

UN PANORAMA SOBRE LA SALUD Y LA MEDICINA EN LATINOAMERICA

Dr. PLUTARCO NARANJO

Facultad de Medicina, Universidad Central, Quito

Latinoamérica no es un conglomerado humano homogéneo. Si bien existen ciertas raíces comunes: genéticas, idiomáticas, históricas y de otra índole, no es menos cierto que entre los distintos países y diferentes regiones existen también profundas diferencias en lo que se refiere a desarrollo económico, a programas nacionales de salud, a progresos en el saneamiento ambiental, a organización de la docencia universitaria y a desenvolvimiento de la investigación médica. Latinoamérica es un calidoscopio de paisajes humanos.

Junto con el rápido crecimiento de su población, se multiplican los problemas, particularmente, de orden médico. En 1920, Latinoamérica tuvo una población de 85 millones; en 1980, si el ritmo de crecimiento es el mismo que el actual, la población total excederá de 360 millones sin que, por desgracia, el índice de crecimiento económico, especialmente en algunos países, iguale al del crecimiento vegetativo de la población. Esta circunstancia, entre otras, explica el desigual

progreso registrado en Latinoamérica en materia de salud pública.

Las tablas que se presentan a continuación, con su cruda verdad numérica, intentan dar una visión, una imagen panorámica de algunos de los aspectos más salientes sobre la salud y el ejercicio de la medicina, en esta parte del continente.

1.—Aspectos demográficos.

A) **Población.**—Se estima que la población de Latinoamérica, en el presente año, de 1965, es de 228'231.000 habitantes. En esta cifra se incluyen los países que se hallan desde México por el norte hasta Chile y la Argentina por el sur, pero se excluye, por no disponer de datos recientes, Cuba y Las Guayanas.

La densidad de población varía desde el mínimo de 31 habitantes por Km², en el Paraguay, a 1.095, en la República de Haití (Tabla I).

B) **Crecimiento.**—El índice de crecimiento de la población varía desde

1,14% por año, en la Argentina, a 4,1% por año en Costa Rica. El promedio general del crecimiento de la población, para toda Latinoamérica, es de aproximadamente 3% (Tabla I y II).

C) **Planificación familiar.**—El concepto de planificación de la familia, es muy reciente y apenas comienza a ponerse en práctica, en forma

sistemática, en algunos países latinoamericanos. Los métodos anticoncepcionales, en cambio, han sido utilizados desde hace algunos años, pero en muy pequeña escala, en la mayoría de los países latinoamericanos, y entre una elevada proporción de habitantes, los principales centros urbanos de Argentina y Uruguay, pese a las limitaciones de orden religioso.

Tabla I

INFORMACION BASICA SOBRE POBLACION (1964)*

País	Habitantes (miles)	Habit./km ²	Aumento anual %
Argentina	21.762	52	1.4
Bolivia	4.200	26	2.0
Brasil	79.830	62	3.2
Colombia	16.520	98	2.9
Costa Rica	1.402	181	4.1
Chile	8.455	75	2.2
Ecuador	4.900	114	3.0
El Salvador	2.800	854	3.9
Guatemala	4.300	259	3.0
Haití	4.500	1.095	2.3
Honduras	2.150	130	2.3
México	39.500	135	3.5
Nicaragua	1.600	78	3.6
Panamá	1.200	106	3.2
Paraguay	1.900	31	3.4
Perú	11.050	57	3.0
R. Dominicana	3.440	447	2.5
Uruguay	3.000	109	1.5
Venezuela	8.646	62	3.5

* No se incluyen Cuba y Las Guayanas por no haber conseguido datos estadísticos.

Tabla II
EL AUMENTO DE LA POBLACION

País	1920	1940	1960	1980
Argentina	8.861	14.169	20.956	28.998
Bolivia	1.864	2.508	3.696	6.000
Brasil	27.554	41.525	70.459	123.716
Colombia	6.089	9.097	15.468	27.691
Costa Rica	421	619	1.171	2.419
Chile	3.785	5.063	7.627	12.378
Ecuador	1.930	2.546	4.355	7.981
El Salvador	1.168	1.550	2.442	4.585
Guatemala	1.450	2.201	3.765	6.878
Haití	2.124	2.827	4.140	6.912
Honduras	783	1.146	1.838	3.656
México	14.500	19.815	34.988	70.581
Nicaragua	600	825	1.403	2.791
Panamá	447	620	1.079	2.023
Paraguay	699	1.111	1.720	2.981
Perú	5.313	6.784	10.199	17.500
R. Dominicana	140	1.759	3.030	6.174
Uruguay	1.479	1.974	2.491	3.126
Venezuela	2.438	3.740	7.394	14.857

En la mayoría de países latinoamericanos el índice de natalidad es uno de los más altos en el mundo, aproximadamente 45 nacimientos por cada 1.000 habitantes, cifra que es muy próxima a la máxima posibilidad biológica.

Durante muchos años el índice de crecimiento vegetativo se mantuvo alrededor de 2% por año, pero en el último decenio, gracias a los adelantos médicos, y al uso de antibióticos, en los infantes, especialmente, dicho ín-

dice se ha elevado a un 3% por año. Esto hace que en la población latinoamericana haya un gran predominio del sector infantil, efectivamente, aproximadamente el 50% de la población, con excepción de la Argentina y Uruguay, está constituida por niños menores de 15 años.

En el próximo decenio, a menos que se emprenda en un amplio plan de promoción de la planificación de la familia, este índice de crecimiento disminuirá muy poco. En las ciudades

más populosas, las clases sociales, económicamente favorecidas han utilizado desde antes algún medio anticoncepcional y durante este año ha habido una marcada tendencia a favorecer el método de la **óvulostasia**, mediante hormonas sintéticas de administración oral. Sin embargo, no se observan signos de una apreciable reducción en

el índice de crecimiento en Brasil y México, que por sí solos contribuyen con el 54% de la población latinoamericana. Cualquier método de planificación familiar, para que tenga éxito generalizado, deberá ser muy barato y de fácil comprensión para gente de un nivel cultural muy reducido.

Tabla III

ASPECTOS ECONOMICOS BASICOS (1964)

País	Producto nacional bruto (US. \$/ millones)	Per cápita US. \$ anual	vehículo motorizado
Argentina	10.835	508	17
Bolivia	660	159	105
Brasil	14.175	178	50
Colombia	4.835	293	75
Costa Rica	510	370	47
Chile	3.800	457	58
Ecuador	950	195	118
El Salvador	765	278	78
Guatemala	1.240	293	101
Haití	—	—	375
Honduras	455	217	127
México	16.150	406	40
Nicaragua	465	297	102
Panamá	526	435	36
Paraguay	356	188	127
Perú	2.780	251	60
R. Dominicana	—	—	126
Uruguay	—	—	15
Venezuela	6.146	724	19

Tabla IV

ASPECTOS ECONOMICOS BASICOS — EXPORTACIONES

País	US. \$ millones		Promedio en los	Principales productos (% exportación)
Argentina ..	964	1.410	1.239	Granos 25; carne 22
Bolivia	58	86	67	Estaño 71
Brasil	1.403	1.433	1.364	Café 52
Colombia	435	543	472	Café 70
Costa Rica ..	84	113	96	Café 51; bananas 27
Chile	506	623	550	Cobre 66
Ecuador	127	158	145	Bananas 64
El Salvador ..	119	178	147	Café 55; algodón 22
Guatemala ..	113	157	135	Café 57
Haití	32	39	39	Café 43
Honduras ...	73	92	82	Bananas 42
México	826	1.055	949	Algodón 21
Nicaragua ...	61	103	87	Algodón 37; café 20
Panamá	30	68	52	Bananas 47; petróleo 27
Paraguay	31	50	39	Carne 26
Perú	494	666	560	Pescado 20
R. Dominicana	143	180	167	Azúcar 54
Uruguay	175	179	168	Lana 56
Venezuela ...	2.413	2.700	2.584	Petróleo 92

2.—Aspectos económicos.

A) Aspectos generales.—El ingreso bruto, per cápita, para el año de 1964 varió desde 159 dólares, en Costa Rica, a 724 dólares, en Venezuela. Desde luego, es preciso considerar que en Latinoamérica existe una marcada diferencia económica entre la población urbana y la población rural, factor que determina muchas otras diferencias, como índices de morbilidad y

mortalidad, desarrollo cultural, etc. La población rural, en promedio para Latinoamérica, es de aproximadamente del 50% del total con variaciones que van desde el 34%, en Argentina, a un 78%, en Honduras.

Como un índice de la capacidad de adquisición de bienes, se ha tomado la proporción de población por vehículos motorizados (Tabla III). El país que cuenta con la más alta proporción de vehículos, es Uruguay que cuenta

con 1 por cada 15 habitantes, encontrándose en el otro extremo Haití, con un vehículo por cada 375 habitantes. Un promedio general para Latinoamérica es el de un vehículo por cada 56 habitantes. Desde luego, entre el 80 a 90% de los vehículos corresponde a la población urbana.

B) **El comercio internacional.**—En el lapso comprendido entre 1961 y 1964, Latinoamérica ha exportado, en promedio US \$/ 8.862 millones por año (Tabla IV). La mayoría de productos

de exportación, son productos agrícolas y en general materias primas. Se aprecia un incremento, que según los países, van de un 3 a 5% por año, las importaciones siguen un ritmo parecido a las exportaciones; en el mismo lapso, el promedio de importación por año, ha sido el de US \$/ 8.057 millones (Tabla V). Desde luego el único país que tiene un alto saldo favorable en su balance internacional de pagos es Venezuela que importa menos del 50% de lo que exporta; la mayoría

Tabla V

ASPECTOS ECONOMICOS BASICOS — IMPORTACIONES

País	1961	1964	Promedio en 4 años
Argentina	1.460	1.077	1.219
Bolivia	73	100	91
Brasil	1.460	1.263	1.420
Colombia	557	566	542
Costa Rica	107	136	120
Chile	585	609	587
Ecuador	106	169	125
El Salvador	109	192	145
Guatemala	134	180	153
Haití	42	42	42
Honduras	72	100	87
México	1.139	1.493	1.254
Nicaragua	74	125	102
Panamá	146	198	177
Paraguay	41	40	40
Perú	468	571	531
R. Dominicana	80	220	158
Uruguay	209	198	204
Venezuela	1.092	1.100	1.060

Tabla VI

ASPECTOS BASICOS SOBRE SALUD HUMANA — PROMEDIO DE VIDA

País	1950	1960
Argentina	54	59
Bolivia	46	50
Brasil	41	45
Colombia	41	46
Costa Rica	53	58
Chile	47	52
Ecuador	47	52
El Salvador	53	58
Guatemala	40	44
Haití	36	38
Honduras	40	44
México	58	62
Nicaragua	45	50
Panamá	51	62
Paraguay	41	45
Perú	41	46
R. Dominicana	—	—
Uruguay	74	67
Venezuela	51	66

tienen un saldo desfavorable de aproximadamente un 4% por año.

En todos los países hay un cierto desarrollo industrial, mucho más acentuado en los países más populosos como México, Brasil y Argentina y menos notorio en los países pequeños. En todos hay una tendencia a ir substituyendo importaciones.

3.—Problemas sobre la salud humana.

A) La Expectación de vida.—La du-

ración probable de la vida, para 1960, varió desde 38 años en Haití, a 67 en Uruguay (Tabla VI). Si se comparan las cifras entre 1950 y 1960 se observa, que el promedio de vida se ha elevado aproximadamente en 4 años. Como en la mayoría de países latinoamericanos la mortalidad infantil sigue siendo bastante elevada, el promedio general de vida es relativamente bajo. En estos mismos países, particularmente en las ciudades y entre las clases sociales media y alta, para los

niños que han pasado los 5 años, la expectación de vida es casi tan grande como en Estados Unidos o Europa.

B) La mortalidad.

a.—**Relación con la edad.** Si la mortalidad se clasifica en 3 grupos de edades (Tabla VII): niños menores de 15 años, adultos de 15 a 50 años y viejos, con más de 50 años, se encuentran por lo menos 2 tipos de distribución de la frecuencia de la mortalidad con relación a estos grupos de edades. En general, en toda Latinoamérica es aún bastante alta la mortalidad infantil. Uno de los países que tiene la más baja mortalidad infantil es Venezuela. En este tipo de países, a medida que ha ido disminuyendo la mortalidad infantil, ha ido proporcionalmente au-

mentando la mortalidad en el grupo de los viejos. Esta distribución tiende a parecerse a la de Estados Unidos o de Europa. En cambio en los países en los que la mortalidad infantil es aún superior a 100 niños de cada 1.000 que nacen, más del 50% del total de los fallecimientos corresponden a edades inferiores a los 15 años.

b.—**Causas más frecuentes de mortalidad.**—La proporción relativa de causas de muerte, varía grandemente entre los países con mayor expectación de vida como Venezuela y los de menor expectación, como Ecuador. En todos los países sigue ocupando el primer sitio de causas de mortalidad las enfermedades propias de la infancia, pero en aquellos con probabilidad de vida larga sobre los 60 años, las siguientes dos causas, son “propias de

Tabla VII

ASPECTOS BASICOS SOBRE SALUD HUMANA

Mortalidad según la edad (%)

Edad	1940	1950	1960
Venezuela:			
Niños (hasta 15 años)	59	54	48
Adultos (15-50 años)	19	16	12
Viejos (+ 50 años)	22	30	40
Ecuador:			
Niños (hasta 15 años)	61	58	55
Adultos (15-50 años)	18	17	16
Viejos (+ 50 años)	21	25	29

Tabla VIII

ASPECTOS BASICOS SOBRE SALUD HUMANA

Causas más comunes de muerte en Venezuela (1962)

Causa	Mortalidad %
Enfermedades propias de la primera infancia . .	15.0
Enfermedades del corazón	14.9
Cáncer	12.3
Gastroenteritis (excluyendo recién nacidos) . .	11.0
Accidentes	6.2
Neumonía	5.6
Lesiones vasculares que afectan el SNC	5.1
Tuberculosis	3.6
Disentería	2.9
Malformaciones congénitas	2.2
Influenza (gripe)	2.1
Enfermedades del riñón	1.7
Avitaminosis	1.4
Cirrosis hepática	1.4
Tétanos	1.3
Bronquitis	1.3
Diabetes	1.2
Complicaciones del parto	1.1
Obstrucciones intestinales	0.8
Sarampión	0.8
Meningitis	0.7

la senectud", entre ellas las enfermedades cardíacas y el cáncer (Tabla VIII). En cambio en los países con promedio de vida de alrededor de los 50 años, ocupan los 4 o 5 primeros puestos como causa de mortalidad las enfermedades de la infancia, particularmente de carácter infeccioso. Las enfermedades de la senectud, como

cáncer y enfermedades cardiovasculares corresponden apenas a un 7 a 10% del total de causas de mortalidad (Tabla IX).

Si se analiza la mortalidad, de acuerdo a la etiología, las enfermedades de naturaleza infecciosa siguen ocupando el primer puesto, por más que algunas de ellas, sobre todo las

de carácter epidémico han disminuído apreciablemente, gracias a los diferentes planes sanitarios realizados en cada uno de los países. La tuberculosis por ejemplo (Tabla X) ha disminuído en forma tal que, en la actualidad, sólo provoca entre el 3 y 4% del total de la mortalidad en los diferentes países.

Las parasitosis tanto intestinales como de otra localización, en general, constituyen una causa poco frecuente de muerte. Como causa primaria, corresponde a menos de 1% de la mortalidad general.

c.—**Mortalidad general.**—La mortalidad general, aunque ha disminuído en todos los países latinoamericanos, durante el último decenio (Tabla XI), se aprecia una gran diferencia entre los países con mayor ingreso per cápita y consiguientemente con mejor nivel sanitario y de vida, así como mejor y más oportuna atención médica, como Uruguay, Venezuela y Argentina, que tienen un índice de mortalidad de aproximadamente 8 por 1.000, frente a países con menor ingreso per cápita como Bolivia, en donde aún la mortalidad general es de 20 por 1.000.

Tabla IX

ASPECTOS BASICOS SOBRE SALUD HUMANA

Causas más frecuentes de muerte en el Ecuador(*) (1962)

Causa	Mortalidad %
Enfermedades de la primera infancia	21.0
Gastroenteritis (excluyendo recién nacidos) ..	19.0
Bronquitis	17.0
Neumonía	9.0
Influenza (gripe)	7.1
Tosferina	6.8
Sarampión	4.0
Cáncer	4.2
Enfermedades cardiovasculares	3.9
Tuberculosis	3.6

(*) Más del 30% de muertes se han producido sin asistencia médica y, consiguientemente, no existe un apropiado diagnóstico.

Table X

**ASPECTOS BASICOS SOBRE SALUD
HUMANA**

Mortalidad por tuberculosis (por 100.000)

País	1950	1957
Argentina	52,0	29.3
Bolivia	47.4	55.6
Brasil	217.6	67.1
Colombia	36.2	26.9
Chile	160.4	62.7
Ecuador	205.5	32.9
Paraguay	34.1	15.1
Perú	77.4	72.9
Uruguay	62.1	24.3
Venezuela	122.9	29.8

d.—**La mortalidad infantil.**—En donde mejor se aprecia el progreso médico de algunos países, es en la disminución de la mortalidad infantil. En todos los países latinoamericanos, durante el último decenio (Tabla XII) ha disminuído la mortalidad infantil, pero en algunos de ellos como en Paraguay, donde se han desarrollado planes nacionales de salud, la mortalidad infantil ha disminuído grandemente: En Nicaragua —de 118 por 1.00 a 54 y en Venezuela de 80 por mil a 46.

C) La morbilidad.

a.—**Causas más frecuentes de consulta médica.**—En la mayor parte de América Latina, las infecciones y las parasitosis son las dos principales causas de morbilidad y de consulta médi-

ca. Otra causa importante de morbilidad, aunque no siempre de consulta médica, es la alimentación bastante pobre en proteínas animales y la desnutrición sobre todo en los niños. Una alta proporción de habitantes, particularmente de las zonas rurales, adolece de anemia secundaria tanto a infección crónica, a parasitosis y a falta de hierro y proteínas suficientes en la alimentación. No existen apropiadas estadísticas, en escala nacional, sobre las principales causas de consulta médica. Como ejemplo, se presenta la estadística correspondiente a Venezuela (Tabla XIII).

b.—**Las enfermedades infecciosas.**—En varios países la entidad que ocupa el primer puesto en morbilidad y también en mortalidad, es la gastroente-

Table XI

**ASPECTOS BASICOS SOBRE SALUD
HUMANA**

Mortalidad General (por 1.000)

País	1950	1957
Argentina	9.0	8.0
Bolivia	22.0	20.2
Brasil	16.4	11.9
Colombia	14.2	12.8
Chile	15.0	12.5
Ecuador	17.5	15.1
Paraguay	10.6	10.0
Perú	12.9	10.3
Uruguay	8.6	7.6
Venezuela	10.9	8.8

Table XII

ASPECTOS BASICOS SOBRE SALUD HUMANA

Mortalidad Infantil (por 1.000)

País	1950	1960
Argentina	68.2	61.1
Bolivia	106.5	90.7
Brasil	109.1	94.4
Colombia	123.9	96.9
Chile	119.6	160.4
Ecuador	109.7	105.8
Paraguay	142.2	54.4
Perú	103.7	85.6
Uruguay	64.2	73.0
Venezuela	80.6	58.7

ritis infantil. Las gastroenteritis de origen parasitario han disminuído considerablemente. También ha disminuído la frecuencia de las enteritis provocadas por salmonellas y shigellas. En la actualidad, uno de los principales agentes etiológicos, es la *Escherichia coli*, en algunas de sus variedades patógenas. No existen estudios suficientes sobre la frecuencia de enteritis provocadas por enterovirus.

La tosferina, pese a la existencia de una vacuna altamente efectiva, en varios países ocupa el segundo puesto en frecuencia de enfermedades infecciosas y bacterianas y es aún causa importante de mortalidad infantil. En muchos de los países la tuberculosis ocupa el segundo o tercer puesto en la categoría de enfermedades infecciosas-bacterianas.

Las enfermedades provocadas por

virus son muy frecuentes, particularmente el resfrío común, la influenza, el sarampión. Las otras enfermedades exantemáticas son menos frecuentes.

c.—**Las enfermedades parasitarias.** Las parasitosis, aunque constituyen causa poco frecuente de mortalidad, son muy frecuentes y se cuentan entre las principales causas de morbilidad general. En todos los países las parasitosis intestinales ocupan el primer lugar de las estadísticas. Dos de los parásitos más difundidos son el *Ascaris lumbricoides* y el *Trichura trichiuris*. En las zonas tropicales y subtropicales, es también bastante frecuente el *Necator americano* y el *Anquilostoma duodenal*. La amebiasis intestinal ha disminuído, pero aún sigue siendo una causa importante de morbilidad en las zonas rurales. El paludismo, asimismo, ha disminuído y ha desaparecido en algunos países, pero en otros aún constituye causa principal de morbilidad y mortalidad. También son frecuentes las flagelosis y en el último decenio, la tricomoniasis vaginal ha aumentado grandemente y casi ha reemplazado a la gonorrea. Las parasitosis por plathelminthos, son poco frecuentes en la mayoría de los países latinoamericanos.

4.—La medicina en Latinoamérica.

A) Modalidades de la atención médica.

a.—**Los Servicios Públicos y Privados.**—En América Latina, la prestación de servicios médicos se ofrece a través de una gran variedad de sistemas e instituciones. Pueden conside-

Tabla XIII

ASPECTOS BASICOS SOBRE SALUD HUMANA

Causas más comunes de consulta médica en Venezuela

(1962)

Enfermedad	% de consultas
Resfrío común	24.8
Anemia	13.3
Helmintiasis	11.3
Diarreas	10.6
Angina catarral	4.4
Influenza (gripe)	4.1
Bronquitis	4.0
Amigdalitis	3.0
Reumatismo crónico	2.9
Asma	2.9
Gastroenteritis (niños de menos de 2 años)	2.8
Conjuntivitis	1.9
Disenteria (no especificada)	1.9
Piodermitis	1.9
Otitis	1.9
Micosis	1.3
Disenteria amebiana o bacilar	1.2
Otras parasitosis	1.0
Sarampión	1.0
Gastroenteritis (niños de más de 2 años)	0.4
Neumonía	0.3
Tosferina	0.2
Tuberculosis pulmonar	0.1

rarse por lo menos 6 tipos: medicina indígena, empírica; servicios de caridad; seguridad social; servicios gubernamentales, unos dependiendo directamente del gobierno, otros de los municipios y otros de las fuerzas armadas y de la policía; seguros industriales y seguros privados y, finalmente, los servicios de carácter privado.

La población indígena, bastante abundante en Bolivia, Perú y Ecuador, utiliza muy poco los servicios atendidos por médicos y profesionales, utiliza más los servicios de curanderos. Buena parte de la población rural y de las clases sociales menesterosas de la ciudad, adquieren medicamentos por propia iniciativa o por consejo de los boticarios y farmacéuticos, sin recurrir previamente a la consulta médica. En la mayoría de las ciudades existen servicios médicos gratuitos, tanto para la consulta de pacientes ambulatorios, como para la hospitalización. En dichas ciudades existen hospitales generales que dan esta atención y que operan con fondos provenientes directa o indirectamente del gobierno y por contribuciones caritativas.

b.—**Los Seguros Sociales.**—El concepto de atención médica por simple caridad o solidaridad humana, está cambiando poco a poco al de la atención médica como un derecho adquirido, como el derecho social a la salud. Este derecho se realiza a través de los sistemas de seguridad social, los mismos que se iniciaron hace 40 años en Chile y poco a poco fueron extendiéndose a los demás países latinoamericanos. Inicialmente, la seguridad so-

cial estuvo restringida al trabajador, obrero o empleado público o privado, como una retribución a su esfuerzo y su trabajo. Posteriormente, la seguridad social ha ido extendiéndose a los familiares de los afiliados y en la actualidad tiende a extenderse a todos los habitantes.

El grado de desarrollo de la seguridad social y de los organismos médicos que dependen de los seguros sociales, varía mucho de un país a otro. En 16 países los seguros sociales mantienen hospitales propios para la atención tanto de los pacientes ambulatorios, como para hospitalización. En Chile la seguridad social protege a más del 50% de la población y en México a cerca del 20%, además en este país, el seguro social cuenta con grandes recursos económicos y con el mejor sistema hospitalario del país y uno de los mejores en Latinoamérica.

En la mayoría de países, la medicina preventiva, tanto en lo que se refiere al saneamiento ambiental, como a la inmunización de los niños, es una función a cargo de los gobiernos y municipios. En cambio, la atención médica a los adultos, se divide, básicamente, en atención privada para los sectores sociales económicamente pudientes, servicios del seguro social para el grueso de la población obrera y empleada y servicios gratuitos para los menesterosos.

Cualquiera que sean los sistemas que predominan en los diferentes países latinoamericanos, en la generalidad de ellos, la medicina ha seguido una tendencia socializante y el ejercicio profesional privado, ha ido redu-

ciéndose cada vez más. Se estima que no más de un 10% de la población médica se dedica a la práctica privada, mientras un 65% se dedica a alguna de las formas de medicina social y el resto combina entre práctica privada y docencia o entre práctica privada y servicio de medicina social.

B) Médicos y hospitales.

a.—**Proporción de médicos.**—El país que tiene la más alta proporción de médicos, es Argentina, con 30.500 médicos que da una relación de un médico por cada 670 habitantes. El país que tiene la menor proporción, es Haití con un médico por cada 11.000 habitantes. En la mayoría de países la proporción está alrededor de un médico por cada 2.500 habitantes. La población de médicos ha aumentado, para la casi totalidad de los países, durante el último decenio (Tabla XIV), en mayor proporción que la población general. Argentina, por ejemplo, en 1950 tenía un médico por cada 1.230 habitantes.

Las proporciones que constan en la Tabla XIV son simplemente cifras estadísticas. La realidad es que en los grandes centros urbanos está la más alta concentración de médicos. En Buenos Aires por ejemplo, la proporción es de un médico por cada 24 habitantes. Las zonas rurales, en cambio, están bastante desprotegidas. En el Ecuador, por ejemplo, cuya proporción es de un médico por cada 2.600 habitantes, en las tres ciudades más populosas esta proporción disminuye a un médico por cada 700 a 800

Table XIV

ASPECTOS BASICOS SOBRE SALUD HUMANA

Número de habitantes por médico

País	1950	1960
Argentina	1.238	670
Bolivia	4.100	3.900
Brasil	3.230	2.500
Colombia	3.240	2.400
Costa Rica	3.100	2.200
Chile	1.680	1.600
Ecuador	3.690	2.600
El Salvador	5.280	4.800
Guatemala	5.700	4.900
Haití	9.000	11.000
Honduras	6.700	4.600
México	1.875	1.800
Nicaragua	3.100	2.800
Panamá	3.370	2.500
Paraguay	2.570	1.700
Perú	3.880	1.700
R. Dominicana	2.900	4.800
Uruguay	1.090	870
Venezuela	1.790	1.400

habitantes, mientras en las zonas rurales sube a un médico por cada 5.000 a 15.000 habitantes.

b.—**Proporción de camas hospitalarias.**—La proporción de camas hospitalarias, es de 2,7 por mil habitantes, en la América Central y 3,5 en la América del Sur. El país que cuenta con la más alta proporción de camas hospitalarias, es Argentina, con 6 camas por cada 1.000 habitantes. El mismo fenómeno que se observa en la

desigual distribución de los médicos, se observa también en la distribución de camas hospitalarias y servicios médicos. La mayor concentración se encuentra en los grandes centros urbanos, mientras en la población rural existe una mínima proporción de camas hospitalarias.

La América Latina, cuenta con un elevado número de hospitales. El total llega a 9.800, de los cuales el 80% son hospitales generales. La mayoría de los hospitales tienen capacidad entre 150 y 300 camas.

La mayoría de los hospitales y por consiguiente la mayoría de las camas, pertenecen, directa o indirectamente, a los servicios gubernamentales. En Argentina, por ejemplo, los hospitales gubernamentales cuentan con 103.000 camas frente a 18.000 camas de los servicios privados. El número de camas hospitalarias pertenecientes a los sistemas de seguridad social, están creciendo más rápidamente que lo que sucede en los otros tipos de servicios hospitalarios.

El promedio de admisión, en los hospitales, varía grandemente según los países y la densidad de población campesina. En el Paraguay, por ejemplo, es de sólo 12 por cada 1.000 habitantes, mientras en Costa Rica llega a 107. Varía también según los grupos de edades; la admisión de niños en los hospitales, es muy baja si se compara con la alta morbilidad y mortalidad de este grupo. Otros grupos seleccionados demuestran una mayor tendencia a la admisión hospitalaria, como sucede en Estados Unidos o Europa. En la ciudad de Quito, por ejemplo, mien-

tras el promedio de admisión hospitalaria para la población general es de 30 por cada 1.000 para los afiliados al Seguro Social, sube a 102 por cada 1.000 afiliados. La admisión hospitalaria para la atención obstétrica, aunque en promedio es todavía baja en Latinoamérica, hay una apreciable tendencia a aumentar, particularmente en los centros urbanos. La admisión hospitalaria por tuberculosis y otras enfermedades infecto-contagiosas, ha disminuido y algunos de los hospitales de aislamiento han tenido que ser convertidos en hospitales generales o de otras especializaciones.

La admisión hospitalaria por causas psiquiátricas, es muy baja si se compara con Estados Unidos o Europa, pero tienden a aumentar, aunque bastante lentamente.

C. Medicina planificada.

Algunos países latinoamericanos, han puesto ya en ejecución planes nacionales de salud, en los cuales se han coordinado, en forma planificada, los diferentes servicios médicos, tanto preventivos como asistenciales. Los mejores resultados en aumento de promedio de vida, disminución de la morbilidad y mortalidad, se registran precisamente, en los países que están desarrollando dichos planes. En la Tabla XV, por ejemplo, se presentan los resultados obtenidos en Puerto Rico, aunque no esté comprendido dentro de los países latinoamericanos, pero que por su composición étnica y por el desarrollo de un plan general de salud, puede servir para demostrar

Tabla XV

ASPECTOS BASICOS SOBRE SALUD HUMANA

Progresos bajo una medicina planificada. Puerto Rico

	1940	1950	1960
Promedio de duración de la vida (años)	46	61	71
Mortalidad general (por 1.000)	18.4	9.9	6.7
Mortalidad infantil (por cada 1.000 niños nacidos vivos	113.4	68.3	44.0
Mortalidad por tuberculosis (por cada 100.000 habitantes)	260.2	129.6	38.9
Mortalidad por paludismo (por cada 100.000 habitantes) ...	96.8	2.6	0
Gasto per cápita en atención médica (US dólares)	8.4	27.5	48.5

los progresos obtenidos en la salud pública.

Por estas y otras consideraciones, la Asamblea Regional de la Asociación Médica Mundial, ha recomendado: "La formulación de planes nacionales de salud y la existencia de un organismo rector en armonía con otros organismos de planificación nacional; la coordinación de las diversas instituciones de asistencia médica; la centralización de las normas de trabajo y descentralización de la ejecución de las acciones y la atención médica sobre una base de un sistema integrado de niveles progresivos de atención, cuyos elementos básicos deben ser la consulta externa periférica y los servicios de fomento y protección de la salud, en una relación funcional con el hospital general".

Chile ha sido el primer país en lograr la coordinación de los diferentes servicios médicos, habiendo creado en 1963 el Servicio Nacional de Salud, a cuyo cargo está la protección de la salud de toda la población chilena, inclusive de los empleados y obreros que están protegidos por las diferentes cajas del seguro social.

5.—El gasto en la atención médica.

A) Relación con el ingreso per cápita.

En la mayoría de los países latinoamericanos, el gasto en la atención médica, corresponde a cerca del 5% del producto nacional bruto. Desde luego, se observa que conforme aumenta el producto nacional bruto y el ingreso per cápita, el gasto en salud,

aumenta más, tanto en valores absolutos, como en valores relativos. Por ejemplo, en Chile, el gasto médico en 1953 fue de aproximadamente el 3% del ingreso nacional bruto, mientras en 1963 subió a 7,3%, es decir aumentó en más del 100%, en tanto que el ingreso per cápita no aumentó en esa misma proporción.

En la mayoría de países, el gasto médico, a cargo del sector público, particularmente de los organismos gubernamentales, siguen aumentando progresivamente; en varios países, los organismos de la seguridad social aumentan aún en mayor proporción su contribución al gasto médico nacional, en tanto que los sectores privados tienden a disminuir el mencionado.

El gasto médico, en los sectores privados, varía desde menos del 1% del total de los egresos de la familia, en las zonas rurales, hasta cerca del 10% en las principales ciudades.

B) Descomposición del gasto médico.

a.—**Prevención y tratamiento.**—La proporción de gasto médico para fines preventivos y asistenciales, varía mucho de un país a otro. En los países donde se está desarrollando un plan nacional de salud, por regla general, se destina una alta proporción a fines

preventivos, pudiendo exceder al 50% del gasto médico total. Esto sucede entre otros países, en Chile, Argentina, Venezuela. En cambio en los países en los que no existe un plan unificado, la mayor parte del gasto médico está relacionada con la parte asistencial de la medicina.

b.—**En factores de la asistencia médica.**—En la atención hospitalaria, del 40 al 50% del gasto total, se dedica al pago de sueldos de todo el personal; cerca de un 15% corresponde a medicamentos y el resto a los demás gastos hospitalarios. En la atención médica privada, en consulta externa, el gasto se descompone fundamentalmente, en honorarios médicos que oscilan entre un 10 a 40% y el resto corresponde al gasto.

FUENTES DE INFORMACION BIBLIOGRAFICA

- 1) Demographic year book (United Nations).
- 2) Anuario de Epidemiología y Estadística Vital (Venezuela), Tomo I, 1962.
- 3) Progreso 65/66, Revista del Desarrollo Latinoamericano.
- 4) La Industria Farmacéutica Colombiana (estudio económico), 1960.
- 5) Revista Médica Mundial (Revista Oficial de la Asociación Médica Mundial), Vol. 1, Nº 4, 1965.