

LA SALUD DE IBEROAMERICA EN EL AÑO 2000 Y LA EVOLUCION DE SU MEJORAMIENTO EN VENEZUELA ¹

Dr. Arnoldo Gabaldon ²

Mediante la mejor aplicación de los conocimientos y fondos disponibles hoy, para tomar medidas específicas contra las principales causas que nos afectan, se podrá vivir una vida más saludable en el año 2000 de lo que nos podemos imaginar en la actualidad.

La salud de Iberoamérica en el año 2000 dependerá fundamentalmente de los factores siguientes: 1) los componentes físicos basales del ambiente que predominan en la región; 2) el grado de desarrollo económico y social que logren alcanzar los países, y 3) el tipo de acción sanitaria que hayan empleado los servicios respectivos en cada república. Cada uno de esos factores, aisladamente, puede contribuir al mejoramiento de la salud, pero si se conjugan, como consecuencia de una interpretación cabal de los problemas que la afectan, se podrá conseguir un adelanto más acelerado. La magnitud de este adelanto determinará el grado de salud que predominará a fines de siglo.

Para aprovechar eficazmente las ventajas derivadas de algunas de las presentes condiciones favorables en la región, y para neutralizar con prontitud las desfavorables por medio de la aplicación de medidas adecuadas, convendría disponer de estudios de epidemiología comparada. Ellos ayudarían a comprender con facilidad los efectos de las situaciones más convenientes y los beneficios de las acciones más apropiadas, lo que llevaría a la pronta utilización de esos conocimientos. La carencia de esta información hace ardua una investigación prospectiva sobre la salud deseable y posible para el año 2000 en las diferentes áreas, y sobre

los medios más adecuados para conseguirla. Los datos disponibles por lo general facilitarían las aclaraciones requeridas. Sólo se necesita una institución que se dedique a estas indagaciones y convendría que la Organización Panamericana de la Salud las alentara en una de las escuelas locales de salud pública. Tal vez la publicación de un anuario de epidemiología y estadística vital, que contuviera los datos correspondientes a las divisiones políticas mayores de nuestras repúblicas podría ser un buen paso en este sentido. La facilidad de acceso a los datos, que daría un anuario de esta naturaleza, atraería seguramente la atención de un número mayor de estudiosos, y ello permitiría activar las investigaciones pertinentes.

Es evidente que en muchos países de Iberoamérica no se le ha prestado la suficiente atención a las estadísticas vitales. Para un departamento de sanidad, la falta de ellas debe verse con la misma extrañeza con que se observaría una empresa comercial carente de libros de contabilidad. El nivel de salud para el año 2000 es un objetivo epidemiológico por perseguir, y sin tales estadísticas no será posible formular los planes requeridos, pues al planificar en el campo de la salud el propósito es conseguir su mejoramiento y no establecer *a priori* algunos servicios más que se consideren de utilidad. Por eso creo firmemente que sin el empleo constante de indicadores estadísticos apropiados no se podrá llevar a cabo la planifica-

¹ Trabajo preparado para este número conmemorativo.

² Asesor, Dirección de Malaria y Saneamiento Ambiental, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas, Venezuela.

ción necesaria y su adecuada instrumentación, que permita alcanzar en un tiempo relativamente corto el grado de salud que se puede conseguir con los fondos disponibles. Un anuario de epidemiología y estadística vital como el que se sugiere vendría a ayudar grandemente a tomar el rumbo preciso para lograr las condiciones de salud a que se aspira.

Buena parte del territorio de Iberoamérica se encuentra en la zona tropical por debajo de 1000 metros, en donde la ausencia del frío permite viviendas con buena ventilación a las que penetra abundante sol. La aireación, la insolación y el poco hacinamiento que por lo general existe, en particular en los talleres, disminuye el contagio de persona a persona, que es más intenso en lugares fríos. Tales situaciones producen una epidemiología diferente de un área a otra, que se manifiesta, por ejemplo, en una mayor mortalidad por tóserina en las alturas y una menor infección tuberculosa en los lugares bajos.

En las zonas tropicales existe también una marcada desigualdad entre la salubridad de los sectores rurales y de los urbanos, lo contrario de lo que sucedía en la zona templada en los primeros tiempos de la revolución industrial. En Venezuela, por ejemplo, aun después de la erradicación de la malaria de la mayor parte del territorio afectado, y de su reducción marcada en el restante, la esperanza de vida al nacer en los municipios predominantemente rurales con buen registro de mortalidad, en 1958, era menor casi en 10 años comparada con los mayormente urbanos de las mismas características. Como la proporción de población rural es todavía abundante, no se puede imaginar un verdadero progreso de la salud total de nuestros países, a menos que se dedique un esfuerzo equilibrado a atender los problemas de dicha población. Que este criterio no ha calado lo suficientemente lo confirma el hecho que sólo dos de las repúblicas —Costa Rica y Cuba— pudieron cumplir la meta fijada en la Carta de Punta del Este, de dotar al 50%

de la población rural de agua suficiente y potable durante los años sesenta. Debe tenerse en cuenta que Barbados y Trinidad y Tabago, islas vecinas pero de otra cultura, que disfrutaban de un grado de salud superior al de la mayoría de nuestros países, y que tienen ingresos iguales y aun inferiores a varios de ellos, suministraban agua a más del 50% de su población rural antes de 1960 y en la actualidad a más del 90%.

Es de advertir, además, que muchas de las enfermedades tropicales endémicas predominantemente rurales dejan secuelas en el organismo que dañan no sólo su potencial físico sino también el mental. Esto diferencia a la mayoría de nuestros países de los más avanzados de la zona templada y, para alcanzar el nivel de estos últimos, debemos hacer esfuerzos específicos dirigidos a reducir o eliminar las causas correspondientes (6). Esto nos obliga a utilizar una acción sanitaria con modalidades apropiadas al ambiente iberoamericano. Por consiguiente, una planificación de salud que no tome en consideración estas peculiaridades no es la que conviene a nuestras repúblicas.

El desarrollo económico y social contribuye también al mejoramiento de la salud. No solamente permite disponer de más dinero para la aplicación de medidas específicas y directas con el fin de disminuir o acabar con ciertas endemias, que no ceden a otras acciones, sino que obra por sí mismo, especialmente por sus efectos sobre la alimentación, la educación y la vivienda. Tanto es así que el Dr. Justin M. Andrews, quien fue asistente del Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, y también Director del Instituto de Alergia y Enfermedades Transmisibles —uno de los Institutos de Salud de dicho país— me reveló los resultados de una encuesta, posiblemente aún inéditos. En el empeño de evaluar los beneficios de los servicios de salud se estudiaron indicadores del mejoramiento de la salud en los condados dotados de tales servicios a tiempo integral y en los que disponían de un oficial de

salud sólo a tiempo parcial. Los estudios llevados a cabo no señalaron diferencia alguna entre los dos grupos de condados: en ambos se había obtenido un mejoramiento marcado y simultáneo de la salud. Interesa, por consiguiente, vigilar en toda región si las mejoras conseguidas resultan de las medidas de salud aplicadas o son derivaciones colaterales del desarrollo.

El progreso de la salud depende también de la clase de acción sanitaria que se aplique de acuerdo con los agentes morbígenos presentes. La llamada revolución sanitaria tuvo origen en esa orientación: la apropiada y amplia utilización de las medidas efectivas conocidas contra determinadas infecciones. En Venezuela, por ejemplo, como lo señala el cuadro 1, las tasas específicas de mortalidad general por edad en el área más intensamente malárica disminuyeron prácticamente por igual en los municipios con unidad de salud y sin ella, como consecuencia de la campaña en escala nacional contra la malaria que se llevó a cabo entre 1945 y 1950. Tal hecho demostró que cuando el marco epidemiológico de una zona es dominado por una epidemia de ese tipo, las demás medidas sanitarias no producen beneficios por sí solas. Este hallazgo habrá de servir de lección al emprender un plan de salud en cualquier país subdesarrollado.

En 1961, en la Carta de Punta del Este, el ritmo de progreso de la salud en Ibero-

américa para el decenio 1960-1970 fue fijado según los dos parámetros siguientes: el aumento en 5 años de la esperanza de vida al nacer, y la reducción a la mitad de las tasas de mortalidad de los menores de 5 años. Es especialmente halagador para el autor la primera de esas metas por haberla él sugerido desde principios de 1959 para Venezuela (5, 11). Las metas anteriores se cumplieron, y sólo en parte, únicamente en Argentina, Chile y Perú.

La esperanza de vida al nacer es un parámetro que sintetiza en pocos dígitos la suma de las condiciones de vida que nos rodean. Al proponer el aumento de ese parámetro a la razón de seis meses por año de trabajo, se quería señalar que la acción sanitaria ha de proporcionar cuantitativamente cada año signos del progreso logrado. Esto es esencial, pues ella absorbe una cantidad de fondos que tienen que producir un claro rendimiento, porque de otra manera en nuestros países deberían adscribirse a otros renglones que aseguren aun contribución más definida al desarrollo. Algunos han objetado este parámetro por basarse sólo en cifras de mortalidad por grupos de edad, sin prestar atención a las de morbilidad. Quienes así objetan no toman en consideración que la mortalidad es sólo consecuencia de la morbilidad, y que las causas que producen esta última son muy diversas cuando la esperanza de vida al nacer es de 50, 60 ó

CUADRO 1—Tasas específicas de mortalidad general en municipios con y sin unidad sanitaria del área más intensamente malárica de Venezuela (4).

Grupos de edad (en años)	Con unidad sanitaria			Sin unidad sanitaria		
	Tasas de 1941-1945	Tasas de 1950	Números índices	Tasas de 1941-1945	Tasas de 1950	Números índices
< 1	92.8	55.0	59.3	112.4	69.5	61.8
1-4	18.4	7.2	39.1	22.9	10.0	43.7
5-9	4.3	1.7	39.5	5.9	2.2	37.3
10-19	4.0	2.2	55.0	4.3	1.9	44.2
20-29	9.4	5.0	53.2	8.3	3.8	45.8
30-39	12.8	7.1	55.5	12.0	5.6	46.7
40-49	17.0	10.9	64.1	15.5	8.6	55.5
50-59	23.8	17.1	71.8	20.7	12.3	59.4
60-69	42.8	30.6	71.5	36.2	23.3	64.4
70 >	81.4	60.6	74.4	81.1	62.4	76.9

70 años. Además, las poblaciones mismas que corresponden a esas cifras presentan una composición etaria diferente, más equilibrada mientras más alto sea dicho parámetro. Por otra parte, tales poblaciones tienen que habitar ambientes muy distintos desde el punto de vista del saneamiento, los que serán tanto de mejor calidad cuanto mayor sea la expectativa de vida.

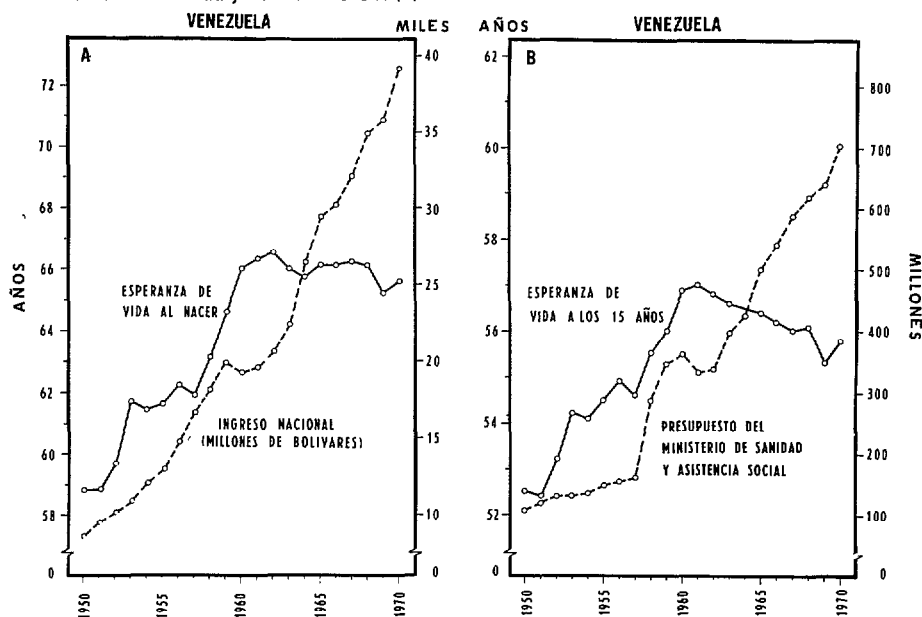
Que la meta mencionada anteriormente no fue pretenciosa, sino más bien prudente, lo revela el caso de Puerto Rico. Para 1940 esta isla tenía una esperanza de vida al nacer de 47 años, la que ascendió a 71 años en 1960, o sea un incremento de 1.2 años por año civil. Esto demuestra que en una región tropical, con un ingreso por habitante menor de EUA\$1,000 anuales, se puede alcanzar con relativa rapidez la esperanza de vida al nacer de los países más desarrollados. Ello indica que al dominarse las grandes endemias es posible gozar en los trópicos de un grado de salud muy bueno, pues los componentes físicos basales del ambiente no tienen elementos tan dañinos como en la zona tem-

plada. El intenso frío y la baja insolación que en esta se sufren durante el invierno son factores, ausentes en los trópicos, que favorecen ciertas infecciones y otras dolencias.

Los adelantos en salud en Venezuela fueron en un tiempo muy alentadores. En efecto, la esperanza de vida al nacer subió de 46.5 años en 1941 a 50.0 en 1945, a 58.8 en 1960, y a 66.5 en 1962, que es la cifra más alta alcanzada. Por consiguiente, de 1941 a 1945 el aumento anual de la esperanza de vida al nacer fue de 0.7 años, el cual llegó en el quinquenio siguiente a 1.8 años, el más grande conocido, influenciado grandemente por la campaña en escala nacional contra la malaria que alcanzó su acmé en ese período. De 1951 a 1955, el aumento anual descendió a 0.6 años, todavía mayor de seis meses, para subir entre 1956 y 1960 a 0.8 años. En los años sesenta la esperanza de vida al nacer disminuyó de 66.5 años a que había ascendido en 1962 a 65.6 años en 1970, o sea una reducción de más de un mes por año (figura 1A).

La recesión que se acaba de señalar de la

FIGURA 1—La esperanza de vida al nacer y a los 15 años en relación con el ingreso nacional (A) y con el presupuesto del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (B).



Fuentes: Para esperanza de vida (7, 72); para ingreso nacional (2, 3); y para presupuesto del Ministerio (8).

esperanza de vida al nacer en Venezuela, habida en los años sesenta, la confirman otros parámetros también estudiados (7). La esperanza de vida a los 15 años descendió de 57.0 años en 1961 a 55.8 en 1970 (figura 1B). La tasa de mortalidad infantil que de 52.6 por 1,000 nacidos vivos en 1961 había bajado a 42.0 en 1967, subió a 48.2 en 1970. La de mortalidad del grupo de 1 a 4 años fue de 5.6 en 1961, de 5.0 en 1966 y de 5.4 en 1970. El porcentaje de las muertes del grupo de 1 a 11 meses de edad sobre el de las de menores de 28 días, que era de 112.4 en 1961 y había decrecido a 96.4 en 1963 ascendió a 110.7 en 1970; y el de los de un año de edad también sobre los menores de 28 días, de 36.2 en 1963 pasó a 45.6 en 1970. El porcentaje de las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias sobre el total de defunciones diagnosticadas, que de 15.3 en 1961 había bajado a 13.0 en 1967, pasó a 14.6 en 1970; y las tasas de mortalidad por 100,000 habitantes para dichas enfermedades fueron de 158.5 en 1961, 123.8 en 1966 y 132.7 en 1970. Cifras de morbilidad para algunas infecciones específicas corroboran lo señalado por las anteriores. Todos estos cálculos están basados en cifras de defunciones y poblaciones contenidas en el *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*, publicado regularmente por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Las poblaciones del último decenio son post-censales, y es posible que tengan diferencia con las reales, pero los otros parámetros no basados en poblaciones coinciden en indicar el mismo fenómeno.

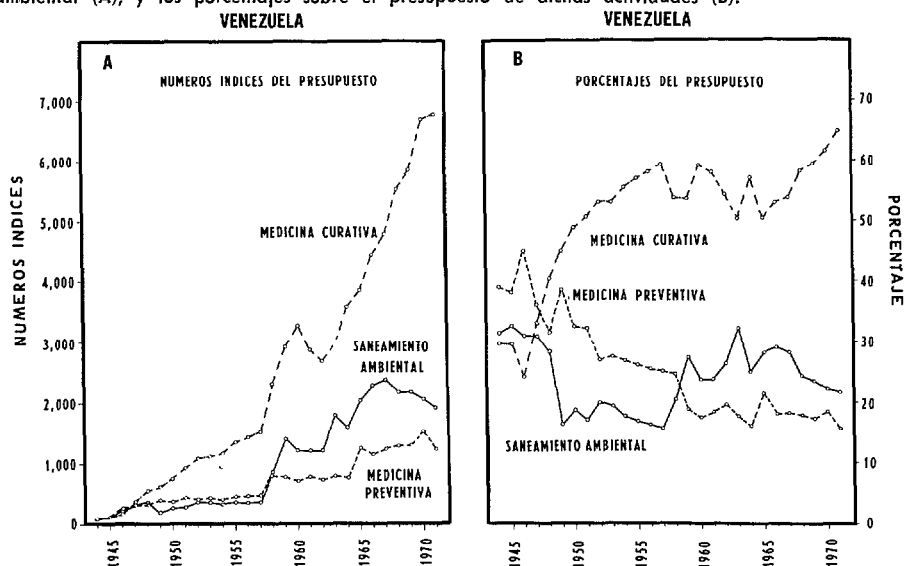
Lo expuesto en el párrafo anterior confirma el hecho de que existe en los últimos años una paralización en el mejoramiento de la salud en Venezuela. Esta carencia de progreso, que de acuerdo con algunas cifras podría tomarse aun como deterioro, no es la consecuencia de una depresión económica, acontecimiento que en algunos países ha sido responsable de detrimentos similares. Es verdad que hubo una recesión entre 1959 y 1962, que pudo haber contribuido a la

desaceleración observada de 1960 a 1962, pero el crecimiento del ingreso nacional ha sido continuo y considerable a partir de entonces (figura 1A). Tampoco es debida a una reducción del presupuesto del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (figura 1B) pues, por el contrario, los gastos de dicho Despacho aumentaron en el último quinquenio (1966-1970) hasta Bs 1,077.5 millones (EUA\$ 1=Bs 4.50) sobre el anterior (1961-1965). Tal aumento equivalió a dedicar por habitante anualmente, de 1966 a 1970, Bs 23 (EUA\$5.11) más que en 1961-1965, y Bs 23 por año, por persona, es una suma que por sí sola es mayor que la destinada por gran número de países subdesarrollados para todas las actividades sanitarias.

Sin embargo, el crecimiento del presupuesto de nuestro Ministerio no ha venido aumentando equilibradamente. La figura 2 muestra que en estos últimos 25 años las actividades de medicina curativa han venido recibiendo sumas considerablemente mayores que las de medicina preventiva y de saneamiento ambiental. También de cada Bs 100 se dedicaba, en 1945, el 29.7% a actividades de medicina curativa, el 38.0% a medicina preventiva y el 31.4% a saneamiento ambiental, porcentajes que cambiaron en 1970 a 61.5 para la primera, a 18.4 para la segunda y a 20.1 para el tercero. Se observa, pues, una marcada tendencia a dedicar a la asistencia médica la mayor parte de los fondos disponibles que a pesar de estos intentos de remediarla, ha dominado francamente el cuadro, en especial en la segunda mitad de los años sesenta.

Estas modificaciones de tendencia en la distribución de los presupuestos, no sólo han tenido un efecto por sí mismos, sino también por su repercusión en la moral del personal respectivo, que ha visto sus campos de acción descuidados por la organización que debe atenderlos. A esto se agrega la introducción de cambios estructurales, que no pueden pasar desapercibidos al tratar de buscar la causa de lo que está aconteciendo

FIGURA 2—Números índices del crecimiento de las actividades de medicina curativa, medicina preventiva y saneamiento ambiental (A), y los porcentajes sobre el presupuesto de dichas actividades (B).



Fuente: R. Grossi (8).

en cuanto a salud en Venezuela, pues ocurre uno de los fenómenos más extraños en la historia de la sanidad: mientras más dinero se gasta, menos progresos se obtienen.

La orientación de una acción sanitaria no puede estar encaminada al puro suministro de servicios que se considere necesario organizar en cada área programática. En varios casos ellos están sólo dirigidos a atender las llamadas necesidades sentidas de la población. Si a algunos administradores sanitarios, con frecuencia, les es difícil entender el cuadro epidemiológico responsable de las malas condiciones de salud prevalentes en una zona dada, mucho más lo serán para una población generalmente de nivel educativo bajo. Por consiguiente, al obrar con una guía de la naturaleza indicada, lo que a menudo acontece es que los fondos disponibles, siempre escasos ante los problemas por solucionar, terminan por emplearse en numerosos asuntos que no son los más urgentes. Desde hace ya largo tiempo se ha insistido en que la acción sanitaria entre nosotros debe responder a las condiciones epidemiológicas de las diferentes regiones y, en esa forma, fundamentalmente se han de aplicar

las medidas específicas y directas requeridas para subsanar los daños causados por las epidemias de mayor importancia relativa. Por lo tanto, es imprescindible tener siempre en cuenta que en cada etapa existen problemas urgentes de especial atención, cuya identificación requiere verdadera pericia, y cuyo desconocimiento sólo produce retardos. El administrador sanitario que se olvide de este precepto es un simple cultivador del retraso, y no es ningún honor que países todavía pobres gasten dinero para atender la salud de sus pueblos y sin conseguir el mejoramiento debido.

Por no atender estos preceptos se incurre lamentablemente en la frecuente ausencia de fijación de objetivos epidemiológicos concretos en las recomendaciones de nuestras asambleas sanitarias internacionales, falta aun más notable que se encuentra en los convenios que firman los ministros respectivos en reuniones bilaterales o de grupo. Por tal motivo es digna de la mayor alabanza la resolución adoptada en la Carta de Punta del Este que estableció metas epidemiológicas precisas para el decenio 1960-1970. La escasa atención que ellas merecieron por las

autoridades de los varios países como lo demuestra la casi completa carencia de literatura al respecto, fuera de las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud, es una señal del olvido en que pronto cayeron, posiblemente causado por la poca costumbre de seguir orientaciones del tipo en discusión. Sin embargo, labores programadas con metas similares serán las que podrán producir con celeridad los verdaderos adelantos requeridos para que la salud de los iberoamericanos alcance el óptimo grado posible en el año 2000.

Los trastornos que se señalaron anteriormente en el ritmo de mejoramiento de la salud, observados en Venezuela en los últimos años, conviene que merezcan la consideración de los países hermanos de Iberoamérica, especialmente en momentos en que debe analizarse el porqué no pudieron ellos tampoco cumplir con las metas establecidas en la Carta de Punta del Este. Habrá que poner todo el empeño necesario en dilucidar tales problemas, pues la salud que se disfrutará en el año 2000 dependerá grandemente de que se determinen las causas de esta falla y se introduzcan los remedios requeridos. Tal vez sea esta la tarea de mayor importancia que tengan los servicios de salud de la región en los años setenta. Las citadas metas no alcanzadas no sólo fueron deseables sino posibles, pues ya se lograron en el trópico en el mismo espacio de tiempo. Del empeño que se ponga ahora resultará el progreso de mañana.

Los riesgos físicos fundamentales del ambiente iberoamericano constituyen, por lo general, un obstáculo menor para el mejoramiento de la salud que los presentes riesgos en los países desarrollados de la zona templada del norte. Los peligros adicionales de este tipo, que aumentarán con la industrialización y la urbanización crecientes, y con el mayor uso de los adelantos tecnológicos, deben dominarse mediante el control apropiado al aplicar medidas eficaces ya demostradas en otras zonas. La reducción o eliminación de los riesgos bióticos se hace más

necesaria cada día, y debe llegarse a la convicción de que sin dominar tales riesgos no habrá progreso efectivo. El estancamiento que nos inquieta ha sido principalmente la consecuencia de haber olvidado lo útil de aplicar medidas específicas y directas contra ellos. La experiencia que se ha tenido habrá de producir las enmiendas convenientes, lo cual nos colocará en el camino apropiado.

Los riesgos que proceden del componente social del ambiente tienen que recibir mayor atención de la que han recibido hasta hoy. Se requiere con urgencia que los organismos de salud despierten ante la necesidad de prestar atención a los accidentes y a los delitos contra las personas. La alta mortalidad y la frecuente invalidez que originan, particularmente los accidentes automovilísticos y los homicidios efectivos o frustrados, deben constituir motivo de gran inquietud. Los riesgos sociales que fomentan los trastornos mentales requerirán también de atención mayor, sin olvidarse que en muchas áreas todavía el mayor problema de higiene mental lo representa la necesidad de conservar el grado congénito de inteligencia de la población, dañado bien por la desnutrición o por infecciones crónicas aún de gran prevalencia, como la malaria, la anquilostomiasis y la ascariasis.

Para el año 2000, los países iberoamericanos deberán haber alcanzado un desarrollo económico que colocará a la mayoría de ellos, en cuanto a ingreso per cápita, a un nivel de EUA\$750 a 1,000 anuales a los precios actuales, y ciertamente aun mayor para algunos. A ese nivel se puede alcanzar ya una esperanza de vida al nacer por encima de los 70 años, siempre y cuando se atienda con medidas específicas y directas las principales endemias responsables de las actuales condiciones de salud. Sólo con cifras muy superiores a las citadas podrá el ingreso por habitante producir indirectamente un aumento similar en la esperanza de vida al nacer. Tal expectativa producirá una mejor distribución de la población en los

diferentes grupos etarios, que aliviará a los sectores económicamente activos de la carga de dependientes a que están sometidos en la actualidad. Esto mismo, a su vez, repercutirá de modo favorable sobre la salud. Efectos parecidos se originarán con la mayor urbanización que fomentará el desarrollo económico. Pero posiblemente el mayor beneficio para la salud que se producirá con el crecimiento será una mayor producción agrícola, sin la cual no puede llegar un pueblo a disponer de la buena nutrición indispensable para gozar de óptima salud.

Por supuesto que los adelantos científicos que se conseguirán de aquí al año 2000 permitirán una vida mucho más saludable que la que hoy tal vez podamos imaginar. Pero la experiencia del decenio 1960-1970 indica que poco nos pueden servir tales adelantos si no comenzamos a utilizar cabalmente los conocimientos disponibles hoy, que permiten condiciones de salud asequibles a nuestras economías, muy superiores a las que tenemos en la actualidad.

Pero al tratar de desarrollo económico se precisa que los trabajadores en salud comprendan bien sus bases fundamentales. Para que el nivel de vida aumente se requiere que el crecimiento económico tenga una tasa superior al del crecimiento demográfico. Se estima ordinariamente que en países en desarrollo se necesita invertir cada año el 4% del ingreso nacional para obtener el 1% de crecimiento (10). En Iberoamérica la población aumenta a la tasa anual de cerca de 2.5% y, en algunos países, entre ellos Venezuela, hasta el 3.5%. Para sólo sostener el nivel de vida, esos países requieren invertir anualmente 10 y 14% de su ingreso nacional. Entonces, para duplicar el ingreso por habitante entre 20 y 25 años se necesitaría, según el caso, la inversión anual del 22 al 28% del ingreso nacional, que es una proporción alta que pocas veces se puede alcanzar. Lo que quiere decir que cada 1% del ingreso nacional que se dedique a actividades de salud reduce las posibilidades de aumento de dicho ingreso, y sólo resulta útil

cuando se consigue un mejoramiento efectivo de la salud, como es el que demuestra un incremento de la esperanza de vida al nacer. Aunque los cálculos anteriores no lleven a conclusiones enteramente exactas, por existir otros factores que contribuyen al crecimiento (9), permiten deducir que los gastos en salud resultan reproductivos sólo cuando el grado de salud mejora, pues de otro modo deberán clasificarse como simples gastos corrientes (1, 14). De aquí lo peligroso de la carrera desenfrenada que siguen algunas repúblicas iberoamericanas en asistencia médica, entre ellos Venezuela, como se vio antes, que son víctimas en el campo de la salud al incurrir en gastos crecientes con resultados decrecientes. Dentro de países con ingresos semejantes por habitante, se ha observado que aun la más alta proporción (6.6%) de su ingreso nacional dedicada a atención de la salud (1), ha producido una posición retardada en cuanto a la esperanza de vida al nacer.

El desarrollo social coincidente al económico contribuirá a fomentar factores que influirán favorablemente sobre el grado de salud de la población. Entre ellos, y en primer lugar, se encuentra la educación, que no sólo permitirá a los habitantes hacer uso más frecuente de los principios de la higiene, sino que causará forzosamente otras ventajas, entre ellas una reducción de la natalidad. Esta, a su vez, ayudará al mejoramiento de la salud. Por tal motivo no hay que preocuparse por las campañas de control de nacimientos, y más bien hasta las considera el autor contraproducentes, pues al consumir fondos se reducen oportunidades de favorecer las actividades educativas, más requeridas por nuestros países debido al factor multiplicativo que en sí conllevan, de poderosa repercusión benéfica en amplios campos.

Finalmente, es preciso recordar que los trabajadores en salud no deben ser sólo estadistas de la salud, sino también estadistas de la población, y que cualquier estadista digno de este nombre sabe bien que el primer

objetivo de una nación es sobrevivir como tal. La experiencia vivida en 1971 y prometida para 1972 señala claramente que es el número de voces de un pueblo, y no justamente su ingreso anual, lo que ha aprendido a respetar el mundo. Por consiguiente, importa pensar que para ver consolidada la Unión de Repúblicas Iberoamericanas en el año 2000, esta necesita presentarse con voces numerosas, procedentes de personas verdaderamente sanas, decididas a fomentar la unidad y hacer acatar sus ideales. Quienes para honra propia trabajen por la salud en nuestra América, necesitarán laborar con devoción en la ruta indicada.

Resumen

Los adelantos científicos que se alcanzarán de aquí al año 2000 permitirán gozar de

una vida mucho más saludable de la que tal vez nos podamos imaginar hoy. Los ingresos por habitante de las repúblicas iberoamericanas serán, en esa época, suficientes para producir un nivel de salud por lo menos semejante al que disfrutaban hoy los países más avanzados. La experiencia de Venezuela en el decenio 1960-1970 indica que, en la etapa de salud en que se encuentra, aun cuantiosas sumas no mejoran la salud si no se atienden por medidas específicas y directas las causas principales que la afectan. Este ejemplo señala que para poder disfrutar de aquellos adelantos científicos, Iberoamérica debe principiar en la actualidad por aplicar mejor los conocimientos disponibles, lo que es factible en las condiciones económicas prevalentes. □

REFERENCIAS

- (1) Abel-Smith, B. "An international study of health expenditure". WHO Public Health Papers No. 32, 1967.
- (2) Banco Central de Venezuela *La economía venezolana en los últimos veinticinco años*. Artegraffa C. A., Caracas, 1966.
- (3) Banco Central de Venezuela *Informe económico*. Editorial Arte, Caracas. (1966, 1968, 1970).
- (4) Gabaldon, A. "Influencia del rociamiento intra-domiciliario con DDT sobre las tasas específicas de mortalidad general en Venezuela". *Bol Ofic Sanit Panamer* 40(2): 93-106, 1956.
- (5) Gabaldon, A. *Una Política Sanitaria*. 2 vols., Publ. Min. San. y Asist. Soc. Caracas, 1965.
- (6) Gabaldon, A. "Health services and socio-economic development in Latin America". *The Lancet*, April 12, 739-744, 1969. Traducción al castellano: "Los servicios sanitarios y el desarrollo socio-económico en la América Latina". *Bol Inf Dir Malariol y San Amb* 10:25-43, 1970.
- (7) Gabaldon, A. "El IV Congreso Venezolano de Salud Pública y la acción sanitaria para la década de los '70". En prensa *Mem. IV Congr Venez Sal Públ y Bol Inf Dir Malariol y San Amb* vol. 12, No. 1, febrero 1972.
- (8) Grossi, R. "El Presupuesto del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social: Estudio analítico". Publicación de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Maracay, Venezuela. (En prensa).
- (9) Kuznets, S. *Modern economic growth: rate, structure and spread*. Yale University Press. New Haven y Londres, 1966.
- (10) Lacoste, Y. *Geographie du sous-développement*. Presses Universitaires de France. Paris, 1965.
- (11) Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. *Carta Mensual del Ministro*, julio de 1959.
- (12) Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*. Caracas, 1960.
- (13) Organización Panamericana de la Salud. *Hechos que revelan progreso en salud 1971*. Publicación Científica No. 227, Washington, D.C., 1971.
- (14) Penschansky, R. "Health services in Chile, May 1964". En Penschansky R. ed. *Health services administration, policy cases and case method*. Harvard University Press. Cambridge, Mass., E.U.A., 1968.

Latin American health in the year 2000 and progress in Venezuela (Summary)

The scientific progress to be achieved between now and the year 2000 will make it possible to enjoy a much healthier life than we can perhaps imagine today. Per capita income for the Latin American republics, by that time, will be sufficient to produce health levels at least similar to those presently found in the more advanced countries. The experience of Venezuela in the decade of the '60s indicates

that, as regards health, even large sums of money cannot improve health if the principal causes affecting it are not dealt with through specific and direct measures. This example points out that for Latin America to be able to enjoy those scientific advances it must, at present, begin by applying available knowledge in a better fashion, and this is subject to prevailing economic conditions.

A saúde em Iberoamérica no ano 2000 e a evolução de melhoramentos na Venezuela (Resumo)

O progresso científico que será obtido daqui ao ano 2000 permitirá proporcionar uma vida muito mais saudável do que a podemos imaginar hoje. A renda per capita das repúblicas iberoamericanas serão nessa época suficientes para produzir um nível de saúde pelo menos semelhante ao que desfrutam hoje os países mais avançados. A experiência da Venezuela na década dos sessenta indica que, na etapa de saúde em que se encontra, quantias

altas não melhoram a saúde quando não se elimina, através de medidas específicas e diretas, as principais causas que as afetam. Este exemplo demonstra que para que Iberoamérica possa desfrutar dos melhoramentos científicos deve, no presente, começar a aplicar melhor os conhecimentos disponíveis, assunto este que facultem as condições econômicas prevalentes.

La santé de l'Amérique latine en l'année 2000 et son évolution au Venezuela (Résumé)

Les progrès scientifiques qui seront réalisés d'ici l'année 2000 permettront de jouir d'un mode de vie beaucoup plus sain que nous pouvons peut-être nous imaginer aujourd'hui. Le revenu par habitant dans les républiques latino-américaines sera suffisant à cette époque-là pour assurer un niveau de santé au moins analogue à celui dont jouissent actuellement les pays plus avancés. L'expérience du Venezuela au cours des années 60 démontre que même

des sommes considérables ne peuvent améliorer la santé si l'on ne s'attaque pas, à l'aide de mesures précises et directes, aux causes principales qui portent atteinte à la santé. Cet exemple prouve que pour permettre aux pays latino-américains de bénéficier de ces progrès scientifiques, ils doivent commencer dès maintenant à mieux appliquer les connaissances dont on dispose en tenant compte des conditions économiques existantes.