

DESARROLLO ECONOMICO Y SALUD

Las relaciones entre Salud y Desarrollo Económico se debaten ampliamente en grupos profesionales de todas las naciones, y las Oficinas Técnicas de las Naciones Unidas analizan también las influencias recíprocas entre indicadores económicos de salud y otros, en escala mundial.

El Dr. Molina y colaboradores, en este trabajo presentado como Relato Oficial de la Delegación de Chile ante el VIII Congreso Médico-Social Panamericano realizado en Montevideo en Marzo del año en curso, estudian las relaciones entre indicadores de salud, indicadores económico-sociales y los recursos y actividades de Salud.

La salud en función del desarrollo económico en américa Latina

Dres. GUSTAVO MOLINA G., CARLOS
MONTROYA A. y OSCAR JIMENEZ P.

Depto. de Salud Pública, Colegio Médico de Chile;
Facultad de Medicina, Universidad de Chile;
Servicio Nacional de Salud.

Las íntimas relaciones entre salud y desarrollo económico-social son hoy, otra vez, tema de viva actualidad en amplios círculos profesionales en casi todo el orbe. En esta década se ha producido una verdadera explosión de interés por las diversas facetas de este complejo fenómeno cuyas expresiones llenan una rica bibliografía de muy variado origen.

Los acuerdos de los Gobiernos americanos reunidos en Bogotá en 1960, Punta del Este en 1961, y Buenos Aires en 1962, no han podido menos que dar expresión y reconocimiento político a esta renovada inquietud de los técnicos y de la población, que está afectando de manera decisiva las acciones administrativas y profesionales.

En Chile, este interés renovado actualiza el mérito de las Jornadas Médico-Sociales organizadas por el Colegio Médico y los organismos patronales y obreros en 1958 (6) y le da carácter precursor a nuestro círculo vicioso de la pobreza, la ignorancia y la enfermedad, muy profusamente divulgado como para reproducirlo aquí. (7).

Valga observar que hay notable periodicidad en el interés de los círculos profesionales por esta relación entre la medicina y la economía desde que, para no remontarse más lejos, Virchow la exaltara del modo por todos conocido, proclamando que "la medicina no es sino política en gran escala" y sosteniendo que "la reforma médica necesaria es sólo una parte de la reforma de la sociedad" (8). Dicha periodicidad

parece estar muy estrechamente ligada a los vaivenes del progreso, con sus períodos inevitables de estancamiento social en que campea y domina la preocupación por los problemas médicos de grupos selectos, cuyas modalidades sociales y culturales pierden importancia, a fuer de propicias. América Latina comienza a cabalgar sobre una nueva ola de inquietud por los grandes círculos del pueblo, su bienestar, su educación y su cultura.

Así, también en Chile, tras largos años de esfuerzos concentrados en tareas técnicas y administrativas, cuya conexión y limitado rendimiento médico-social siguió interesando sólo a círculos selectos de la profesión, estalla ahora la preocupación general por la salud en función del desarrollo expresada en numerosas publicaciones oficiales de nuestro propio Servicio Nacional y de organismos económicos educacionales: (9, 10, 11).

Índices de Medida.—Este interés renovado ha vuelto a plantear el difícil problema de encontrar indicadores adecuados y prácticos para medir las principales relaciones entre salud y de-

* El Dr. Gustavo Molina, Profesor de la Cátedra de Medicina Preventiva Integrada en las Clínicas, de la Universidad de Chile, es colaborador habitual de nuestra Revista. Su último trabajo *El Médico y la Prevención*, fue publicado en el Vol. IV, Nº 3, de Cuadernos Médico-Sociales. Los Dres. Carlos Montoya y Oscar Jiménez son miembros del Depto. de Salud Pública del Colegio Médico y en tal carácter colaboraron en el presente trabajo.

desarrollo económico-social. Nada más oportuno, pues, que la coyuntura ofrecida por el VIII Congreso Médico Social Panamericano para un diálogo abierto y sereno en que podamos intercambiar opiniones, experiencias e inquietudes sobre una crisis común en la salubridad, economía y cultura de nuestros países, susceptible de técnicas comunes de estudio y tratamiento.

Así entendemos nuestra responsabilidad en el temario del Congreso, con énfasis en el diagnóstico de las interrelaciones de nuestros graves males de salud y nuestro desarrollo económico-social frustrado; más un esbozo de solución a sus causas comunes, esto es la dependencia material y cultural del extranjero, los arcaicos e injustos sistemas de tenencia de la tierra, el atraso educacional y la desigual distribución de riqueza y oportunidades de salud y bienestar, que están frenando por parejo al desarrollo industrial, el aprovechamiento racional de los recursos naturales y humanos y la participación activa del pueblo en el progreso de nuestras sociedades.

Queremos, pues, proponer primero a vuestra discusión algunos Indicadores de estas interrelaciones, vale decir valores que faciliten la comparación entre países y comunidades o entre diversos estadios de una misma nación y que sean fáciles de obtener con razonable exactitud y oportunidad. Desde el punto de vista del profesional y del administrador de salud, es útil distinguir tres grupos de Indicadores que coinciden con los temas fijados por los organizadores de este Congreso. Esos grupos son:

a) Indicadores salud, que miden el nivel de salud alcanzado;

b) Indicadores económico-sociales, medidas del desarrollo económico equilibrado; y

c) Indicadores de recursos y actividades de salud, cuyo rendimiento debiera reflejarse en los dos anteriores y especialmente en el primero.

Las Tablas y Gráficos que siguen intentan aplicar estos índices en un vistazo panorámico a casi todos los países del Continente. Han sido tomados de un estudio previo de carácter metodológico (12), del cual quisiéramos citar un comentario preliminar basado en la comparación de las tendencias observadas en Puerto Rico y Chile, que parecen casi una experiencia de laboratorio en cuanto a salud en función del desarrollo económico.

Durante los últimos 20 años y en especial la última década, Puerto Rico ha experimentado un progreso social y económico extraordinario, reflejado en cualquier indicador de las Tablas. Dicho progreso ha sido acompañado por una mejoría impresionante en el nivel de salud de la población, de modo que entre 1940 y 1960,

la expectativa de vida aumenta en 25 años y la mortalidad general e infantil se reducen a un tercio, mientras la renta nacional por cabeza se duplica, el consumo de alimentos lácteos se triplica y la escolaridad sube en más de 50%. Durante el mismo período, los servicios de salud de la Isla se han expandido y mejorado de modo apreciable, pudiendo aparecer como determinante del progreso en los niveles de salud.

Aunque todos estamos mucho más conscientes de la influencia decisiva de las condiciones sociales, hoy, que en los comienzos de la salud pública organizada, suele postularse todavía una relación demasiado estrecha en situaciones, como la de Puerto Rico, en que los tres niveles muestran mejoría. Muy diversa es la experiencia de Chile, donde a partir de 1953, un Servicio Nacional de Salud unificado expandió en un grado muy superior sus facilidades y atenciones. El porcentaje de nacimientos ocurridos en maternidades subió de 37 en 1950 a 56 en 1958, las consultas a lactantes aumentaron a más del doble y se observa gran incremento en las tasas de hospitalización (13). Sin embargo, las medidas de que es posible disponer no indican una mejoría substancial en el nivel de salud de la población chilena; hay tasas como la de mortalidad infantil que aún han llegado a subir.

La diferencia radica en que el nivel de vida en Chile —ingresos, vivienda, alimentación, alfabetismo— se ha mantenido estacionario o aún experimentado ligero retroceso, confirmando la antigua teoría de que el bienestar económico es el factor más importante en la mejoría de los niveles de salud.

I INDICADORES DEL NIVEL DE SALUD.

Presentamos cuatro Índices generales y dos de carácter específica.

1. *La expectativa de Vida al Nacer.*— La tabla 1 presenta los rangos de variación en la expectativa de vida para todos los países latinoamericanos, en 1950 y 1960, calculados por CEPAL y el Centro Latinoamericano de Demografía. En 9 de ellos, la expectativa de vida es todavía inferior a 50 años y sólo en dos, Argentina y Uruguay, es superior a 60. El aumento medio ha sido muy moderado, de 4,8 años en el decenio, llegando hasta 6 años en los países con expectativa menor. Como observa Mascarenhas (14), la mayoría de estos países tienen una esperanza de vida similar a la de Suecia en 1870 y los mejores han alcanzado el nivel sueco de 1920.

2. *La Tasa de Mortalidad General.*— La tasa cruda de mortalidad en los países latinoamericanos a base de los datos del Anuario de las Naciones Unidas, muestra durante la última década una tendencia declinante de ritmo muy lento de modo que la mayoría de ellos tienen todavía tasas superiores a 10 por mil y en varios países la reducción ha sido de apreciable (Tabla 1). En la realidad, hay todavía algunos países en que la tasa sería superior a 20 por mil, si hubiera un mejor registro de las defunciones. Para 1962, la mortalidad en Chile fue vecina a 12 por mil.

3. *Razón de Mortalidad Proporcional.*— Es un indicador de salud propuesto hace poco (15), que ha alcanzado notable popularidad. Se define como el porcentaje de muertes ocurridas en personas de 50 años o más sobre el total de defunciones y ofrece las ventajas de ser muy fácil de calcular, estar disponible para gran número de países y poder compararse internacionalmente, así como entre localidades de un país. Esta razón ha mejorado también apreciablemente en Puerto Rico, desde 24% en 1940 a 50% en 1960. En la Tabla 2, se presenta la ubicación de 50 países en cuatro grupos de mortalidad proporcional, reproducida en Mascarenhas (14).

Puede observarse que, salvo Uruguay y Argentina, todas las naciones latinoamericanas se encuentran en los dos últimos grupos, con una razón de mortalidad proporcional inferior a 50% y aún bajo 25%.

4. *Tasa de Mortalidad Infantil.*— A pesar de ser un indicador muy específico, ha sido ampliamente usado desde antiguo, como medida del estado de salud de una comunidad. El descenso de la mortalidad infantil en Puerto Rico desde 113 en 1940 a 44 por 1.000 nacidos vivos en 1960, ha sido particularmente influenciado por la mejoría en las condiciones económico-sociales. Hay varios ejemplos —como el de Chile antes mencionado— de programas concentrados de ataque a la mortalidad infantil, esterilizados por la pobreza e ignorancia de las poblaciones. Para 1960, nuestra tasa fue de 125 por 1.000 nacidos vivos. Si bien la mortalidad neonatal o de las primeras semanas es bastante sensible a las acciones médico-preventivas, la tasa global de mortalidad infantil ha sido tradicionalmente considerada como un buen índice del nivel de bienestar y de educación alcanzado por un país. Una investigación del Dr. Hugo Behm, concluye que en Chile un 30% de la mortalidad infantil sería predominantemente influida por la acción médica directa y que un 28% estaría vinculado en forma predominante a factores socio-económicos ambientales (16).

La Tabla 2 muestra el limitado descenso experimentado en el decenio pasado por la mortalidad infantil en los países latinoamericanos, con tasas todavía superiores a 90 y aún de 120 en el caso chileno. Esa década, 1950 a 1960, ha marcado un período de tal estagnación social y económica en América Latina, que la mortalidad infantil desciende más rápidamente aún en aquellos países muy desarrollados de la Tabla, como los Estados Unidos, en los cuales su nivel, ya inicialmente inferior a 30 por 1.000 nacidos vivos, tal vez no permitía esperar semejante reducción.

II INDICADORES ECONÓMICO - SOCIALES

Se incluyen cinco índices que miden el progreso experimentado en el campo de la economía, el bienestar y la educación.

1-2. *Renta Nacional per cápita y su Distribución.*— A pesar de su difusión, reciente en los círculos profanos a la economía, la renta per cápita no es la última palabra para medir el bienestar económico de un país. Como expresa el valor monetario de la totalidad de los bienes y servicios producidos en el país en un año, dividido por la población, constituye un índice de producción económica y no de ingresos percibidos para el consumo.

La limitación muy seria de la renta nacional como medida del bienestar radica en la diferente distribución del producto total entre el capital y el trabajo a que se refiere el segundo indicador propuesto. En la Tabla 4 se presentan las cifras de renta nacional y la proporción correspondiente al trabajo en varios países, pudiendo verse que Venezuela tiene la cifra más alta de ingreso entre los países latinoamericanos, en verdad dos a cuatro veces superior a la de los restantes, pero el porcentaje recibido por obreros y empleados es sólo del 60%, inferior al 67% de Puerto Rico para el mismo año y ha descendido después. Al examinar otros índices de bienestar, en las Tablas siguientes, Venezuela aparecerá como un pueblo tan pobre de educación y de alimento, como varios otros países de renta mucho menor, confirmando las limitaciones que este índice tiene desde nuestro punto de vista de administradores de salud.

Las cifras de la Tabla 4 resumen una situación hoy ampliamente divulgada, cual es el nivel bajo y estacionario del producto nacional en América Latina y su distribución muy desigual, con clases favorecidas por una cuota desproporcionada de la renta nacional.

Las cifras chilenas más recientes acusan un aumento en la renta nacional per cápita inferior al 1% anual exactamente de 0,4% entre

1958 y 1961. Se dejaron de publicar datos oficiales sobre la proporción del ingreso destinado a empresarios y a trabajadores; pero informes obtenidos de la Corporación de Fomento revelan que en 1960 la entrada media por empresario es 19 veces mayor que la del obrero, mientras era solamente 15 veces superior en 1955.

Tendencia antidemocrática que explica muchos de nuestros aparentes fracasos en el sector salud, y que debiera ser medida en todas partes.

3. *Consumo de Leche y Productos Lácteos, excluida mantequilla.* Siendo la nutrición uno de los pilares de la salud individual y colectiva, tenemos vivo interés en utilizar los esfuerzos desplegados por la Organización de Agricultura y Alimentación (FAO), para promover la medición del consumo medio per cápita de los principales elementos nutritivos.

En la Tabla 4 ha sido posible reunir los datos sobre consumo de leche, proteínas y calorías totales en 9 países, ofreciendo una excelente medida del grado de bienestar alcanzado por sus pueblos. En todos esos países latinoamericanos salvo Argentina, la cifra media de calorías es inferior al límite fisiológico y el consumo de leche o de proteínas totales está por debajo del mínimo recomendable. Venezuela y Guatemala, pese a su muy distinto nivel de renta per cápita, acusan la misma subalimentación con menos de 2.000 calorías diarias, el 60% de lo que consume el habitante de los Estados Unidos. Impresiona también en la Tabla, que en general, el déficit alimenticio se ha mantenido en el período considerado y, en los casos de Chile y Colombia, se ha agravado manifiestamente, sobre todo en la disponibilidad de proteínas totales mostrada en la última columna.

En Chile, hemos descuidado tanto estos estudios en años recientes, que para incluir alguna medida de nutrición en la Memoria de la Zona de Salud Santiago en 1962, debimos recurrir a datos producidos por las Fuerzas Armadas Norteamericanas a través del Grupo de Estudios de Nutrición Chileno-Norteamericano: las familias encuestadas mostraron un déficit calórico de 10% en promedio; pero más de la tercera parte de las familias consumían bajo 2.000 calorías y el 28% menos de 54 grs. de proteína (el grupo encuestado requería 64 grs.). El 8% de la población estudiada pesaba bajo 10% de lo normal, y un 4% de las mujeres mostraban signos de anemia. El Grupo examinó 1.700 escolares en 4 sectores de Santiago: en todos ellos el peso y estatura de niños y niñas fueron notablemente inferiores al promedio de

escolares de Iowa usado por los autores como standard de referencia.

El 27% de la muestra era económicamente incapaz de obtener suficientes proteínas, destacando Santiago como la peor de las 27 localidades estudiadas (17).

Parece oportuno referirse en este momento a la causa principal de nuestro déficit alimenticio nacional o sea la propiedad y utilización de la tierra, incluida en el temario del Congreso. Los datos más recientes revelan que una proporción ínfima de personas, el 2%, es propietaria del 80% de la tierra agrícola, mientras 130.000 chilenos son dueños y trabajan menos del 8% del total, 2.050.000 hectáreas. El 35% de la población vive en el campo con una migración acelerada hacia la insalubre periferia de las ciudades. 75.000 minifundios han surgido en un proceso irregular de parcelaciones, sin posibilidades o ayuda suficiente de técnicas, créditos y recursos para elevar la producción de alimentos ni su propio nivel de vida y de consumo. Como en casi todos nuestros países, la prensa chilena destina miles de centímetros por semana a propagar una reforma agraria de alcance enteramente insuficiente. Su proyección más optimista permitirá completarla en el período inoperante de 70 años.

No extraña que Chile siga importando alimentos por un volumen de 90 millones de dólares, sangría equivalente al 20% de nuestras exportaciones totales, a precios de un mercado en que no tenemos control.

4-5. *Indicadores de Alfabetismo y Escolaridad*—

En la mayoría de los países latinos enumerados en la Tabla 3, un tercio de la población o más es analfabeta en 1950. En el valioso estudio "Hechos sobre Problemas de Salud" (2) se muestra gráficamente para ocho países, la relación íntima entre la ignorancia y la mortalidad en niños de 1 a 4 años. Mientras Estados Unidos y Canadá conjugan una mortalidad inferior a 5 por mil y un porcentaje de analfabetos también bajo 5, Venezuela, México y Colombia fluctúan en torno a una mortalidad de 20 por mil y al 50% de analfabetismo. En Guatemala, con 75% de analfabetos, mueren cerca de 40 niños de 1 a 4 años por cada 1.000. Estas cifras no reflejan, en general, la existencia de un elevado número de analfabetos potenciales, que han cursado sólo los primeros grados.

El otro indicador, porcentaje de la población de 6 a 18 años que está matriculada en las escuelas, mide mejor los esfuerzos actuales para dar educación al pueblo y es más fácil de obtener con mayor exactitud. En Puerto Rico, ha subido de 50 a 78% en los 20 años. En la

tabla 4 se dan los datos para varias repúblicas latinoamericanas, midiendo con bastante dramatismo una falla fundamental de sus sociedades y un serio obstáculo al trabajo de salud. Los recientes esfuerzos pro-alfabetización en Cuba están provocando mayor actividad en otros países.

En Chile, de nuevo en este Marzo de 1964, la matrícula escolar dejó fuera a varios centenares de miles de niños, a pesar de haber creado numerosas aulas y escuelas y congestionado aún más las existentes. En otras palabras, se está acentuando la alienación de un extenso sector ciudadano que resulta en la existencia paralela de dos grupos culturales, en verdad de dos países dentro de Chile. ¿Cómo pueden operar en este clima nuestras actuales técnicas de salud?

III INDICADORES DE RECURSOS Y ACTIVIDADES DE SALUD

Al medir el progreso en los servicios de salud de una comunidad, enfrentamos la misma ausencia de un indicador común y comprensivo de los variados factores técnicos, administrativos, económicos y culturales en juego. Presentamos primero un índice de un servicio de protección de la salud; luego 3 indicadores de recursos disponibles y 4 índices de utilización de servicios de salud. Todos ellos, pero especialmente los primeros, están influenciados en forma decisiva por el nivel económico del país.

1. *Porcentaje de la Población Abastecida con Agua Potable.*—Aunque no en todas partes los servicios de salud tienen una responsabilidad definida por la previsión o la promoción de redes o acueductos, el agua potable es siempre un requisito esencial para tener una población sana. En la Tabla 5 se comparan las cifras para diversos países, acusando una de las más serias deficiencias en materia de servicios de salud. La proporción de habitantes urbanos sin agua alcanza a 50% en varias Repúblicas y aún a más de 70% en los países. La recomendación de los técnicos es elevar la dotación de agua potable al 50% de la población rural y al 70% de la urbana en el próximo decenio.

2. *Número de habitantes por médico.*—Mirando las Tablas 4 y 7 se puede apreciar la diversa dotación de médicos para varios países entre dos y trece por 10.000 habitantes y su estrecha relación con el nivel económico. En Chile el Colegio Médico y las Universidades han estimado con bastante exactitud las necesidades de médicos para los próximos 20 años y formulado las medidas para satisfacerlas, confiados en la inminencia de cambios económico-

sociales que permitan la utilización plena y el debido rendimiento de la capacidad profesional.

3. *Número de Camas de Hospital por 1.000 habitantes.*—Las cifras dadas en la Tabla 7 miden el déficit en un servicio de salud necesario en toda circunstancia, con una cuota que oscila en los países entre 2 y 7 camas por 1.000 habitantes. El número relativamente elevado de camas en Chile, contrastando con sus malos índices de salud, hace pensar de nuevo en la influencia dominante del ambiente insalubre y del bajo nivel económico y cultural, que ya tenía presente Alejandro del Río para decir en 1928 que las camas no producen salud.

Por otra parte, Chile exhibe también entre 1952 y 1960 un progreso en el uso de las camas, cual es la reducción de la estada media de 19 a 14 días; ello equivaldría a elevar en un 25% las camas disponibles, aún cuando el índice crudo no variara, si se hubiera mantenido el nivel de ocupación. En el proceso de planificación, es decisivo pesar muy bien la justificación de costosas inversiones hospitalarias en forma desordenada.

4. *Gastos en salud per cápita.*—Para once países latinoamericanos, la Tabla 5 muestra aumentos de magnitud variable en el breve período de 1957 a 1960, para el cual hay datos. Los incrementos registrados reflejan más bien el proceso inflacionario y el uso de definiciones más amplias de servicios de salud (17), que el esfuerzo indudable de los Gobiernos para destinar mayores recursos a la asistencia médica y a las acciones directas de prevención. Uno de nosotros ha señalado antes que muchos gobiernos y aún grupos técnicos parecen "ansiosos de comprar salud con la falsa moneda de los seguros sociales o los mágicos servicios de salubridad" (7). En verdad, varios países dedican a esos fines hasta el 15 y el 17% de su presupuesto público.

Para concluir esta sección, se mencionan cuatro indicadores que miden la utilización de los servicios de salud por parte de la población y que no ha sido posible obtener para muchos países.

5. *Porcentaje de fallecidos con Atención Médica.*—Parece una medida muy útil de la utilización de los médicos disponibles; pero la falta de una definición universalmente respetada de "defunciones certificadas por médico" hace muy difícil comparar las cifras de los diversos países; en muchos de ellos se incluyen aquellas defunciones clasificadas a posteriori por un médico especialmente contratado para esta labor, elevado en forma artificial el índice, a veces hasta 100%, como se puede ver en la Tabla 5

con datos tomados de la Oficina Sanitaria Panamericana.

6. *Porcentaje de Nacimientos ocurridos en Maternidades.*—La Tabla 5 contiene datos solo para pocos países. En Puerto Rico hubo un aumento apreciable desde 10% en 1940 a 38% en 1950 y 78% en 1960, más lento que la mejoría de la mortalidad infantil. En Chile la proporción se ha elevado en 1963 al 65%, a parejas con el rápido crecimiento demográfico y el proceso desordenado de urbanización, creando un dramático déficit y hacinamiento de camas de maternidad.

7-8. *Número de Consultas Prenatales y de Lactantes por Nacido Vivo.*—Nos han parecido indicadores valiosos, que vale la pena observar y experimentar ya que su captación es ya objeto de considerable esfuerzo. En Puerto Rico, el número de consultas prenatales e infantiles por nacido vivo subió mucho más moderadamente que los otros indicadores de utilización de los servicios. Para Chile, estos dos índices siguieron subiendo en 1962, sin reflejarse, como dijimos, en el nivel de salud infantil.

IV. UNA VISIÓN DE CONJUNTO Y ENSAYOS DE CORRELACIÓN.

Se ha hecho evidente en este análisis la deficiente calidad de la mayoría de las cifras consideradas, en muchos de los países del Continente, precisamente a causa del subdesarrollo. Resulta, así, temerario intentar establecer una relación numérica entre los varios indicadores presentados para las comunidades americanas. Pero es de gran utilidad reproducir en la Tabla 6 los principales índices de un Cuadro publicado por las Naciones Unidas en su último Informe sobre la Situación Social del Mundo (5). Allí se han clasificado 70 países en 6 grupos de acuerdo con la renta nacional per cápita y se dan para cada grupo los valores promedio de diversos indicadores discutidos en este trabajo. Estos indicadores parecen tan perfectamente asociados que, salvo excepciones, parecería posible escoger cualquiera de ellos, en el campo de la demografía, cultura, nutrición, o servicios de salud para medir el grado de desarrollo de las naciones incluidas en cada grupo.

En el mismo estudio de las Naciones Unidas, se han clasificado los países individuales según los diferentes indicadores, permitiendo "utilizar medidas matemáticas de correlación para aclarar la íntima relación entre esos indicadores" (5). De la lista de 18 coeficientes de correlación de rango presentados, en que el gra-

do de dependencia aumenta de 0 a 1 ó —1, elegimos los siguientes:

Renta nacional per cápita y mortalidad infantil	— 0.84
Renta nacional per cápita y escolaridad	+ 0.84
Renta nacional per cápita y de fécultas en la dieta	— 0.86
Mortalidad Infantil y consumo de calorías	— 0.81
Mortalidad Infantil y Escolaridad	— 0.67
Mortalidad Infantil y número de habitantes por médico	— 0.43

Con todas las reservas que estudios como éste merecen, se puede concluir que el ingreso per cápita tiene una relación consistente con el nivel de educación, de alimentación y de mortalidad infantil. Por otra parte, en apoyo de nuestra tesis, la mortalidad infantil aparece muy estrechamente dependiente del consumo calórico medio, algo menos de la matrícula escolar y mucho menos de la disponibilidad nacional de médicos.

"Aunque en promedio el ingreso per cápita de la América Latina es considerablemente superior al promedio regional de Asia y África —continúa el Informe— el nivel de ingreso percibido por los sectores más modestos es bastante similar en toda la América Latina y no está muy distanciado del de las masas de Asia y África". Se tienen bastantes pruebas de que en casi todos los países hay sectores —que pueden abarcar desde una minoría apreciable hasta la gran mayoría de la población— cuyos ingresos reales varían de los 50 a los 75 dólares anuales. "Esta mayor desigualdad en la distribución del ingreso nacional, principalmente debida a la inversión extranjera concentrada en un sector o a los anticuados sistemas de tenencia de la tierra, debe ser objeto de especial atención para comprender y ubicarse ante el desequilibrio entre los diversos indicadores del desarrollo".

V. CONCLUSIONES

Este es, en la forma menos imprecisa posible, el diagnóstico de las graves enfermedades médicas y sociales que aquejan a nuestra América Latina, en notable e infundada inferioridad con la parte rubia del Continente. A riesgo de cansaros, hemos abundado en cifras que dejan parcialmente medido el pobre rendimiento sanitario y social de nuestras acciones y recursos de salud. Creo interpretar el sentir de los médicos de la Confederación al proclamar nuestra profunda insatisfacción profesional, me atrevería a decir nuestra frustración como ser-

vidores del pueblo. Pese al enorme progreso técnico, estamos en situación parecida a la de nuestro sufrido campesino que se agota de sol a sol para producir un rendimiento mísero, también en salud desproporcionado a sus esfuerzos y a las necesidades de la población.

No hay el menor ánimo de derrotismo en esta tentativa de epicrisis. Sólo queremos mirar con ojos bien abiertos la posición real de la medicina y de los médicos en esta etapa del desarrollo social (que los más viejos de nosotros iniciamos y vivimos intensamente con la mira de un cambio que no ocurrió y que ahora parece estar al alcance de las generaciones que llegan).

El temario pide a este Congreso enunciar algunas soluciones mediatas e inmediatas. ¡Compleja tarea en un mundo convulsionado por ideologías contrapuestas y distorsionadas por el esfuerzo para adaptarse a un sentido nuevo y bienvenido de impaciencia en la presión de los necesitados! En el empeño de proponer algunas soluciones que merezcan el mayor respaldo de los colegas sin perder concreción e impacto en la mente de los médicos del Continente, entregamos a vuestra consideración los siguientes puntos:

1º. La Salud es Función del Desarrollo Económico. Hoy más que nunca es necesario que la profesión médica y cada uno de sus miembros, en cualquier actividad, proclame incansablemente que la salud y la enfermedad de nuestros pueblos dependen sobre todo del mejoramiento en el nivel de vida de sus clases trabajadoras: su alimentación, vivienda, vestuario, trabajo sano y bien remunerado, oportunidades de educación y recreación. Evitemos ser cómplices del afán ansioso de la mayoría de los Gobiernos actuales de comprar salud con la falsa moneda de los seguros sociales o los servicios de salubridad, operando mágicamente en un vacío social.

2º Necesitamos Planificar.—Los médicos y sobre todo, la profesión organizada deben participar en el proceso de planificación, que se ha difundido rápidamente en todos los países. Conociendo los planes globales a corto y largo plazo, para el país o sus regiones, podremos sincronizar el desarrollo de nuestras propias actividades. Ya se sabe que, a menudo viviendas y escuelas son tanto o más importantes para la salud que los hospitales y que los proyectos de construcciones de camas deben depender de los planes camineros.

Pero, en cada país, la profesión debe proyectar su mirada hacia las peticiones de atención médica de diversa índole que producirán el crecimiento y cambios demográficos, los movimientos de población, los cambios en la tendencia

y capacidad de utilizar los servicios médicos, y factores similares. Aún esbozos de tal planificación evitarán los serios problemas y emergencias mantenidas que hoy afrontan cada día la mayoría de los colegas. El esfuerzo ayudará a medir y entender mejor las condiciones de salud y su relación con el desarrollo económico; pero, además, preparará al gremio para la sociedad planificada que todos anuncian.

3º. El hombre y su bienestar son el objetivo último de la economía, la planificación y el desarrollo. Mientras debemos aprender el lenguaje y criterios de prioridad de los responsables de otros sectores y de su coordinación, es deber de cada médico y de la profesión organizada defender con claridad y energía la asignación de los recursos necesarios para programas y actividades realistas de protección y recuperación de la salud bien estudiados, sean de alcance nacional o de carácter local y regional. Esto supone independizarse de patrones extranjeros y reemplazarlos por técnicas, tal vez simplificadas, que puedan extenderse a los extensos sectores abandonados en los campos de acción de mayor jerarquía. Educar a la profesión y a los trabajadores de la salud en esta concepción y en su práctica es tarea fundamental para participar activamente —y no ser marginados— en los planes de desarrollo global.

4º. Por mandato Hipocrático y por imperativo de la época, necesitamos revolucionar nuestros patrones de conducta profesional —liberal, funcionaria o socializada— en varios sentidos:

a) crear una comunicación efectiva con nuestros pacientes —individuo y comunidad— a base de la preocupación y conocimiento de las circunstancias familiares y culturales que condicionan su salud y enfermedades, en contraste con la actitud tecnicista, indiferente o apatropada que hoy prevalece en el trabajo médico; la colaboración activa e informada de pacientes, familias y colectividad local es tanto más indispensable cuánto más limitados sean nuestros medios y más adverso a la salud sea el clima social;

b) mejorar la utilización y rendimiento de los recursos personales y materiales de que hoy disponemos, mediante la organización más racional e integrada de los servicios curativos y preventivos, deponiendo afanes institucionales o personalistas y entregando un mínimo de fervor en nuestra función de servicio colectivo. O los médicos reforman los sistemas de atención para satisfacer las demandas sociales y las legítimas aspiraciones profesionales, o lo harán otras fuerzas liberadas por esta ola de presiones que emerge en el Continente.

c) educarnos en el proceso de democratización de los servicios médicos, para servir las exigencias actuales y como escuela para los sistemas de trabajo por venir; esto significa utilizar en plenitud la colaboración de personal profesional y auxiliar, delegando funciones y dándole debida ingerencia en la marcha de los servicios médicos, a la vez que ayudándole a capacitarse para enfrentar las emergencias presentes y las responsabilidades mejor organizadas del futuro.

d) por fin, estimular y ayudar a la incorporación de estos cambios en la formación de los futuros médicos.

5º.—Finalmente, ¿podrá la profesión médica permanecer silenciosa e inerte ante la necesidad y los métodos, proclamados de un confín a otro en el Continente, para producir un cambio profundo en las estructuras de la sociedad, para poder acelerar su desarrollo económico-social equilibrado?.

Nuestro relato ha ofrecido un aporte modesto a la riqueza de antecedentes y experiencias que demuestran que el mejoramiento efectivo del nivel de salud requiere esos cambios profundos en la estructura económica y social. También hay razones para anticipar que tales cambios permitirán un trabajo médico más racional, eficiente y satisfactorio.

Entonces proponemos que este Congreso invite a los médicos del Continente a no permanecer ajenos a los procesos necesarios para impulsar estos cambios, sino que por el contrario los propicien y favorezcan en relación con su actividad profesional y en los círculos ciudadanos de cualquier orden y tendencia, según las inclinaciones individuales de cada cual, como condición indispensable para efectuar una atención médica verdaderamente integral.

De aprobar esta recomendación, el Congreso estaría reafirmando las expresiones del maestro Virchow hace más de 100 años: "la medicina no es sino política en gran escala".

B I B L I O G R A F I A

1. Horwitz, A.—Salud y Riqueza. —Reproducido de AMERICAS — Washington, 1961.
2. Oficina Sanitaria Panamericana —Hechos sobre Problemas de Salud— Publicaciones Varias Nº 63, Julio de 1961.
3. Horwitz, A.—La Salud, Un Componente Básico del Desarrollo Económico — Oficina Sanitaria Panamericana, Publicaciones Varias Nº 66, 1961.
4. Ministerio de Salud Pública de Cuba —Sub-Desarrollo Económico Principal Enemigo de la Salud — Habana, Septiembre 1960.
5. Naciones Unidas / Informe sobre Situación Social en el Mundo, con Especial Referencia al Problema del Desarrollo Social y Económico Equilibrado — E/C N. 5/346/Rev. 1, 1961.
6. Colegio Médico de Chile — Primeras Jornadas Médico-Sociales, Santiago 1958.
7. Molina, G. y Adriasola G. — Principios de Administración Sanitaria, Reimpresión, San Juan, Puerto Rico, Diciembre 1961.
8. Rosen, G. — Qué es Medicina Social, Un Análisis Genético del Concepto — Revista Médica Cubana, c. 69, 1958 (Traducido del Bulletin History of Medicine, v. 21: 674-933, 1947).
9. Servicio Nacional de Salud — Doctrina y Política del SNS; Planificación en Salud — Santiago (Chile) 1952.
10. Hamuy, E.— Educación elemental, analfabetismo y desarrollo económico — Editorial Universitaria, Santiago (Chile), 1960.
11. Corporación de Fomento a la Producción. Plan Decenal 1960.
12. Molina, G. y Noam, Freda — Indicadores de Salubridad, Economía y Cultura en Puerto Rico y América Latina — Salud Pública, La Paz.
13. Servicio Nacional de Salud. Primera Etapa: 1953-1958 — Santiago, Chile, Julio de 1959.
14. Mascarenhas, R. dos Santos — Indicadores de Saude para Regiones Subdesenvolvidas — Mimeógrafo, Sao Paulo, Brasil, 1962.
15. Swaroop, S. y Uemura K. — Proportional Mortality of Fifty Years and Above — W.H.O. Bulletin — 1957.
16. Behm, H. — Mortalidad Infantil y Nivel de Vida. Editorial Universitaria, 1962.
17. V Zona de Salud — Santiago (Chile) Memoria Anual, 1962.
18. Oficina Sanitaria Panamericana — Resumen de los Informes Cuadriales sobre las Condiciones Sanitarias en las Américas — Publicación Científica Nº 40, 1958 y Nº 64, 1962.

Tabla 1.

CAMBIOS EN LA EXPECTATIVA DE VIDA Y TASAS DE MORTALIDAD SELECCIONADAS EN LAS AMERICAS Y OTROS PAISES 1950 Y ULTIMO AÑO DISPONIBLE

País	Expectación de vida al nacer		Mortalidad General		Mortalidad Infantil		Mortalidad por Tbc		Mortalidad por Malaria	
	(a)	(a)	(b)	(b)	(c)	(c)	(d)	(d)	(d)	(d)
	1950	1960	1950	1959	1950	1960	1950	1957	1950	1957
Argentina	60-62	66-67	9.0	8.0	68.2	61.1	52.0	29.3	0.1	—
Bolivia	39-41	43-47	22.0	20.2	106.5	90.7	47.4	55.6	45.0	16.6
Brasil e)	cerca 50	cerca 54	16.4	11.9	109.1	94.4	217.6	67.1	12.5	—
Canadá	68.6	70-72	9.1	8.0	41.5	28.4	26.2	7.7	—	—
Colombia	44-47	48-52	14.2	12.8	123.9	96.9	36.2	26.9	23.8	12.7
Costa Rica	53-56	57-60	12.2	9.0	91.3	81.0	51.4	20.	71.3	11.2
Cuba	53-56	57-60	7.1	5.8	—	—	—	—	—	—
Chile	50-52	54-57	15.0	12.5	139.4	119.6	160.4	62.7	—	—
Ecuador	39-41	43-47	17.5	15.1	109.7	105.8	205.5	32.9	32.3	32.2
El Salvador	44-47	48-52	14.7	13.5	81.2	78.1	38.9	20.8	91.8	23.7
Guatemala	39-41	43-47	21.8	17.3	106.8	89.7	59.4	40.2	244.2	155.2
Haití	bajo 37	bajo 43	—	—	—	—	—	—	37.0	—
Honduras	44-47	48-52	12.0	9.4	85.6	53.5	300.4	15.4	240.3	49.0
Méjico	50-52	54-57	16.2	11.9	96.2	75.5	41.0	26.0	89.0	62.1
Nicaragua	50-52	54-57	10.8	8.6	82.0	64.2	20.9	6.8	279.5	58.4
Panamá	50-52	54-57	9.6	9.1	68.4	60.0	77.1	33.0	28.1	17.2
Paraguay f)	50-52	54-57	10.6	—	142.2	54.4	34.1	15.1	8.7	1.2
Perú	44-47	48-52	12.9	10.3	103.7	85.6	77.4	72.9	23.5	17.8
R. Dominicana	39-41	43-47	10.0	10.5	87.7	108.3	62.9	30.5	101.8	33.6
Uruguay	62-64	66-67	8.0	7.0	64.2	73.0	62.1	24.3	—	—
Venezuela	50-52	54-57	10.9	8.8	80.6	58.7	122.9	29.8	9.5	0.2
Estados Unidos	67.7	71.2	9.6	9.5	29.2	25.1	22.5	9.1	—	—
Puerto Rico	61.	71.	9.9	6.7	67.5	44.4	129.6	28.9	2.6	—
Israel	67.9	71-73	6.6	5.7	40.7	30.8	16.0	6.2 g	2.0	—
Suecia	71.1	72-74	10.0	10.0	21.0	16.6	23.8 h	7.9 i	—	—

a Rango en años. Estimaciones independientes de la exactitud de los registros y basados en estudios de CELADE. Se agradece esta información al Sr. J. V. Grauman, Sección de Demografía de CEPAL.

b Tasa por 1000 habitantes. Datos basados en Registros Nacionales de calidad variable.

c Tasa por 1000 nacidos vivos. Datos basados en Registros nacionales de calidad variable.

d Tasa por 100.000 habitantes. Datos basados en Registros nacionales de calidad variable.

e Distrito Federal y capitales de Estado f Áreas de notificación g 1959 h 1951 i 1958.

Fuentes: CEPAL

NACIONES UNIDAS: Anuarios Demográficos

Oficina Sanitaria Panamericana: Documentos 24 y 40.

CELADE Estudio especial sobre Bolivia.

(De: "Índices de Salubridad, Economía y Cultura", por Dres. G. Molina y F. Noam).

Tabla 2.

CLASIFICACION DE 50 PAISES DE ACUERDO CON LA RAZON DE MORTALIDAD
PROPORCIONAL AÑOS 1949 - 1953

<i>% de muertes de 50 años de edad y más</i>	<i>P a i s e s</i>	
75 y más	Alemania Australia Austria Bélgica Dinamarca Escocia Estados Unidos Francia	Holanda Inglaterra y Gales Irlanda del Norte Noruega Nueva Zelanda Suecia Suiza
50 - 75	Argentina Canadá Estados Unidos (población de color) Finlandia Grecia Islandia Israel	Italia Japón Portugal Unión Sudafricana (población blanca) Uruguay
25 - 49	Ceilán Chile Costa Rica Formosa India Malaya Méjico	Panamá Paraguay Puerto Rico Tailandia Venezuela Yugoslavia
Menos de 25	Colombia Egipto El Salvador Filipinas Guatemala	Honduras Jordania Nicaragua Perú República Dominicana

*Fuente: Mascarenhas, R. dos Santos: "Indicadores de Saude para Regioes Subdesenvolvidas".
(De: "Índices de Salubridad, Economía y Cultura", por Dres. G. Molina y F. Noam).*

Tabla 3.

INDICADORES ECONOMICO-SOCIALES Y CULTURALES EN DIVERSOS PAISES
1950 Y ULTIMO AÑO DISPONIBLE

P a i s	Renta Nacional per cápita ^a		% de la renta destinada al sector trabajo		% Población Alfabeta ^b	% Población Matriculada en la escuela ^c	
	1950	1959	1950	1960	1950	1957	1961
Argentina	sobre 400	sobre 400	60.9	50.9	86.4	87	91
Bolivia	bajo 100	bajo 100	—	—	32.1	52	73
Brasil	150 - 200	250 - 300	43.2 ^d	47.4 ^d	49.4	55	65
Colombia	250 - 300	250 - 300	35.7 ^d	38.6 ^d	62.4	50	56
Costa Rica	200 - 250	250 - 300	60.6 ^d	60.5 ^d	79.4	81	86
Cuba	350 - 400	350 - 400	64.3	66.6	77.9	72	119 ^e
Chile	300 - 350	300 - 350	—	—	80.1	76	78
Ecuador	100 - 150	100 - 150	72.2	73.2	55.7	65	72
El Salvador	150 - 200	150 - 200	—	—	39.4	118 ^e	105 ^e
Guatemala	150 - 200	150 - 200	—	—	29.4	37	43
Haití	bajo 100	bajo 100	—	—	10.4	30	31
Honduras	150 - 200	150 - 200	46.6 ^d	49.1 ^d	35.2	42	57
Méjico	250 - 300	300 - 350	—	—	62.0	61	73
Nicaragua	100 - 150	150 - 200	—	—	38.4	50	54
Panamá	300 - 350	350 - 400	66.7	69.1	69.9	77	81
Perú	100 - 150	100 - 150	38.8 ^d	40.8 ^d	47.0	59	65
Paraguay	bajo 100	100 - 150	—	—	65.8	86	83
República Dominicana	150 - 200	200 - 250	—	—	42.9	82	77
Uruguay	300 - 350	350 - 400	—	—	84.2	146 ^e	148 ^e
Venezuela	más 600	más 700	59.8	60.0	52.2	56	88
Estados Unidos	—	2.089 ^f	—	70.7 ^f	97.5	82.9	—
Puerto Rico	—	500 ^f	—	67.7 ^f	74.4	60.4	—
Israel	—	1.	—	—	—	—	—
Suecia	—	1.310 ^f	—	64.5 ^f	—	—	—

^a En dólares de 1958.^b A base de la población sobre 10 años de edad.^c A base de la población de 7-14 años de edad.^d No incluye rentas de empresarios o gerentes.^e Se incluye la matrícula de niñas mayores de 14 años o repitentes (sobre 20% en algunos países) no comprendidos en el límite de edad ^f año 1958.**Fuentes:** CEPAL: Se agradece la información proporcionada por la Sección de Estudios.CEPAL: Boletín Económico de América Latina-Suplemento Estadístico Vol. VI.,
Noviembre 1961.UNESCO: Conferencia sobre Educación y Desarrollo Económico-Social en Amé-
rica Latina UNESCO/ED/CEDES/21, Febrero 1962.

(De: "Índices de Salubridad, Economía y Cultura", por Dres. G. Molina y F. Noam).

Tabla 4:

ABASTO NETO DE ALIMENTOS PER CAPITA EN NUEVE PAISES SELECCIONADOS

País	Año	Leche en Kg. por año		Calorías por día	% de calorías procedentes de proteína animal	Gramos de proteína por día
		Grasa	Proteína			
Argentina	1951-53	5	5	2.980	35	97
	1957	5	5	3.100	36	121
Chile	1951-52	3	3	2.430	19	74
	1957	3	3	2.330	19	70
Colombia	1948-49	—	—	2.370	22	55
	1957	3	3	2.050	22	48
Guatemala	1956	—	—	1.999	—	62
Méjico	1954-56	2	2	2.380	13	64
	1957	3	3	2.420	15	66
Venezuela	1952-53	3	2	1.930	14	55
	1957	4	3	1.960	16	60
Estados Unidos	1951-53	9	9	3.150	42	92
	1958	8	9	3.100	41	91
Puerto Rico ^a	1953-54	—	4	—	—	—
	1957-58	—	6	—	—	—
Suecia	1951-53	11	11	3.060	41	90
	1959-60	9	9	2.920	42	82

^a No se ha calculado el balance alimenticio. La Administración de Fomento Económico indica un aumento rápido en la cantidad de alimentos disponibles durante la última década.

Fuente: *United Nations*: Statistical Yearbook 1960.

Administración de Fomento Económico de Puerto Rico "Food Consumption in Puerto Rico".

Tabla 5.

INDICADORES DE RECURSOS Y ACTIVIDADES DE SALUD EN PAISES

SELECCIONADOS — 1956 - 57 y 1960

P a í s	% población urbana con agua potable	Médicos por 10.000 habitantes			Camas de hospital por 1.000 habitantes		Gastos en salud per cápita dólares		% de muertes Certificadas por médico	
		1956	1960	1957	1960	1957	1960	1957	1960	1956
Argentina	71.5	65.3	12.8	13.0	5.3	6.4 b	—	—	—	—
Bolivia	59.1	55.8	2.6	1.9	1.8	1.8	.45	1.2	—	—
Brasil	—	54.7	4.1	4.0	3.7	3.4 b	1.02	1.9	99.0	—
Canadá	—	90.8	10.5	11.1	10.8	10.6	—	51.3	100.0	—
Colombia	64.0	76.8	3.4	4.3	3.0	3.2	1.6	2.5	44.7	—
Costa Rica	—	97.9 a	3.7	3.9	5.1	5.1 b	5.6	8.4	63.8	—
Cuba	—	56.6	10.0	9.7	2.6	2.3	3.4	7.5	—	—
Chile	73.9	73.6 a	—	6.2	5.0	5.0	6.3	8.1	57.0	—
Ecuador	—	58.2	3.4	3.4	—	2.1 b	—	—	28.2	—
El Salvador	41.1	50.2	1.4	1.8	1.4	2.0	.89	—	12.1	—
Guatemala	—	42.3 a	1.6	2.1	2.3	2.8	.61	—	16.0	—
Haití	6.1	25.1 a	—	—	.6	.7	—	1.1	—	—
Honduras	—	34.3 a	2.1	2.1	2.0	—	2.7	2.0	—	—
México	60.0	67.5 b	5.7	5.8	1.0	1.4	.9	2.9	58.2	—
Nicaragua	36.1	37.9	3.5	3.5	2.0	1.8	—	3.1	48.5	—
Panamá	—	84.2	3.1	7.8	3.9	3.8	10.0	9.7	42.2	—
Paraguay	—	27.6	5.2	5.3	2.2	.8	.9	.7	41.9	—
Perú	59.7	59.5	3.7	4.7	2.2	2.2 b	.6	3.9	31.3	—
Rep. Dominicana	100.0	63.0	1.5	1.5	2.7	2.7	1.6	4.4	44.2	—
Uruguay	—	73.7 a	11.6	11.3	6.1	5.9	—	15.8	98.7	—
Venezuela	50.7	54.5	6.2	7.0	3.6	3.6	13.3	19.9	63.7	—
Estados Unidos	—	88.0	13.0	13.4	9.1	9.8 b	—	124.0	c	—
Puerto Rico	—	75.0	7.1	8.5	5.4	5.1	—	48.5	54.6	—
Israel	—	c	—	23.2	—	6.6	—	55.5	—	—

a 1961 b 1959 c Cercano al 100%.

Fuentes: Oficina Sanitaria Panamericana - Publicaciones Científicas Nº 40, 1958 y Nº 64, 1962.

Puerto Rico — Junta de Planificación — Indices Seleccionados de Progreso Económico — Social, 1939 - 61.

United States Public Health Service - Document Nº 123, 1961.

(De "Indices de Salubridad, Economía y Cultura" por Drs. G. Molina y F. Noam).

Tabla 6.

NIVELES MEDIOS DE DETERMINADOS INDICADORES ECONOMICO-SOCIALES
AGRUPADOS CONFORME AL INGRESO NACIONAL

	G R U P O					
	I	II	III	IV	V	VI
Rango de ingreso per cápita	Sobre \$ 1.000	\$ 575 1.000	\$ 350 575	\$ 200 350	\$ 100 200	Bajo \$ 100
Número de países del mundo en el grupo	6	12	14	14	14	10
Renta per cápita en dólares ^a	1.366	760	431	269	161	72
Esperanza de vida al nacer en años ^a	70.6	67.7	65.4	57.4	50	41.7
Muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos ^a	24.6	41.9	56.8	97.2	131.1	180
Habitantes por médico ^b	885	944	1.724	3.152	5.185	13.450
% de población escolar matriculada ^b	91	84	75	60	48	37
Calorías diarias per cápita ^b	3.153	2.944	2.920	2.510	2.240	2.070
% de fuerza obrera masculina en la agricultura ^c	17	21	35	53	64	74
Países americanos en cada grupo	Estados Unidos	Venezuela	Argentina Chile Cuba Puerto Rico Uruguay	Costa Rica Méjico Panamá	Brasil Colombia Ecuador Honduras Nicaragua Perú Paraguay Rep. Domi- nicana	Bolivia

^a 1956-58.

^b Último año disponible.

^c 1956.

Fuente: Naciones Unidas: E/CN5/346/Rev. 1 —Referencia 5, Cuadro, página 46.
(De: "Índices de Salubridad, Economía y Cultura", por Drs. G. Molina y F. Noam).