las consideraciones de salud del pueblo mexicano difieren considerablemente según se localice la población en el medio urbano o en el rural, lo que indudablemente es atribuible a factores socioculturales y económicos.

Las tasas de mortalidad y morbilidad son notablemente mayores en el medio rural, comparables a las de los países menos desarrollados; en tanto que las del medio urbano, especialmente si se ex-

cluyen los datos de la población marginada, son equiparables a las de las naciones avanzadas. Se trata de dos Méxicos que difieren entre sí casi en todo y no sólo en su panorama epidemiológico de salud.

La desnutrición, las enfermedades transmisibles y las violencias son las principales causas de enfermedad y muerte en las zonas rurales, en tanto que en la población total del país y primordialmente en las zonas urbanas, predominan las enfermedades cronicodegenerativas, así como también las violencias.

Estos dos últimos problemas de salud ocupan ocho de los diez primeros lugares como causa de muerte en todo el país y sobre todo en el medio urbano. Así, sólo las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes y las enfermedades cerebrovasculares causan 21.1 por ciento de todas las muertes en el país, es decir, poco más de una

* Académica numeraria. Jefatura de Planificación Familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinadora del Programa de Investigaciones sobre Salud Ambiental. Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco, D. F.

de cada cinco; y en el Distrito Federal, 28.1 por ciento, casi la tercera parte. Pero el contraste mayor se tiene al comparar una zona urbana y próspera como es la delegación Benito Juárez del Distrito Federal, en donde 41.4 por ciento de todas las defunciones son por estas cuatro enfermedades cronicodegenerativas, y el estado de Oaxaca, eminentemente rural, en donde esta proporción es tan solo de 8 por ciento.

Por el contrario, las enteritis y otras enfermedades diarreicas causan cuatro veces más defunciones en Oaxaca que en el Distrito Federal y diez veces más que en la delegación Benito Juárez. Esta causa de defunción, como muchas otras infecciones, indica: 1º *La falta de saneamiento ambiental* intra y extradomiciliario, que trae consigo gran contaminación por gérmenes de todo tipo; 2º *la desnutrición* tan grave, que origina que los individuos sean fácil presa de las enfermedades trasmisibles, que esos procesos morbosos se compliquen y el deceso ocurra más frecuentemente; 3º *la falta de atención médica*, que impide la prevención, curación y rehabilitación de los casos; y 4º *la inadecuada cultura médica* de la población, que aun teniendo recursos de servicios médicos, no llega a requerirlos o no actúa conforme se le indica.

Por todo ello, siendo la mortalidad general de 7.3 por 1 000 habitantes en todo el país en 1976, fue en la delegación Coyoacán del Distrito Federal de 4.6 y de 11.3 en Oaxaca, es decir dos y media veces superior en esta última entidad que en aquella delegación del Distrito Federal.

Pero el mejor índice, fiel indicador de la desnutrición, del pobre saneamiento ambiental básico, de la mala cultura médica y de la escasa o nula atención médica, es la tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años. Es a todas luces herramienta de evaluación más precisa que la mortalidad infantil, ya que la certificación de defunciones en niños de 1 a 4 años es menos mala que en los menores de un año. Por otra parte, la desnutrición en este último grupo tiene cierto alivio con la lactancia materna, por lo que la desnutrición más grave y sus consecuencias se reflejan mejor en el grupo de 1 a 4 años. Además, es el grupo que aun siendo lábil por su edad y por la desnutrición, recibe una mayor agresividad del medio ambiente del que estaba algo protegido, ya que va movilizándose cada vez más por sí mismo dentro y fuera de su hogar. Asimismo, no hay que olvidar que el niño de 1 a 4 años aún es víctima impotente de los patrones de cultura negativos familiares y sociales, puesto que por su edad todavía no puede esquivarlos, como ocurre ya en los niños de edad escolar. Por todo ello, los datos que se presentan a continuación muestran la situación de desigualdad urbano-rural con más elocuencia.

En 1976, la tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años en todo el país fue de 4.8 por 1 000, la del Distrito Federal de 1.8 y la de la delegación Benito Juárez del Distrito Federal de 1.0, o sea prácticamente la quinta parte de la nacional. Oaxaca, que como ya se señalaba es eminentemente rural, presenta una tasa de 16.1, es decir 16 veces mayor

que la de la zona urbana más homogénea socioeconómicamente, como es la delegación del Distrito Federal mencionada.

Si se comparan diferentes tasas de mortalidad de los niños con las de Suecia, país con la menor mortalidad de la niñez en el mundo, se ve que la tasa nacional mexicana es de cuatro a cinco veces mayor por lo que se refiere a los menores de un año o a los niños de 5 a 14 años; pero en niños de 1 a 4 años nuestro país tiene una tasa 16 veces superior. La tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años de Oaxaca es semejante a la de Egipto o Guatemala y es 55 veces superior a la de Suecia. La mortalidad infantil es sólo seis veces superior en Oaxaca que en el citado país escandinavo, por la muy mala certificación de menores de un año en aquella entidad; y la escolar, o sea de niños de 5 a 14 años, es diez veces mayor.

Con ello se confirma, además de la fidelidad del índice de mortalidad de 1 a 4 años para mostrar las reales condiciones socioeconómicas de la población, el pésimo estado en que se encuentra Oaxaca, entidad que por ser en gran parte rural puede ser en cierto modo representativa de lo que ocurre en este medio, a nivel nacional.

Un análisis específico de las condiciones urbanorurales, en nuestro país, enfocado desde el punto de vista salud, fue presentado por la autora hace siete años en el III Congreso de la Academia Nacional de Medicina,¹ y aunque los datos son obsoletos, es posible que las diferencias urbano-rurales no hayan variado considerablemente en los últimos años.

En 1970, casi 20 millones de mexicanos residían en localidades de menos de 2 500 habitantes; de ellos, 14 por ciento contaban con sistema de drenaje. En las localidades de 2 500 a 49 999 habitantes, con casi 15 millones de mexicanos, 47.1 por ciento disponían de este servicio. En el resto de la población, más de 13 millones, residentes en ciudades de 50 000 y más habitantes, la proporción fue de 74.7 por ciento.

Esta situación de desventaja rural también se observó en lo referente a la disponibilidad de agua entubada. En el medio rural, 65.7 por ciento de la población carecía de ella y aún más, de los que sí contaban con dicho servicio, una gran proporción sólo contaba con hidrante público o un grifo en el exterior de la vivienda. La proporción de la población que contaba con agua entubada en localidades de 2 500 a 49 999 habitantes asciende considerablemente, quedando únicamente 26.9 por ciento sin este servicio. En poblaciones de más de 50 000 habitantes sólo 12.5 por ciento no lo tiene, en tanto que 63.5 por ciento cuenta con agua entubada dentro de la vivienda.

Según datos de una encuesta convenientemente planeada y realizada por la Dirección General de Muestreo de la entonces Secretaría de Industria y Comercio,² la proporción del ingreso familiar dedicado a la alimentación en el medio urbano (población de 2 500 y más habitantes) fue de 48.51 por ciento, poco menos de la mitad; mientras que en las zonas rurales (menos de 2 500 habitantes) se

usaba 57.88 por ciento para este propósito. La proporción del egreso destinado a la alimentación variaba en el país desde 39.57 por ciento en el Distrito Federal, hasta 79.78 y 83.93 por ciento en las zonas rurales de Oaxaca y Aguascalientes, regiones en las que como se puede ver, casi la totalidad de dicho egreso se dedicaba a la alimentación.

De los 48 millones de habitantes que había en México hace once años, no consumían nunca carne, 10 millones de habitantes; huevos, 11 millones; leche, más de 18 millones; pescado, 33 millones, y pan, 11 millones. Esta triste situación se veía mucho más acentuada en el medio rural, ya que la tercera parte nunca comía ni carne ni huevos ni pan, las dos terceras partes nunca probaba la leche y más de las tres cuartas partes tampoco el pescado.

Como se señaló, son cuatro los jinetes del Apocalipsis del medio rural mexicano, en lo que a salud se refiere: la desnutrición, el pobre saneamiento ambiental, la mala cultura médica y la escasez de servicios médicos; todo ello empeorado por la sobrepoblación.

Es indudable que estos problemas se deben a las condiciones socioeconómicas prevalecientes en el país y en particular en dicho medio rural. La pobreza, agravada por la mala distribución del ingreso nacional, la baja instrucción, la desocupación o subocupación, los enraizados patrones culturales negativos, la dispersión de la población, los malos medios de comunicación y la escasa e incosteable inversión pública en servicios básicos, todo ello interrelacionado entre sí, evidentemente está favoreciendo las condiciones de vida y de salud de la población rural. Por eso, sólo modificando esos factores causales, se obtendrá el cabal remedio de la situación de salud rural atávica. Sin embargo, resulta obvio que tratándose de soluciones a largo plazo, se deben intentar en paralelo algunas acciones, aunque en ocasiones sólo resulten paliativas.

Al través de la educación específica, encaminada a la promoción de la salud y practicada por los elementos propios de las comunidades rurales y de intentos por mejorar la economía familiar al través de diversos medios, es posible modificar malos hábitos médicos e inculcar los benéficos, mejorar en algo la nutrición, modificar la falta de higiene y saneamiento y prevenir las enfermedades y las violencias. Todo esto no es nuevo y su factibilidad y buen éxito han sido demostrados en muchos países.

Ha de darse una muy buena preparación a los elementos humanos que se seleccionen en cada comunidad, para que sean ellos mismos los que favorezcan el cambio, que se conviertan en educadores médicos que enseñen saneamiento, nutrición, medicina popular que incluya la extracción de tabúes y malos hábitos e imponga la medicina preventiva que cada familia debe realizar por sí misma. Además de la educación, debe prestar otros servicios de medicina preventiva, como es la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños, especialmen-

te de los menores de cinco años, la que debe ser periódica, así sea en estado de salud o enfermedad. Lo mismo ha de vigilar a las embarazadas, atender los partos normales y derivar los casos con posible o real problema, vigilar el puerperio y dar anticonceptivos a toda la población que lo requiera. La atención médica de los enfermos, en lo elemental, debe extenderse por toda la población y enviarse lo que no sea de su competencia a las instituciones médicas accesibles. Asimismo, esta persona de la comunidad ha de ser la responsable de aplicar los medios que se le indiquen para mejorar la economía familiar y favorecer la accesibilidad de alimentos.

Los intentos por implantar el sistema integral deben iniciarse siempre en forma "piloto", ya que aunque en lo general es similar la situación del medio rural mexicano, hay diferencias culturales y materiales que obligan a adaptaciones locales. Además, debe reconocerse que la labor es ardua y que lograr su aplicación al 100 por ciento del universo nacional es tarea a largo plazo. Pero indudablemente deben iniciarse los esfuerzos para su establecimiento cuanto antes, sin dejar de insistir también en que estas acciones son sólo una parte de lo que necesita el medio rural y que sin un cambio radical de la política nacional que modifique los factores ya señalados que son el origen del problema de salud, poco ha de conseguirse.

REFERENCIAS

1. Ordóñez, B. R.: *Características de la vida en el campo y en la ciudad*. GAC. MÉD. MÉX. 107:288, 1974.
2. Flores, A. M.: *La magnitud del hambre en México*. México, Secretaría de Industria y Comercio. 1972.