

DEMOGRAFIA Y SALUD PUBLICA

Se presenta la tasa de mortalidad infantil post-perinatal como indicador de mayor correlación con el desarrollo económico-social que la tasa de mortalidad infantil. El autor hace notar esta mayor sensibilidad de la primera y ofrece a la discusión de los interesados en este aspecto metodológico del estudio del desarrollo socioeconómico.

Para demostrar la afirmación precedente, se expone las observaciones hechas sobre la correlación entre la proporción de personas que trabajan en industrias de cada departamento de la provincia de Santa Fe (Rep. Argentina) con las respectivas tasas de mortalidad infantil y post-perinatal.

LA MORTALIDAD INFANTIL POSTPERINATAL COMO INDICADOR DEL DESARROLLO ECONOMICO - SOCIAL

Dr. FRANCISCO J. MENCHACA (*)

PALABRAS CLAVE:
MORTALIDAD INFANTIL — DESARROLLO
SOCIOECONOMICO INDICADOR
SOCIOECONOMICO

I. — INTRODUCCION

Muchos son los sectores interesados en el desarrollo socioeconómico. Los médicos, aunque no hemos recibido mayor detalle de él durante nuestra formación profesional, tenemos sí aceptado que el desarrollo influye sobre la salud de las personas. Los economistas, por su parte, admiten que este desarrollo guarda debida relación con la enfermedad y salud de la población. Así, por ejemplo, tienen establecido como índice de desarrollo la tasa de mortalidad infantil (1) (2). Esta mortalidad puede constituir, entonces, un campo de interés común para médicos y economistas. Su tasa no se refiere como podría suponerse por lo de "infantil" a todos los niños que han fallecido en una jurisdicción determinada sino sólo a las muertes de 0 a 1 año. ¿Cómo se explica esto? Veamos: fue en países de habla inglesa donde se acuñó el término "infant mortality" que luego no con suficiente propiedad se tradujo al habla hispana como "mortalidad infantil". Hubo el siguiente error semántico: en idioma inglés "infant" no significa "infante": con él sólo se define al niño pequeño, al "baby" (3) ya que el equivalente a "infancia" es "child-hood". En consecuencia "in-

fant mortality" corresponde no a toda la infancia sino a la mortalidad del niño pequeño, de 0 a 1 año de edad. Traducción igualmente equivocada hizo que en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte se hablara de "Enfermedades particulares de la primera infancia", incluyendo sólo patología del recién nacido. El texto inglés decía "Diseases of the early infancy" que significaba afecciones de la primera parte del primer año de vida, vale decir del neonato.

Otro fundamento en virtud del cual sólo se incluye en "mortalidad infantil" al niño de 0 a 12 meses, es porque estadísticamente para conocerse una tasa debe establecerse la cantidad de quienes están en riesgo. Salvo el día del censo, no es posible saber cuántos son los niños en riesgo. Lo que sí sabemos, en cada año calendario, son los de la población de 0 a 12 meses, pues son

(*) Consultor Emérito de Pediatría Social, Ministerio de Bienestar Social, Santa Fe. Domicilio: 25 de Mayo 1815, 3000, Santa Fe, Argentina.

los nacidos vivos en ese año, en tal jurisdicción.

Existe, además, otra razón para tener a la muerte de los niños de 0 a 12 meses como indicador de desarrollo. Es la extrema sensibilidad de tal niño a los agentes, acciones y demás elementos originados por ese desarrollo. Este pequeño ser humano, inadaptado aún a la naturaleza y cultura circundantes, no puede escapar, verbi gracia, si su hogar es antihigiénico, poco puede hacer si no recibe el alimento con la calidad y cantidad requeridas; está inerme ante la desorganización de la familia y su comunidad, ante la ignorancia de sus padres, y ante la falta de medios de Asistencia y Seguridad Social. Se colige, pues, que su enfermedad y muerte objetivan de modo global las contingencias del desarrollo economicosocial correspondiente al área en que vive. Explicase que de cátedras tan jerarquizadas como la Dirección General de la O.M.S. se haya dicho que la mortalidad infantil debe ser considerada como un indicador de las aspiraciones y de la capacidad social de una comunidad (4). Una autoridad en la materia como E. Kitagawa, por su parte, ha dicho que en la lucha contra la mortalidad infantil puede esperarse más del desarrollo que de las acciones médicas (5). Conceptos como éstos le dan a la tasa de dicha mortalidad la condición no sólo de indicador *cuantitativo*, sino también *cualitativo*. Gotmaker ha destacado esa tasa como indicador de calidad de vida de cada estrato social (6).

Hasta aquí nos hemos ocupado de la mortalidad infantil en general. En nuestro título nos referimos a *mortalidad infantil postperinatal*. Con esta última denominación identificamos el tramo de mortalidad infantil que transcurre después del octavo día postnatal, vale decir inmediatamente a la etapa perinatal (7). Recordamos que en la actual Clasificación Internacional de Causas de Muertes, Lesiones y Enfermedades, se recomienda tener como límite inicial de la mortalidad perinatal a la defunción fetal con mil gramos de peso, sin fijar taxativamente como antes la 28ª semana de gestación (8). Pasemos ahora a definir el otro sujeto de nuestro trabajo: el desarrollo socioeconómico. Ello no es tarea fácil, pues como se trata de un proceso debido a múltiples factores, él origina también muchas definiciones según el ángulo desde el cual se lo juzga. En términos gene-

rales podemos decir que el desarrollo puede ser concebido como un proceso social que procura con la participación de todos, el aumento de la productividad y justa distribución de los bienes y servicios que requiere la comunidad para alcanzar un nivel de vida satisfactorio de acuerdo a sus valores y aspiraciones. Desde la Oficina Sanitaria Panamericana, su Director General, Dr. H. Acuña, señala que la esencia del desarrollo debe ser mejorada la calidad de vida a través de cambios en la estructura de la sociedad y mediante un incremento sostenido e irreversible de los recursos para la atención equitativa de las necesidades grupales y comunitarias (9). También desde la Organización Mundial de la Salud se destacó en oportunidad que al promover su desarrollo, los países deben otorgar prioridades a la salud y educación de los niños (10). Esta recomendación es pertinente porque como el desarrollo no es homogéneo, el predominio de alguno de sus componentes impide el progreso de otros, la salud infantil, por ejemplo. Así es dable apreciar cómo el desarrollo industrial ha llevado y acumulado en torno a las grandes ciudades elevadas cantidades de niños con carencias físicas y sociales. Para evitar tales excesos y desviaciones de los componentes del desarrollo habrá que, con enfoque multidisciplinario, ir haciendo una evaluación dinámica, cuali y cuantitativa, del proceso, utilizando indicadores y parámetros suficientemente fieles y sensibles (11). Desde las Naciones Unidas se postulan indicadores *reales* que no midan en términos ambiguos, sino que puedan aplicarse fácilmente en situaciones concretas locales y regionales (12). También las N.U. destacan que las relaciones entre los diversos indicadores del desarrollo, no son simples y lineales; y que no cabe presumir que permanezcan constantes en los diversos momentos por los que transcurre el desarrollo (13).

Nosotros en diversas oportunidades hemos tenido aproximación al tema (14). Así estudiando los componentes de la mortalidad perinatal (defunción fetal tardía y mortalidad neonatal precoz) encontramos en las áreas más desarrolladas de la provincia de Santa Fe un mayor porcentual de las muertes de 0 a 7 días; mientras que en las menos desarrolladas el predominio porcentual correspondía a la defunción fetal tardía (15). Deducimos que la mejor Obstetricia de las áreas más desarrolladas permite el nacimiento con

vida, de frutos de la gestación con salud tan precaria que mueren en seguida de nacer. Sucede, entonces, que la mortalidad infantil de estas áreas más desarrolladas se ve sobrecargada con tales muertes de 0 a 7 días como consecuencia de ese producto del mayor desarrollo que es la mejor Obstetricia.

Interesados en comparar estos aspectos de la mortalidad infantil en áreas con diferente grado de desarrollo de la provincia de Santa Fe, hicimos algunas observaciones en ciertas áreas diferenciadas de esta provincia. Véanse estas tasas correspondientes al año 1978:

	Tasa de mortalidad infantil	Tasa de mortalidad infantil postperinatal
— Departamento GARAY (zona poco desarrollada)	33,4‰	20,6‰
— Departamento ROSARIO (zona más desarrollada)	31,6‰	20,6‰

Apreciamos así, "grosso modo", que eran las tasas de mortalidad postperinatal las que establecían mayor diferencia entre dos áreas con diverso grado de desarrollo en todos los departamentos o jurisdicciones políticas de Santa Fe, con las respectivas tasas de mortalidad infantil y de mortalidad postperinatal. Para representar el grado de desarrollo utilizamos la cantidad de personas en trabajo industrial por cada mil habitantes. Formulamos así nuestra hipótesis de traba-

jo: la verificación del valor r de correlación entre la cantidad de personas en trabajo industrial por mil habitantes de los departamentos estudiados, con las respectivas tasas de mortalidad infantil y postperinatal, habrá de mostrar mayor correlación de aquel parámetro de desarrollo con la tasa de esta última mortalidad, que con la de mortalidad infantil. A riesgo de caer en reiteración, transcribimos a continuación las tasas de las mortalidades antes citadas:

$$\begin{aligned} \text{Tasa de mortalidad infantil:} & \frac{\text{Defunciones de 0 a 12 meses}}{\text{Nacimientos animados}} \times 1000 \\ \text{Tasa de mortalidad postperinatal:} & \frac{\text{Defunciones de 8 días a 12 meses}}{\text{Nacimientos animados}} \times 1000 \end{aligned}$$

Si para obtener esta última tasa en vez del total de nacidos vivos, se usa esta última cifra menos las defunciones de 0 a 7 días, no se encuentra diferencia significativa.

II. — NUESTRA INVESTIGACION

La información demográfica nos fue provista por la Dirección de Estadísticas Vitales de la provincia de Santa Fe. Los datos sobre ocupados en tareas industriales, los recibimos del Instituto de Estadísticas y Censos de la misma provincia. Este Instituto nos facilitó muy gentilmente la tarea de investigar la correlación mediante el índice r .

En el cuadro 1 ofrecemos los valores de la proporción de trabajadores industriales por cada mil habitantes de los 19 departamentos que conforman la provincia de Santa Fe. En el cuadro 2 se pueden ver las respectivas tasas de mortalidad infantil y postperinatal. El cuadro 3 sintetiza los resultados finales.

Consideramos que con estos resultados se ve confirmada la hipótesis enjuiciada: que la tasa de mortalidad postperinatal guarda más correlación que la de mortalidad infantil con las respectivas tasas de ocupación industrial de los departamentos de Santa Fe.

Creemos que esto no sucede en cualquiera de sus etapas de evolución. Así, por ejemplo, cuando la Neonatología se perfeccione en los departamentos de nuestra provincia que ahora están con un plus de defunciones

de 0 a 7 días, posiblemente la tasa de mortalidad postperinatal como indicador de desarrollo, no tendrá la misma vigencia que ahora.

En el enjuiciamiento de nuestro indicador debe tenerse presente que por no incluir la primera semana de existencia, está exento de ciertas distorsiones tales como nacidos vivos que se anotan como mortinatos para cobrar alguna asignación familiar por cada hijo que se tiene.

Existen aseveraciones que valorizan al período postperinatal como indicador de bienestar y desarrollo. Así Gortmaker ha demostrado que la pobreza (tanto en su acepción económica como cultural), no incide tanto sobre la etapa de recién nacido como sobre el resto del primer año de vida (23).

El ofrecer a la discusión la tasa de mortalidad postperinatal como indicador de desarrollo debe interpretarse como un intento de realimentar la metodología de su estudio. Queremos que se nos juzgue como una estricta exposición de números, sino como un deseo de aumentar el interés por la salud del niño en su dependencia del desarrollo económico; vale decir que lo nuestro no sólo significa un enfoque científico-analista, sino también conceptual-humanista (24). Estas cifras deben ser apreciadas en su propósito de promover más niños sanos o sea del futuro hombre que se requiere, decidido y voluntarioso, para un desarrollo también sanamente orientado sin distorsión egoísta. Este propósito último de nuestras cifras demográficas, no puede ser desdibujado por la cuantificación estadística. En ésta, ha dicho Kiss, "el árbol no nos debe impedir ver el bosque" (25).

Aspiramos a que indicadores como el propugnado lleguen a ser usados en el futuro campo médico. En el 1.er Congreso del Colegio Internacional de Pediatría, R. Wagner dijo que entre las tareas del futuro pediatra pueden incluirse: a) más énfasis en la asistencia primaria; b) integración de los progra- mación de los programas médicos, sanitarios, educacionales y sociales; c) mayor énfasis en los enfoques no-tradicionales de la Pediatría; d) otorgar mayor rol a los colaboradores no-médicos; y e) mayor interés en los problemas psico-sociales del niño (26).

Ante estos nuevos aspectos de nuestra profesión para los cuales no nos preparó la educación médica tradicional, nosotros, entre otras cosas, debemos actualizar nuestra información respecto a un proceso como el desarrollo cuya influencia sobre la salud y la enfermedad es ya indiscutida. Así, por ejemplo, debemos anoticiarnos sobre lo que de él se piensa en las áreas que ya pasaron las etapas de subdesarrollo.

Estimamos que estos resultados son válidos para el momento de desarrollo por el cual están cursando estas áreas de la provincia.

Ofrecemos estas observaciones nuestras a la discusión de los interesados en estos aspectos metodológicos de la evaluación del desarrollo en las zonas y regiones que transitan hacia la sociedad industrial.

III. — COMENTARIO ULTERIOR

Nos apresuramos a señalar que con la exposición de estos hechos no pretendemos establecer ninguna relación de causa a efecto, sino sólo significar una coincidencia o "sincronismo" en el sentido de Piaget. Aspiramos a ofrecer la tasa de mortalidad infantil postperinatal como un indicador de desarrollo a utilizar en aquellas áreas que transcurren por etapas similares a la de las zonas estudiadas.

Este trabajo puede ubicarse en el marco de ese esfuerzo que desde las Naciones Unidas se promueve para un "enfoque unificado del análisis y planificación del desarrollo" (16). También desde las N.U. se requiere que "los indicadores existentes sean reexaminados y cuando sea necesario, modificados, y que se constituyan nuevos indicadores para usarse en la información rutinaria ulterior" (17).

Entendemos que la tasa de mortalidad postperinatal reúne las condiciones exigidas a los indicadores biosociales: a) sensible relación entre su magnitud y algún atributo del nivel de vida; b) poder discriminatorio para diferenciar diversos niveles o grados; c) obtención fácil en cada unidad de observación; y d) sensibilidad ante cambio eventual de los datos básicos (18). Apréciese que esta tasa es de operabilidad simple, pues su información básica es captada de modo ru-

tinario en los países en desarrollo. Consecuentemente, este indicador puede ser incorporado a lo que se denomina "servicio permanente de observación del desarrollo" (19). Su elaboración es más simple que otros instrumentos estadísticos como el método de William Brass también usado para estudiar la mortalidad infantil (20).

La presentación de nuestro indicador no nos lleva a adherir a la estricta cuantificación del desarrollo. En el campo económico se exige una extrema objetividad para la evaluación del proceso. Así, por ejemplo, "los costos relativos" y "los costos no visibles", pueden ser infravalorados ante indicadores numéricos como el producto bruto *per capita* o la cantidad de kilowatios por habitante. Esto de valorar primordialmente lo que se ve es propio, según Boulding, de la "sociedad opulenta" (21). No es cuestión tampoco de desvalorizar todo parámetro objetivo, porque como dice Burton: "Las ideas las tenemos en la cabeza, pero las acciones se desenvuelven en un mundo que está fuera de nuestras cabezas" (22).

Deseamos dejar constancia aquí que como circunstancia histórica, la constatación demográfica que presentamos, no puede extrapolarse a cualquier otra población en etapa diferente de desarrollo por las cuales estamos transcurriendo nosotros. En tales países el desarrollo se promovió según estos dos objetivos fundamentales: disminución de la jornada de trabajo y procurar el mayor bienestar de las gentes. Las evaluaciones que se acaban de realizar al respecto, no parecen justificar toda la acción llevada a cabo con aquellos propósitos. En tales países se han constatado, en realidad, jornadas más cortas en el lugar de trabajo, pero a ello hay que agregar el tiempo que requiere la idea y vuelta del trabajo, así como las horas de tarea extradoméstica que realizan las mujeres de nuestro tiempo. En cuanto al mayor bienestar, múltiples encuestas indican que la mayor parte de los consultados no se sentían satisfechos, acuciados por la agitada vida actual y por la preocupación de obtener mayores ingresos para atender renovados gastos.

Desde las Naciones Unidas se acaba de decir: "La desilusión y el escepticismo en los países en desarrollo, son estimulados por la contradicción entre los objetivos proclamados y lo que se percibe como verdade-

ros propósitos de quienes ofrecen ayuda. Existe la real posibilidad que el *movimiento pro-desarrollo*, se oscurezca en el devenir de la historia como ha sucedido con otras cruzadas parcialmente altruistas del pasado" (27).

Ante aseveraciones como éstas no puede sorprender que se haya aconsejado revisar lo que se está haciendo en favor del desarrollo a la luz de renovados parámetros de evaluación. Los médicos, por ejemplo, podemos preguntarnos: ¿no estaremos alterando el bienestar de las familias indicando complejos y despersonalizados tratamientos susceptibles de simplificación?; ¿no estaremos siendo cómplices de costosas terapéuticas inducidas por empresas comerciales nacionales y transnacionales?; ¿de qué manera podemos contribuir al satisfactorio desarrollo o progreso de nuestra comunidad? Recuerdese que no sólo hay que promover el desarrollo de las cosas sino también de las personas.

No es posible que abstraídos por una absorbente especialización dejemos de apreciar las bases socioeconómicas sobre las cuales se desarrollan nuestras actividades, y las demás acciones de nuestros semejantes. Como nos dice la Oficina Sanitaria Panamericana: "No puede esperarse que el profesional de las ciencias de la salud resuelva los complejos problemas de desarrollo que implica un cambio socioeconómico; pero sí creemos que debe estar consciente de la existencia de las raíces del problema y de lo limitado de su campo de acción" (28). Si no apreciamos esto, podemos quedar en situación similar a la de aquellos exploradores árticos que estuvieron esforzándose por llegar a determinado lugar, y que constataron después su mayor alejamiento de éste, porque no habían advertido que el témpano sobre el cual transcurrían, se movía en sentido contrario. Sepamos, pues, identificar bien los factores sociales que actúan no sólo sobre la salud, sino sobre los sistemas mediante los cuales tratamos de llevar a cabo los elevados propósitos que nos mueven.

IV.— CONCLUSIONES

1.— A los efectos de un más ajustado análisis y evaluación del desarrollo socioeconómico, se requiere perfeccionar los paráme-

tros en uso, así como estudiar e incorporar nuevos indicadores de fácil elaboración y suficiente fidelidad.

2.— La tasa de mortalidad infantil es tenida hasta ahora como un indicador de desarrollo.

3.— El estudio de la correlación entre la población de trabajadores industriales de los diversos departamentos de la provincia de Santa Fe, con las respectivas tasas de mortalidad infantil y postperinatal, muestra una mayor correlación de aquella población con la tasa de esta última mortalidad que con la de la primera.

4.— Consecuentemente, la tasa de mortalidad infantil postperinatal puede ser considerada como un perfeccionado indicador de desarrollo.

5.— No se aconseja extrapolar los resultados ofrecidos a otras áreas que se encuentren en etapas de desarrollo diferentes de las estudiadas en este trabajo.

C U A D R O 1

Provincia de Santa Fe
PERSONAS OCUPADAS EN INDUSTRIA POR CADA
MIL HABITANTES
Según departamentos políticos - Año 1974

Departamentos	Tasas por mil habitantes
Belgrano	86,4
Caseros	64,8
Castellanos	77,3
Constitución	138,6
Garay	5,4
General López	66,9
General Obligado	50,8
Iriondo	71,2
La Capital	42,7
Las Colonias	86,0
9 de Julio	9,2
Rosario	76,2
San Cristóbal	18,0
San Javier	22,0
San Jerónimo	55,4
San Justo	25,3
San Lorenzo	131,8
San Martín	66,0
Vera	23,3

C U A D R O 2

Provincia de Santa Fe
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL
Y POSTPERINATAL

Según departamentos políticos
Por cada mil nacidos vivos - Año 1978

Departamentos	Tasa de mortalidad infantil	Tasa de mortalidad postperinatal
Belgrano	27,10	14,26
Caseros	26,42	14,26
Castellanos	28,53	18,19
Constitución	22,46	17,39
Garay	33,41	20,56
General López	26,17	13,75
General Obligado	47,40	30,50
Iriondo	23,70	9,31
La Capital	32,98	10,89
Las Colonias	16,56	6,35
9 de Julio	47,49	23,10
Rosario	31,64	14,35
San Cristóbal	38,34	24,25
San Javier	85,03	52,72
San Jerónimo	28,50	8,77
San Justo	29,86	16,59
San Lorenzo	26,55	14,13
San Martín	30,11	11,42
Vera	65,23	45,34

C U A D R O 3

- Correlación entre Personas en industrias con la tasa de mortalidad infantil, $r = 0,70$
 — Correlación entre Personas en industrias con la tasa de mortalidad postperinatal $r = 0,80$

BIBLIOGRAFIA

- 1.— **SHIN, E.**— Economic and Social Correlation of Infant Mortality, *Social Biology*, 23; 315, 1975.
- 2.— **VALLINA, J.**— La mortalité dans le monde: evolution depuis 1950, *Rapp. Statist. Sanit. Mond.* 29; 649, 1978.
- 3.— **STANDARD ENCYCLOPEDIA DICTIONARY**, p. 331, Ed. "Reader's Digest Books", U.S.A., 1968.
- 4.— **MAHLER, H.**— Plan de salud para todos, *Salud Mundial*, 31; 548, 1977.
- 5.— **HITAGAWA, E.**— On mortality Demography, 14; 381, 1977.
- 6.— **CORTMAKER, S.**— Poverty and infant mortality in U.S.A., *Am. Sociolog. Review*; 44; 250, 1979.
- 7.— **WEGMAN, M.**— International Trend in Post-perinatal Mortality, *Am. J. Dis. Children*, 121; 105, 1971.
- 8.— **MANUAL OF INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES, INJURIES AND CAUSES OF HEALTH**, volumen I, O.M.S. Ginebra, 1977.
- 9.— **ACUÑA, H.**— La comunidad y el desarrollo de los servicios primarios de salud, *Educ. Méd. Salud*, 11; 103, 1977.
- 10.— **LA MEDICION DEL PROGRESO REAL AL NIVEL LOCAL**, Bol. del Inst. de las N. U. para el Desarrollo Social; N° 4, p. 99, N. U. Ginebra, 1974.
- 11.— **IBIDEM**, p. 87.
- 12.— **THE UNITED NATIONS RESEARCH INSTITUTE FOR SOCIAL DEVELOPMENT, UNRISD**,/ 78/c.22, p. 7, U. N., Ginebra, 1978.
- 13.— **CRITTO, A.**— Observaciones sobre el factor social y las decisiones en el desarrollo argentino, mimeo, p. 39, Centro Universitario de Política Social, Córdoba, 1973.
- 14.— **MENCHACA, F. J.**— De la mortalidad perinatal y el desarrollo industrial, *Salud Pública de México*, 19; 285, 1977.
- 15.— **MENCHAGA, F. J.**— Mortalidad perinatal y postperinatal en tres zonas de desarrollo de Santa Fe, *An. de Sanidad*; 13; 93, 1979.
- 16.— **WOLFE, M.**— "The quest of a unified approach to development analysis and planification, mimeo, UNS RID/ C. 4G. E. 79 - 0545, U. N. Ginebra, 1979.
- 17.— **LA MEDICION DEL PROGRESO REAL AL NIVEL LOCAL**, Bol. del Inst. de Inv. de las N. U. para el Desarrollo Social, N° 4; p. 100, N. U. Ginebra, 1974.
- 18.— **UGARTE, J.**— Heterogeneidad de la situación de salud en Chile, *Cuadernos Médico-Sociales*; XIX; 5; 1978.
- 19.— **LA MEDICION DEL PROGRESO REAL AL NIVEL LOCAL**, opus. cit., p. 100.
- 20.— **NOTAS DE POBLACION**, serie de investigaciones demográficas, N° 3, INDEC, *Revista Latinoamericana de Demografía*; VI; 16, 1974.
- 21.— **BOULDING, G.**— La calidad de vida y la opulencia económica, en p. 115 de Clarke, R. y List, R., *Crecimiento económico y calidad de vida*. Troquel, Buenos Aires, 1977.
- 22.— **BURTON, W. et al.**— Hacia un pensamiento eficaz. Troquel, 1965, citado por Gandra en *El concepto de comunidad y su relación con los programas de salud*, Ed. Méd. Salud; 11; 205, 1977.
- 23.— **GORTMAKER, S.**— Poverty and Infant Mortality, *Am. Social. Review*, 44; 280, 1979.
- 24.— **ROWANS, J.**— Ordinary ecstasy: Humanistic Psychology in Action, citado por Mitroff, I. y Kilman, R., *Methodological Approaches to Social Sciences*, Joscy-Bass, Londres, 1978.
- 25.— **KNIBBS, G.**— The Mathematical Theory of Population, citado por Myers, G., *Cross-National Comparisons of Statistical Records and Diseases Mortality Statistics*, Duke University, Durham, U.S.A., 1974.
- 26.— **WAGNER, M.**— Panel on Delivery Child Health. 1er. Congreso del Colegio Internacional de Pediatría, Helsinki, 1978.
- 27.— **SOCIAL DEVELOPMENT AND THE INTERNATIONAL DEVELOPMENT STRATEGY**, report N° 79, 2, Instituto de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social, N. U. Ginebra, 1979.
- 28.— **QUIROS SALINAS, C.**— Enseñanza de los aspectos integrales de la salud, *Educ. Med. Salud*; 12, 36, 1978.