

INDICADORES DE SANIDAD PARA LA EVALUACION DE PROGRAMAS DE ORDENACION RURAL

Por
MANUEL GARCIA NIETO
Dr. Ingeniero Agrónomo
Lcdo. Ciencias Económicas

EL Instituto Nacional de Reforma y Desarrollo Agrario pretende, entre otros objetivos, incrementar el bienestar rural de aquellas comarcas que son declaradas de Ordenación Rural (1).

«La ausencia de los servicios mínimos indispensables para cubrir las necesidades de la comunidad rural» (2), así como que «las actuales deficiencias en los servicios colectivos de las áreas rurales están repercutiendo (negativamente) en sus posibilidades de desarrollo, al dificultar la introducción de mejoras en las explotaciones agrícolas y al originar un deseo de abandono, sobre todo en los sectores más jóvenes y dinámicos de la población campesina» (3), son puestas de relieve por la Comisión de Agricultura de la Comisaría del Plan de Desarrollo Económico y Social.

Nuestros Planes de Desarrollo vienen contemplando una serie de actuaciones de ámbito nacional que tratan de dotar a las áreas rurales españolas de una infraestructura y servicios «que hagan dinámica y atractiva la vida comunitaria» en tales zonas.

Evidentemente, al igual que todo programa de carácter socio-económico, resulta de importancia para los responsables de la política económica, en este caso de la política agraria, conocer la eficacia de las actuaciones seguidas, con objeto de persistir en la adopción de análogas medidas o, por el contrario, introducir en el sis-

(1) *Informe final de la Misión de la FAO al IRYDA*, Madrid, 1971, pág. 81.

(2) *III Plan de Desarrollo Económico y Social*, Madrid, 1972, pág. 42.

(3) *III Plan de Desarrollo Económico y Social*, Madrid, 1972, pág. 188.

tema aquellas variaciones que se estimen oportunas, a fin de corregir las desviaciones observadas.

La eficacia del sistema será conocida a través de la evaluación de los resultados alcanzados. Una de las más importantes componentes del concepto de bienestar rural es la Sanidad del medio o comarca sobre la que actuamos. Para evaluar los avances conseguidos necesitamos un sistema de indicadores que faciliten tal tarea. El objetivo de la presente comunicación es determinar aquellos indicadores que estimamos más relevantes dentro del área de la Sanidad rural.

Antes de adentrarnos en su determinación, vamos a agruparlos en tres grandes ramas:

- A) Higiene del medio:
 - A.1. *Vivienda familiar.*
 - A.2. *Equipamiento municipal.*
- B) Prestaciones sanitarias.
- C) Estado sanitario.

Los problemas que presentan las zonas deprimidas «no encuentran una adecuada solución si no se parte de la consideración de que es la actuación global sobre el medio territorial que rodea la vida de los hogares lo que debe anteponerse a cualquier consideración parcial» (4).

Ello implica, insistiendo en lo dicho anteriormente, que mientras no se «humanice el medio rural» en su conjunto, será muy difícil atraer hacia los núcleos rurales a los profesionales y técnicos necesarios para el desarrollo de tales zonas.

Dentro del campo de nuestro estudio vamos a considerar dos niveles del medio rural que nos interesan fundamentalmente desde el punto de vista de Sanidad:

- a) Vivienda donde se desenvuelve la institución familiar y que constituye «el dato primero que localiza a la familia en el espacio social de su comunidad» (5).

(4) *Informe sociológico sobre la situación social de España 1970*, pág. 1.162.

(5) Naciones Unidas: *Informe del grupo especial de expertos en vivienda y desarrollo urbano*, Nueva York, 1963.

- b) Equipamiento municipal que constituye la «probabilidad de acceso a una serie de servicios comunes» y considerar el entorno inmediato de las viviendas de un núcleo rural (6).

Por lo tanto, dentro del grupo de indicadores de sanidad relativos a la higiene del medio, distinguiremos entre aquellos que afectan directamente a la vivienda y aquellos otros que se refieren a los servicios municipales.

Entre los primeros destaca el *índice de hacinamiento* (A.1.1), es decir, el cociente entre el tamaño medio de personas por hogar y el número de habitaciones. Este índice en España es particularmente elevado en el medio rural, como nos muestra el siguiente cuadro:

<i>Niveles ocupacionales</i>	<i>Número de miembros familiares</i>	<i>Número de habitaciones</i>	<i>Índice de hacinamiento</i>
<i>Campesinos:</i>			
Obreros eventuales	4,5	3,1	1,45
Obreros fijos	4,6	3,5	1,32
Agricultores modestos	4,4	3,9	1,13
Agricultores importantes	5,0	5,2	0,96
<i>No-campesinos:</i>			
Obreros	4,3	3,4	1,27
Empleados medios	4,2	4,1	1,02
Pequeños comerciantes	4,6	4,7	0,98

FUENTE: *Informe sociológico...*, cit., pág. 1.109.

Por lo tanto, son los obreros agrícolas quienes padecen un índice de hacinamiento más elevado, presentándose en más del 15 por 100 de dichos hogares la circunstancia de contener más de dos personas por habitación (7).

Otro indicador, que guarda íntima relación con el anterior, es la *relación de personas por cama* (A.1.2). De acuerdo con el estudio de la Fundación FOESSA de 1970, tal relación era para España de 1,1. Pero si se analiza por sectores, nuevamente nos encontramos con la situación de inferioridad del medio rural, tal como nos muestra el siguiente cuadro:

(6) *Op. Cit.: Informe sociológico sobre la situación social de España 1970*, pág. 1.101.
 (7) *Vid. INE-Encuesta de equipamiento y nivel cultural de la familia*, Madrid, 1968, página 121.

<i>Niveles ocupacionales</i>	<i>Núm. de personas por cama</i>
<i>Campesinos:</i>	
Clase baja	1,7
Clase media y alta	1,2
<i>No-campesinos:</i>	
Clase baja	1,0
Clase media	1,0
Clase alta	0,9

FUENTE: *Informe sociológico...*, cit., pág. 1.110.

También es el estudio de la fundación FOESSA el que nos aporta un nuevo indicador de sanidad relacionado con la vivienda: es el referente al *número de grifos por vivienda* (A.1.3). Nuevamente nos hallamos con el enorme desfase existente entre el medio rural y el urbano. «Casi la mitad no posee ningún grifo y como media no se pasa de dos grifos» (8).

De la tabla 16.26 (pág. 1131) del citado Estudio, deducimos el siguiente resumen:

<i>Niveles ocupacionales</i>	<i>Núm. de grifos por vivienda</i>
<i>Campesinos:</i>	
Clase baja	1,7
Clase media	1,9
Clase alta	3,9
Media	1,9
<i>No-campesinos:</i>	
Clase baja	3,6
Clase media	5,0
Clase alta	7,1
Media	4,4

Indicadores significativos a nivel de vivienda serán tanto el *porcentaje de viviendas con inodoro* (A.1.4) como el *porcentaje de viviendas con ducha o baño* (A.1.5). A falta de datos que nos muestren explícitamente la situación del medio rural en relación con dichos indicadores, recurrimos a realizar la comparación entre provincias con elevado porcentaje de población activa agraria y otras que ofrecen un marcado matiz industrial.

Frente a los datos nacionales que arrojan una media de 60,5 por 100 de viviendas dotadas de inodoro, un 13,6 por 100 con baño y un 10 por 100 con ducha, las cifras a nivel provincial nos muestran las siguientes variaciones:

(8) *Op. Cit.: Informe sociológico...*, cit., pág. 1.110.

Provincias	PORCENTAJE DE			
	Población activa agraria (9)	Inodoro (10)	Baño (10)	Duchas (10)
Lugo	66	32,1	7,4	1,0
Teruel	53	32,5	2,8	2,3
Cuenca	52	8,5	1,9	1,8
Cáceres	40	20,1	3,6	2,3
Jaén	38	39,0	4,8	4,3
Guipúzcoa	1	98,4	32,9	17,6
Madrid	2	92,0	33,3	17,6
Barcelona	3	96,4	16,8	24,5
Vizcaya	7	97,6	29,1	20,2
Valencia	15	91,8	16,0	21,1

Otra vez contemplamos el enorme desfase existente entre el medio rural y el urbano, esta vez expresado a nivel de zonas agrícolas e industriales.

El número de dormitorios con ventilación directa (A.1.6) existentes en la vivienda será un nuevo indicador a tener en cuenta. Nos va a servir de exponente de la salubridad del lugar. El cuadro que a continuación citamos pone de relieve, por primera vez, ciertas analogías entre los dos grupos que venimos comparando. Las cifras deducidas del Informe FOESSA (11) son las siguientes:

Niveles ocupacionales	% DE HOGARES QUE TIENEN DORMITORIO •	
	Que sirven de de paso a otras habitaciones	Sin ventilación directa
Campeñinos:		
Obreros	23	27
Clase alta y media	33	19
No-campeñinos:		
Clase baja	22	25
Clase media	17	21
Clase alta	11	5

Los indicadores de equipamiento municipal se van a referir al equipamiento como «medio para que se pueda desarrollar en él una

(9) Vid.: Amando DE MIGUEL y Juan SALCEDO: *Dinámica del desarrollo industrial de las regiones españolas*, Madrid, 1972, pág. 160.

(10) Op. Cit.: *Informe sociológico... cit.*, pág. 1.141.

(11) Op. Cit.: *Informe sociológico... cit.*, pág. 1.114.

existencia decorosa» desde el punto de vista, tanto de sanidad como de la salubridad. Se trata de servicios que tienden a satisfacer necesidades derivadas de unidades superiores al hogar individual y merecen el carácter de servicios sociales.

«El enriquecimiento de la vida de las pequeñas comunidades rurales, la tarea de incorporarlas al pulso nacional no sólo presenta una justificación social, sino que es una condición estrictamente económica para que puedan salir adelante las reformas técnicas de las explotaciones agrarias que por todas partes se propugnan» (12). Lo que nos evidencia una vez más el interés de contar con ciertos indicadores que permitan evaluar la eficacia de nuestros programas de Ordenación Rural y, en general, de cualquier actuación que pretenda mejorar el *habitat* rural.

El IRYDA es consciente de la imperiosa necesidad de tales programas y opera a través de las entidades locales, mediante estimulantes subvenciones a estas obras de equipamiento municipal. Con ello trata de evitar el peligro apuntado por PÉREZ DÍAZ al señalar que «la empresa agraria puede ser rentable y, sin embargo, darse en un contexto social tal que no se considere digna de ser vivida. El aislamiento, la cortedad de horizonte cultural, la sordidez de los servicios públicos pueden ser un factor de estrangulamiento del proceso de modernización agraria, tan poderoso como la escasez de recursos para financiar las inversiones necesarias» (13).

Entre los indicadores que mayor repercusión ofrecen dentro del equipamiento municipal, se encuentra el *abastecimiento de agua corriente a domicilio* (A.2.1), que además de su influencia desde el punto de vista sanitario, también reviste enorme importancia psicológica. «La impresión más adversa la produce la falta de agua corriente. La obligación cotidiana de acarrear el agua desde la fuente, y de llevar la ropa al lavadero, la incomodidad y la limitación del aseo personal y el uso del corral como retrete se convierte en símbolos de una existencia miserable» (14).

Servicio estrechamente relacionado con el anterior es la *red de alcantarillado* (A.2.2.), que se encuentra condicionada por la existencia previa de la existencia de agua. Su importancia es trascendental y pueden influir a su vez de forma negativa en el sistema eco-

(12) *Op. Cit.: Informe sociológico...*, pág. 1.153.

(13) *Vid. V. Pérez Díaz: Emigración y sociedad en la Tierra de Campos.*

(14) *Vid. Miguel SIGUAN. El medio rural castellano y sus posibilidades de ordenación*, Madrid, 1967, pág. 59.

lógico del núcleo rural. Por ello será necesario, a veces, contar con *estaciones depuradoras de aguas residuales* (A.2.3), que eviten la contaminación del medio a causa de la difícil eliminación de tales restos.

La *pavimentación* (A.2.4) es otro indicador más del equipamiento municipal, junto al que puede añadirse el *número de instalaciones para prácticas deportivas* (A.2.5), que promuevan la participación activa en diferentes deportes, preferentemente aquellas que admiten un empleo múltiple simultáneo.

El indicador de *número de mataderos municipales* (A.2.6) que cuentan con los servicios necesarios para cubrir decorosamente las necesidades del núcleo, guarda gran paralelismo con el *número de mercados de abastos* (A.2.7), que garanticen una adecuada manipulación de los productos alimenticios, al tiempo que exigen los correspondientes exámenes bromatológicos y permiten una correcta conservación de los productos perecederos.

Iniciamos ahora la parte correspondiente a los indicadores de prestaciones sanitarias, pero antes de adentrarnos en su determinación nos interesa conocer el concepto de enfermedad y de enfermos. A partir de él logramos identificar los principales indicadores de esta área.

LÓPEZ IBOR nos dice que «enfermedad es la idea que nosotros tenemos de lo que es estar sano o enfermo. La enfermedad no es un concepto concreto que se pueda definir..., sino que enfermedad y salud son conceptos ideales que manejamos. Cada época tiene un ideal de salud y de enfermedad. Estamos ahora en una época en la que el bienestar del hombre se centra, fundamentalmente, sobre la ausencia del dolor, del esfuerzo, del sufrimiento» (15).

Así, pues, las prestaciones sanitarias que actualmente se precisan son consecuencia de ese deseo de ausencia de dolor. A los enfermos hay que valorarlos «tanto en su vertiente somática como psíquica, y cabe afirmar que el enfermo no es un individuo aislado, sino miembro de una colectividad social en la que no sólo puede reflejarse su cuadro morboso, sino constituir ella misma la razón de sus trastornos» (16).

Entre los indicadores de prestaciones sanitarias destaca el *número de habitantes por médico* (B.1), por figurar en todos los Anuarios estadísticos de la materia, pero que debe ser matizado sufi-

(15) Vid. J. J. LÓPEZ IBOR: *Lecciones de psicología médica*, Madrid, pág. 376.

(16) *Op. Cit.*: J. J. LÓPEZ IBOR, pág. 319.

cientemente por presentarse grandes dispersiones alrededor del valor medio. En España este valor se cifra en 12 por cada 10.000 habitantes. Analizar su distribución parece conveniente para esclarecer el valor real de este indicador.

El *número de habitantes por odontólogo* (B.2) es un indicador complementario del anterior y se muestra como muy sensible para medir el nivel sanitario de países desarrollados. Según el informe FOESSA, en nuestro país «se echa en falta una grave deficiencia de odontólogos», mucho más agudizado en las áreas rurales.

Teniendo en cuenta las consideraciones que hacíamos más arriba en relación con la nueva psicología del enfermo, asistimos a una creciente demanda de auxiliares sanitarios, tales como enfermeras, practicantes... El *número de habitantes por personal sanitario* (B.3) será el indicador que recoja estas variaciones y que experimentará mayores incrementos en los próximos años.

AMANDO DE MIGUEL afirma que «un indicador paralelo al anterior puede ser el *número de niños menores de siete años por puericultor o pediatra*» (17) (B.4) o el *número de mujeres en edad de ser madres por especialistas tocoginecólogos* (B.5).

Los anteriores indicadores se refieren a dotación de personal sanitario y, como puso de manifiesto el Informe FOESSA de 1966, los médicos «no acuden allí donde son más necesarios, sino donde esperan conseguir una mayor retribución o mejores posibilidades de progreso». Debido a tal circunstancia, el medio rural presenta serias dificultades para su progreso en materia sanitaria, a lo que hay que agregar la conveniencia actual de constituir grandes hospitales, que supone, prácticamente, el paso de una medicina artesanal a otra de tipo industrial.

En cuanto a dotación material se refiere, existen indicadores de aceptación universal como son el *número de camas de hospital por 1.000 habitantes* (B.5), *número de farmacias por cada 10.000 habitantes* (B.6), etc.

Existen otros indicadores de mayor sensibilidad que están unificados en el de *equipamiento de hospitales* (B.7) y considera varios capítulos tales como número de quirófanos, salas de vigilancia intensiva, rayos X, banco de sangre, ambulancias, etc.

También hay otros indicadores que si bien no reflejan las varia-

(17) Vid. F. FOESSA: *Tres estudios para un sistema de indicadores sociales*, 1967, página 137.

ciones unitarias de las dotaciones sanitarias, sirven de medida de las inversiones realizadas con tal objeto y son los siguientes (18):

- 1.º Indicador de *gastos públicos en servicios sanitarios* (B.8).
- 2.º Indicador de *gastos privados en servicios sanitarios* (B.9).
- 3.º Indicador de *gastos en productos farmacéuticos* (B.10).

Tales indicadores pueden referirse a la renta nacional en términos comparativos en el primer caso; ser estimados mediante encuestas en el segundo y adoptarse una solución mixta en el tercero.

La socialización de la medicina tiende a paliar algunas de las deficiencias existentes en la estructura sanitaria de los países más progresivos, si bien su creciente volumen engendra deficiencias propias de la organización de un ente de la magnitud del SOE, que, lógicamente, cae fuera de los planes de actuación del IRYDA. No obstante, dada su importancia, vamos a considerar algunos de los indicadores que afectan a la medicina social, enmarcada dentro de nuestro grupo de prestaciones sanitarias.

El primer indicador, siguiendo a AMANDO DE MIGUEL, es la *proporción de afiliados al SOE*, referida al total de la población activa (B.11). En el caso del sector agrícola es importante conocer las variaciones de incorporación de la población agrícola. El *número de beneficiarios del SOE por cada 1.000 habitantes* (B.12) es complementario del anterior.

La opinión sobre el funcionamiento del SOE y de la extensión de sus servicios son dos puntos de referencia importantes para conocer, desde el punto de vista cualitativo, el funcionamiento de la medicina social (19).

El último grupo de indicadores de sanidad que hemos señalado, es decir, el relativo al «estado sanitario», tiene un valor puramente positivo. Nos va a indicar sencillamente el resultado final de todas las medidas sanitarias adoptadas.

Tampoco este grupo va a influir grandemente en los programas de Ordenación Rural del IRYDA, pero su importancia hace que ocupe un lugar, por derecho propio, en este trabajo.

Entre estos indicadores sobresa le *índice de mortalidad* (C.1), que se denomina tasa de mortalidad bruta, que equivale a los falle-

(18) *Op. Cit.* FOESSA: *Tres estudios...*, págs. 137 y 225.

(19) La cualificación de la mayoría de los anteriores indicadores puede encontrarse en el Estudio de don Juan Díez NICOLAS, publicado por la Fundación FOESSA: *Tres estudios para un sistema de indicadores sociales*, Madrid, 1967, págs. 257-258.

cidos por cada 1.000 habitantes. Para interpretar este índice debemos conocer la pirámide de edades de la región objeto de análisis, pues existe estrecha relación entre edad y mortalidad. Su valor es relativo para la evaluación de programas de Ordenación Rural, toda vez que tales acciones se realizan normalmente en zonas deprimidas sometidas a intensos procesos de emigración, siendo elevada la edad media de sus habitantes.

La *tasa de mortalidad infantil* (C.2) (fallecidos de menos de un año, calculados sobre la base de 1.000 nacidos vivos) es el indicador más empleado en las comparaciones internacionales. No obstante, cuanto más avanzadas son las regiones, menor es la tasa de mortalidad infantil y se hace preciso recurrir a indicadores más finos (20).

La *esperanza de vida al nacer* (C.3) constituye otro indicador usual, que «es considerada como la medida mejor y más útil de salud y bienestar» (21).

Normalmente la *mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias* (C.4) es indicador dado por el INE y «su validez parece significativa».

El análisis de la morbilidad parece atraer la atención que hasta ahora se centraba en la mortalidad. Así, es indicador de crecimiento interés la *morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria* (C.5).

Junto a estos indicadores de carácter global existen otros a nivel familiar muy interesantes, como son: *número de días de actividad perdidos a causa de enfermedad* (C. 6), *días de permanencia en el hospital* (C. 7), *número de visitas médicas recibidas* (C. 8), etc.

Asimismo cabe señalar la existencia de otro grupo de indicadores relativos a la «cultura sanitaria» de un país o región de los que AMANDO DE MIGUEL realiza un examen en su estudio de la Fundación FOESSA (22).

De todo lo expuesto observamos que los indicadores de sanidad que más se prestan para la evaluación de planes de Ordenación Rural son fundamentalmente los de los dos primeros grupos, es decir, los de «higiene del medio» y los de «prestaciones sanitarias»,

(20) Para un mayor detalle de esta serie de indicadores consúltese Informe FOESSA 1970, págs. 762 y sig.

(21) *Op. Cit.: Tres estudios... cit.*, pág. 303. Se debe al estudio aprobado por don Antonio MEDINA MEDINA.

(22) *Op. Cit.: Tres estudios...*, pág. 132 y sig.

influidos directamente por «la reestructuración y desarrollo de los núcleos urbanos» e instalación de servicios sociales (23).

La variación de los indicadores de «estado sanitario» es de lenta evolución y, por tanto, obtener conclusiones de sus tendencias parece un tanto aventurado, dado que los plazos considerados son de cinco años aproximadamente.

Los indicadores de «prestaciones sanitarias» vienen influidos no sólo por la actuación del IRYDA, sino también por la de otros organismos dependientes fundamentalmente del Ministerio de la Gobernación, bien a través de la Administración Local. No obstante, su evolución nos ofrecerá una perspectiva sumamente útil de los resultados globales obtenidos en la recuperación de las zonas deprimidas.

Pero son fundamentalmente los indicadores de «higiene del medio» los que reflejarán la eficacia de la actuación del IRYDA, tanto desde el punto de vista de participación directa como de actuación inducida de otros organismos de la Administración.

(23) Vid. Ley 54/1968, de 27 de julio, de Ordenación Rural, artículo 1.º, apartado 3.
