

# BOLETIN de la Oficina Sanitaria Panamericana

Año 34

Vol. XXXIX

Octubre, 1955

No. 4

## INFORME SOBRE LAS CONDICIONES SANITARIAS EN LAS AMERICAS 1950-1953\*

GUSTAVO MOLINA, M.D., M.P.H. Y RUTH R. PUFFER, DR.P.H.

*Jefe de la Division de Salud Pública y Jefe de la Sección de Epidemiología y Estadística, respectivamente, de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*

Una de las cuestiones primordiales para los que se interesan por los planes coordinados de salud pública en las Américas es la de la necesidad de expresar los hechos numéricamente, con precisión y exactitud, como manifestó tan acertadamente Lord Kelvin en 1883. Desde que se creó la Oficina Sanitaria Panamericana en 1902, uno de los importantes objetivos de la Organización ha sido el de mejorar la recopilación de datos estadísticos. Aunque este problema recibió cierto impulso por los requisitos del Código Sanitario Panamericano en relación con las estadísticas e informes, el esfuerzo concentrado que se le dedica data sólo de años recientes.

Uno de los principales objetivos que se lograron cumpliendo los requisitos del Código Sanitario Panamericano fué la publicación del "Resumen de los Informes de los Estados Miembros, 1950-1953" (1) preparado para la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana. Cada uno de los veintidós Estados Miembros completó un informe sobre sus condiciones sanitarias, el cual proporciona datos estadísticos relativos a los cuatro años 1950-1953. Estos datos comprenden información obtenida del censo, de los servicios de estadísticas vitales y de notificación de casos, descripciones de los

programas de lucha contra las enfermedades transmisibles, organización de los servicios de sanidad y varios aspectos de los programas de saneamiento del medio. Todos estos datos se combinaron en el Resumen. Desde la publicación del documento en el mes de octubre se han recibido los informes de Puerto Rico, Canadá y territorios del Hemisferio Occidental, los cuales se incorporarán a la revisión del Informe. En el presente trabajo se ofrece una selección de datos relativos a la población, a estadística vital, a enfermedades transmisibles y saneamiento, como base de la determinación de las condiciones sanitarias generales de las Américas.

### POBLACION

Casi todos los países de las Américas levantaron un censo en 1950 o alrededor de esta fecha, y a 1° de julio de dicho año la población del Hemisferio Occidental se estimó en 326.415.000 habitantes, tal como aparece en el Cuadro No. 1. De esta población, 216.443.000 habitantes correspondían a la América del Norte y 109.972.000 a la América del Sur.† La primera se ha subdividido en América Septentrional (Alaska, Canadá, Estados Unidos, Groenlandia, y San Pedro y Miquelón) con 165.110.000 habitantes, y América Central (el resto de

\* Presentado a la reunión anual de la Southern Branch of the American Public Health Association el 12 de mayo de 1955, y publicado simultáneamente en inglés en el *Public Health Reports*.

† En la división geográfica mayor se ha seguido la nomenclatura establecida por las Naciones Unidas que divide las Américas en dos continentes, América del Norte y América del Sur.

CUADRO No. 1.—Población estimada de las tres regiones de las Américas, 1 de julio de 1950.

Región	Población estimada
Total . . . . .	326.415.000
América Septentrional . . . . .	165.110.000
América Central . . . . .	51.333.000
América del Sur . . . . .	109.972.000

América del Norte, incluyendo el Caribe) con 51.333.000.

La división por grupos de edad, tal como aparece en el Cuadro No. 2, hecho según los datos correspondientes a 18 países, muestra una notable diferencia entre la América Septentrional y el resto del continente. En América Central y Sudamérica la proporción de la población del grupo de edad menor de 15 años es bastante más elevada (50%) que en América Septentrional. En consecuencia, la proporción correspondiente a los grupos de edad más avanzada es, en considerable medida, menor en América Central y en Sudamérica, aunque la proporción del grupo de edad de 15 a 34 años es similar en todas las regiones. En consecuencia, debe tenerse en cuenta esta distribución por edades al planear los programas sanitarios. En América Central y América del Sur donde existe una población muy joven, se debe dar una mayor preferencia a los programas sanitarios relacionados con los problemas de la primera infancia, la niñez y los adultos jóvenes.

#### ESTADISTICA VITAL\*

Para comprender correctamente las tasas de natalidad y de mortalidad, se requiere cierta explicación de los sistemas de registro de los distintos países y de las diferencias que existen en las definiciones y procedimientos. Los datos de estadística vital correspondientes a Haití se consideraron demasiado incompletos para ser utilizados, debido a la falta de un sistema de registro, y en lo que se refiere a Cuba, no se recibieron datos.

\* Queremos expresar nuestro agradecimiento a Jean Peabody, de la Sección de Epidemiología y Estadística de la Oficina Sanitaria Panamericana, por su ayuda en la presentación de estos datos.

Se ofrecen, pues, las tasas de natalidad, de mortalidad y de mortalidad infantil correspondientes a los 20 países restantes. Del Brasil sólo se obtuvieron datos del Distrito Federal y de las capitales de los estados, excluyendo a São Paulo. En lo que se refiere a algunos países, en especial al Paraguay, las bajas tasas obtenidas indican que el registro de nacimientos y de defunciones era incompleto. A pesar de las dificultades de proporcionar informes completos del Hemisferio, las estadísticas con que se cuenta actualmente de los certificados de nacimiento y de defunción son, indudablemente, útiles para conocer los problemas sanitarios. A medida que se utilizan los datos se hace más patente la necesidad de mejorar las estadísticas vitales.

En el Cuadro No. 3 aparecen las tasas de natalidad, de mortalidad y mortalidad infantil correspondientes a 1952 de 20 países de las Américas, las cuales se presentan por orden de importancia en las Figs. 1, 2 y 3.

En muchos de los países, como indica la Fig. 1, se observan elevadas tasas de natalidad. De hecho, en la mitad de ellos las tasas excedieron al 40,0 por 1.000 habitantes, y en tres países de Centroamérica estuvieron por encima del 50,0 por 1.000 habitantes. Estas elevadas tasas de natalidad indican cuán importantes son los programas de higiene maternoinfantil para proporcionar la debida atención durante los períodos prenatal y postnatal y durante la infancia.

Se observaron también elevadas tasas de mortalidad (Fig. 2) en varios países americanos, y la cifra más alta es la de Guatemala. Aunque el registro de defunciones es incompleto en varios países y las verdaderas tasas de mortalidad son, probablemente, más elevadas, los datos obtenidos indican ya una mortalidad excesiva en numerosas zonas. Para comprender las condiciones sanitarias es necesario analizar las tasas de defunciones por causas específicas y hacerlo, asimismo, por grupos de edad.

Se observa una considerable variación en las tasas de mortalidad infantil (Fig. 3), pues va de 28,4 por 1.000 nacidos vivos en los

CUADRO No. 2.—Porcentaje de población en cuatro grupos de edad correspondientes a tres regiones de las Américas, según censo reciente de 18 países.

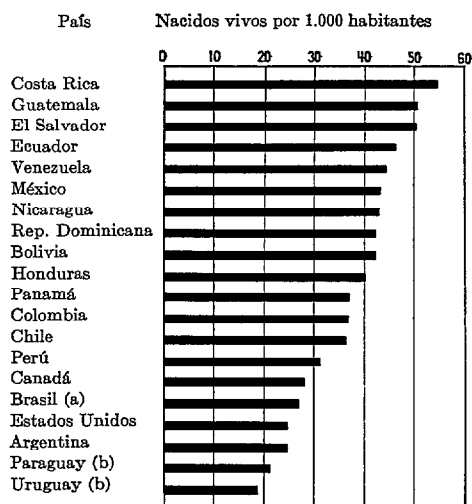
Región	Todas las edades	Menos de 15 años	De 15 a 34 años	De 35 a 54 años	55 años o más
América Septentrional . . . . .	100,0	27,2	30,5	25,5	16,8
América Central . . . . .	100,0	41,8	32,8	17,9	7,5
América del Sur . . . . .	100,0	40,0	34,3	18,4	7,3

CUADRO No. 3.—Tasas de natalidad y de mortalidad por 1.000 habitantes y tasas de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos en 20 países de las Américas, 1952.

País	Natalidad	Mortalidad	Mortalidad infantil	País	Natalidad	Mortalidad	Mortalidad infantil
Argentina . . . . .	24,6	8,7	67,5	Guatemala . . . . .	51,0	24,2	112,2
Bolivia . . . . .	42,1	15,6	184,6	Honduras . . . . .	40,1	12,7	64,3
Brasil (a) . . . . .	27,1	15,7	172,9	México . . . . .	43,3	14,8	89,7
Canadá (b) . . . . .	27,9	8,7	38,0	Nicaragua . . . . .	42,8	10,6	77,5
Colombia . . . . .	36,8	13,0	110,7	Panamá . . . . .	36,9	8,6	50,4
Costa Rica . . . . .	54,6	11,6	80,2	Paraguay (d) (e) . . . . .	20,8	7,0	87,7
Chile (c) . . . . .	36,5	13,7	121,8	Perú . . . . .	31,4	11,2	100,0
Ecuador . . . . .	46,5	17,0	(d) 109,5	Rep. Dominicana . . . . .	42,2	10,1	78,7
El Salvador . . . . .	50,8	17,0	85,5	Uruguay (d) . . . . .	18,6	7,9	54,7
Estados Unidos . . . . .	24,7	9,6	28,4	Venezuela . . . . .	44,0	10,8	74,7

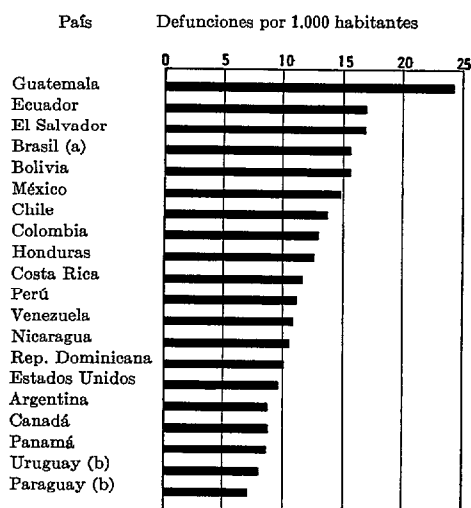
- (a) Distrito Federal y capitales de estado, exceptuando la ciudad de São Paulo.
- (b) Excluyendo Yukón y Territorios del Noroeste.
- (c) Provisional.
- (d) 1951.
- (e) 83% de la población en áreas de notificación.

FIG. 1.—Nacidos vivos por 1.000 habitantes en 20 países de las Américas, 1952.



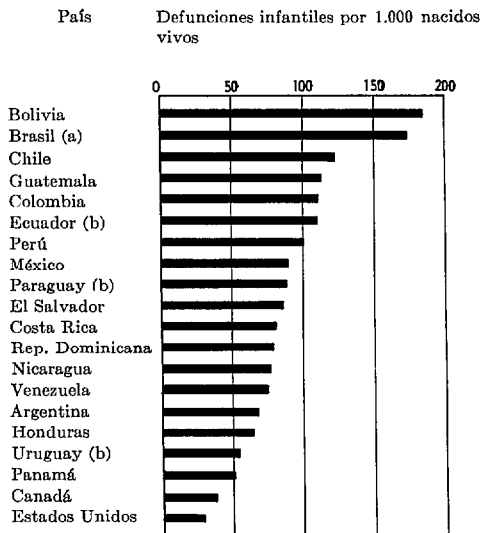
- (a) Distrito Federal y capitales de estado, exceptuando la ciudad de São Paulo.
- (b) 1951.

FIG. 2.—Defunciones por 1.000 habitantes en 20 países de las Américas, 1952.



- (a) Distrito Federal y capitales de estado, exceptuando la ciudad de São Paulo.
- (b) 1951.

FIG. 3.—Defunciones infantiles por 1.000 nacidos vivos en 20 países de las Américas, 1952.



(a) Distrito Federal y capitales de estado, exceptuando la ciudad de São Paulo.

(b) 1951.

Estados Unidos a 184,6 por 1.000 nacidos vivos en Bolivia. El hecho de que los Estados Unidos y Canadá hayan logrado esta reducción de las tasas de mortalidad infantil muestra que, mediante programas sanitarios, mejoramiento del saneamiento del medio, prevención de las enfermedades transmisibles, etc. se pueden obtener tasas igualmente bajas en todo el Hemisferio. Hace cuarenta años, cuando se creó el Area de Registro de Nacimientos, en los Estados Unidos, la tasa correspondiente a 10 estados y al Distrito de Columbia, aunque probablemente era más baja que en el resto del país, ascendía aproximadamente a 100 por 1.000 nacidos vivos. En los años sucesivos la reducción fué constante, aunque no uniforme, observándose en algunos estados tasas relativamente elevadas hasta hace muy pocos años. Sin duda existe una falta de uniformidad similar en los demás países, pero en aquellos en que se adoptaron enérgicos programas sanitarios se han observado marcados descensos y

CUADRO No. 4.—Resumen de las primeras cinco causas principales de defunción por orden de importancia en 18 países de las Américas, 1952.

Causas de defunción	Total	Número de países por orden de importancia de causas de defunción				
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta
Enfermedades del corazón o del sistema circulatorio.....	13	3	3	1	3	3
Gastritis, enteritis, diarrea (a).....	12	8	2	1	—	1
Influenza y neumonía (b).....	10	5	2	2	1	—
Tuberculosis.....	10	—	2	2	4	2
Enfermedades de la primera infancia.....	9	—	—	5	1	3
Cáncer.....	7	1	3	2	—	1
Bronquitis (c).....	6	—	1	—	1	4
Malaria.....	6	1	3	1	1	—
Lesiones vasculares, etc. (d).....	5	—	—	4	—	1
Accidentes o causas externas.....	4	—	—	—	4	—
Tos ferina.....	2	—	1	—	1	—
Otras causas (e).....	6	—	1	—	2	3

(a) Enfermedades del sistema digestivo en dos países.

(b) Enfermedades del sistema respiratorio en un país.

(c) Abarca bronconeumonía en un país y neumonía en dos.

(d) Enfermedades del sistema nervioso en un país.

(e) El grupo de otras causas comprende las infecciones intestinales, que ocupan el segundo lugar en orden de importancia, y el cuarto o quinto, cada una en un país, avitaminosis y anemias, hidropesía, disentería, helmintiasis y sífilis.

cabe esperar que esta tendencia a la reducción continúe.

Al examinar el Cuadro No. 4, que se refiere a las causas de defunción, hay que tener presente que no todos los países utilizan la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción* (2), y que no existe uniformidad en cuanto al número de títulos utilizados por los países al clasificar las causas principales.

Dieciocho países proporcionaron datos relativos a las principales causas de defunción. En ocho se declaró que las principales causas de defunción eran gastritis, enteritis, etc., o sea, las enfermedades diarreicas. Dichos países son Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, México, República Dominicana y Venezuela. La influenza y la neumonía fueron notificadas como las principales causas de defunción en cinco países; las enfermedades del corazón o sistema circulatorio, en tres; la malaria, en uno, y el cáncer, en uno también. Trece países notificaron las enfermedades del corazón o sistema circulatorio como una de las cinco causas principales de defunción, mientras que en doce países las enferme-

dades del grupo gastrointestinal ocupaban este lugar. Al examinar las principales causas notificadas se observa la importancia de las enfermedades infecciosas y parasitarias, pue junto con las enfermedades diarreicas, la influenza y la neumonía, la tuberculosis, la malaria y la tos ferina ocupan los primeros lugares.

En las gráficas que muestran las primeras cinco causas principales de defunción en dichos 18 países (Figs. 4 y 5) la parte sombreada o negra indica las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas o parasitarias. En la Fig. 4 aparecen, de norte a sur, los datos correspondientes a 9 países de América del Sur. Con respecto a Colombia, Venezuela y Brasil, el grupo de enfermedades gastrointestinales, es decir, las diarreas, debidas probablemente a shigelas, fueron la causa principal de defunción. En cuatro países más alejados de los trópicos—Perú, Bolivia, Paraguay y Chile—el grupo de la influenza y neumonía ocupaba el primer lugar, mientras que en Uruguay y Argentina las principales causas de defunción en los grupos de más edad eran las enfermedades del sistema circulatorio y el

FIG. 4.—Las primeras cinco causas principales de defunción por 100.000 habitantes en 9 países de América del Sur, 1952.

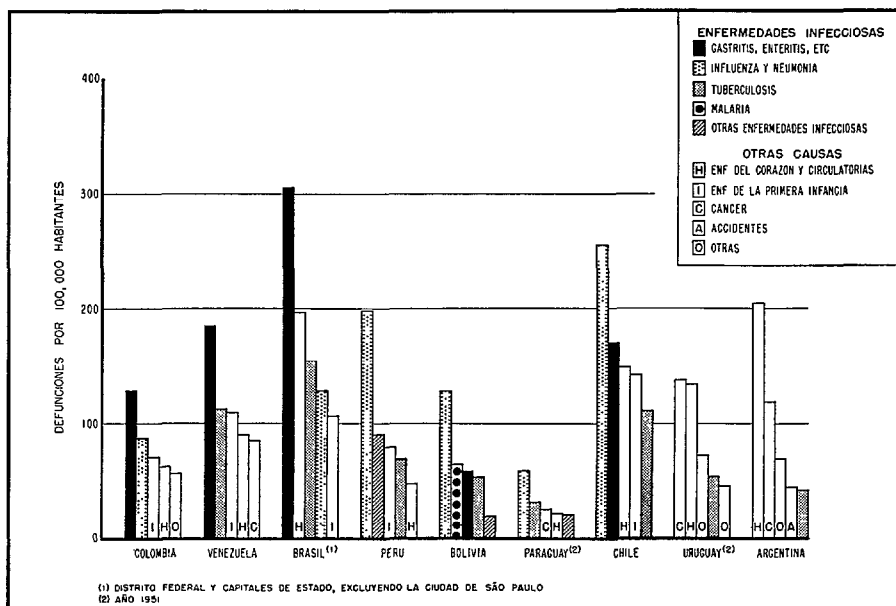
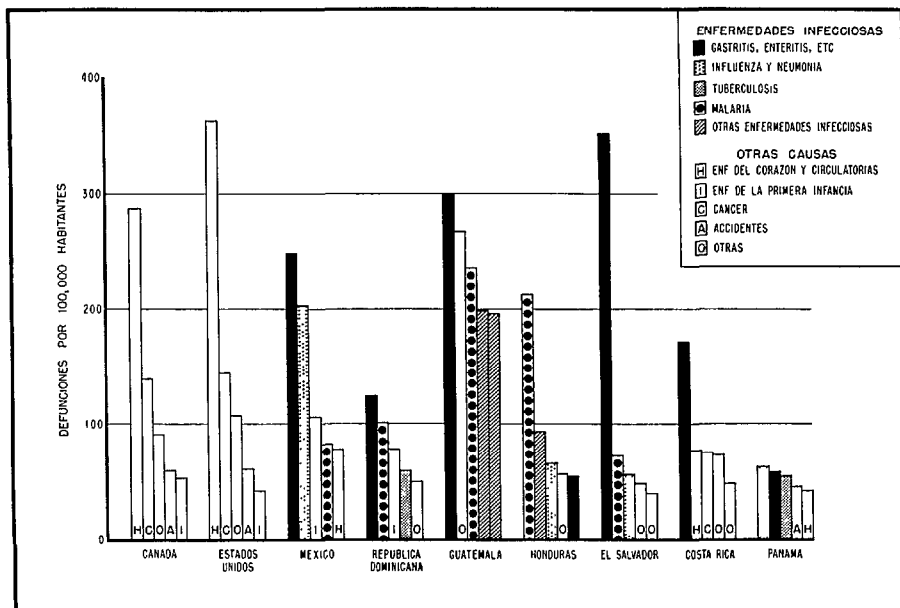


FIG. 5.—Las primeras cinco causas principales de defunción por 100.000 habitantes en 9 países de América del Norte, 1952.



cáncer. Aunque la altura de las barras que aparecen en las mencionadas gráficas indica la magnitud de las tasas de mortalidad, hay que tener en cuenta las deficiencias de registro y de certificado médico de ciertos países, tales como Bolivia, Paraguay y Perú.

En la Fig. 5 aparecen datos similares correspondientes a países de América del Norte. En cuanto a Canadá y Estados Unidos, las enfermedades transmisibles no aparecen entre las primeras cinco causas principales de defunción; en cambio, en los siete países restantes las enfermedades transmisibles, el grupo de enfermedades diarreicas, la malaria, la influenza y la neumonía ocupan con frecuencia los primeros lugares.

A pesar de la falta de uniformidad y de las variaciones que se observan en cuanto a la fidelidad y exactitud del certificado médico, los datos obtenidos sobre las principales causas de defunción ponen de relieve la necesidad de programas encaminados a evitar las defunciones debidas a las enfermedades transmisibles.

#### ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Según se señaló al examinar las principales causas de defunción, las enfermedades transmisibles figuran entre las cinco principales causas de defunción en muchos de los países. Estas enfermedades contribuyen considerablemente a la mortalidad infantil y de la primera infancia. Pero además de la mortalidad que ocasionan son también causa de considerables dolencias y pérdidas económicas. El Resumen de los Informes contiene datos detallados relativos a 15 enfermedades transmisibles, y el número de casos y defunciones con tasas por 100.000 habitantes.

Una de las enfermedades que originan considerable morbilidad y mortalidad en ciertas zonas es la malaria. En el Cuadro No. 5 aparecen las tasas de mortalidad debido a la malaria, y se presentan en forma de gráfica en la Fig. 6. Los seis países que muestran un índice de malaria más elevado son, en América del Norte, Guatemala, Honduras, República Dominicana, Nicaragua, México y El Salvador. Los participantes en la presente reunión conocen muy

CUADRO NO. 5.—*Tasas de mortalidad por malaria y tos ferina por 100.000 habitantes en 20 países de las Américas, 1952.*

País	Malaria	Tos ferina	País	Malaria	Tos ferina
Argentina.....	0,0	1,4	Guatemala.....	233,5	199,0
Bolivia.....	64,1	13,9	Honduras.....	210,1	51,6
Brasil (a).....	7,5	6,3	México.....	80,8	32,5
Canadá (b).....	0,0	1,0	Nicaragua.....	86,6	19,1
Colombia.....	23,9	34,6	Panamá.....	21,8	7,1
Costa Rica.....	37,5	14,6	Paraguay (d) (e).....	14,5	8,7
Chile.....	—	8,5	Perú.....	18,7	89,9
Ecuador (c).....	16,9	9,8	República Dominicana.....	100,1	2,1
El Salvador.....	71,9	10,9	Uruguay (e).....	0,0	2,6
Estados Unidos.....	0,0	0,3	Venezuela (f).....	2,5	15,3

0,0 = Menos de 0,05 por 100.000 habitantes.

(a) Distrito Federal y capitales de estado, exceptuando la ciudad de São Paulo.

(b) Excepto Yukón y Territorios del Noroeste.

(c) Capitales de provincia.

(d) Para las áreas de notificación.

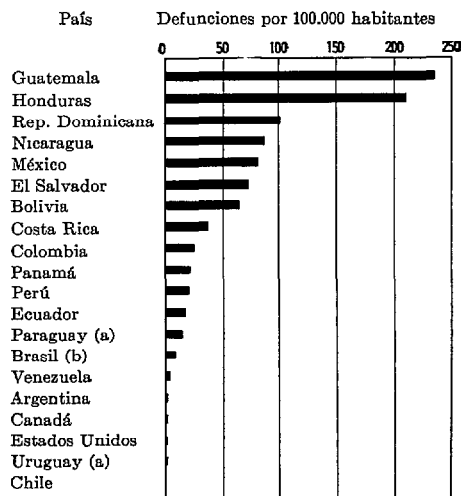
(e) 1951.

(f) Causas mal definidas de defunción, distribuídas proporcionalmente entre causas definidas.

bien que la malaria ha sido, igualmente, un importante problema sanitario en los estados meridionales de los Estados Unidos. Este país, mediante un intenso programa de erradicación, había logrado la casi total desaparición de la enfermedad, pero las con-

diciones existentes durante la guerra y el regreso de los soldados procedentes de zonas sumamente infectadas, dieron lugar a que aumentara el número de casos de la enfermedad. Sin embargo, se observa otra vez un descenso, y en 1953 se notificaron solamente 1.310 casos, y se calculó que la tasa de mortalidad fué menor de 0,05 por 100.000 habitantes. La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (3) recomendó a “la Oficina Sanitaria Panamericana propender a la intensificación y coordinación de las labores de lucha antimalárica al objeto de procurar la erradicación de dicha enfermedad en el Hemisferio Occidental, y que los Gobiernos Miembros conviertan a la brevedad posible todos los programas de lucha en programas de erradicación, a fin de que ésta sea lograda antes de la aparición de la resistencia de los anofelinos a los insecticidas”. Para llevar a cabo esta resolución se han utilizado los servicios de un consultor en malaria; se estableció en México la oficina central de coordinación del programa de erradicación de la malaria; los países particularmente afectados emprenden intensos programas; y el UNICEF está estudiando un importante aumento de los fondos asignados a la erradicación de la malaria. Mediante todas estas

FIG. 6.—*Defunciones por malaria por 100.000 habitantes en 20 países de las Américas, 1952.*



(a) 1951.

(b) Distrito Federal y capitales de estado, exceptuando la ciudad de São Paulo.

actividades coordinadas, se podrá conseguir, en breve tiempo, la erradicación de la malaria en las Américas. El excelente programa de erradicación establecido en los Estados Unidos ha demostrado que, con la colaboración de todos los interesados, se puede lograr dicha erradicación.

Las enfermedades transmisibles de la infancia siguen causando numerosas defunciones en las Américas. En el Cuadro No. 5 figuran las tasas de mortalidad, relativamente elevadas, debida a la tos ferina, en varios países. En efecto, en cinco de ellos, las tasas de mortalidad correspondientes a 1952 fueron superiores a 30 por 100.000 habitantes. En algunos países dichas tasas fueron tan elevadas que se puso en duda la exactitud de las declaraciones de causas de defunción, puesto que evidentemente es fácil, tratándose de la primera infancia, confundir la defunción debida a tos ferina y bronconeumonía, con la causada por bronconeumonía originada por otras enfermedades. Aunque los datos no sean totalmente exactos, la proporción de mortalidad indica que es necesario efectuar investigaciones encaminadas a determinar las causas de la misma y llevar a cabo medidas preventivas. Se ha notificado que en varios países se utiliza la vacuna triple (difteria, tos ferina, tétanos). El gran valor de este método de prevención y su reducido costo, justifican el aumento y amplitud de programas de inmunización contra la tos ferina.

El *Reglamento Sanitario Internacional* menciona seis enfermedades "cuarentenables", que son el cólera, la peste, la fiebre recurrente transmitida por piojos, la viruela, el tifo (transmitido por piojos) y la fiebre amarilla. La viruela sigue existiendo en varios países de las Américas y presenta tasas relativamente altas en Perú, Bolivia, y Colombia. La situación de Colombia a este respecto es particularmente angustiosa, pues se registraron 7.146 casos en 1954. Por fortuna, la proporción de casos fatales es bastante baja lo que indica que el virus tiene relativamente poca virulencia. A la luz de los conocimientos actuales sobre la viruela

y los métodos de preparación de la vacuna y de su conservación, no hay excusa para la continua aparición de la enfermedad y, por tanto, se puede lograr la erradicación de la misma en el Hemisferio. Se tiene noticia de que ocurrieron casos o defunciones por peste en ocho países de las Américas durante estos cuatro años y que, asimismo, el tifo transmitido por piojos constituye un problema en varios países. Los progresos del control de la fiebre amarilla y de la erradicación del *Aedes aegypti* han sido muy halagüeños en varios países, y en seis de ellos se ha conseguido o está muy cercana la total erradicación del insecto vector de la fiebre amarilla urbana. Sin embargo, son demasiado los países en los que falta mucho por hacer y resulta penoso tener que llamar la atención hacia la constante presencia de *Aedes aegypti* en muchos estados del sur de Estados Unidos, que comprenden, en realidad, la mayor parte del área incluida en el Sector Meridional. Quizás no se ha dado la publicidad suficiente al hecho de que el gobierno de los Estados Unidos ha notificado a la Organización Mundial de la Salud todos los estados infestados como zona receptiva de fiebre amarilla. El brote de fiebre amarilla que ocurrió en 1954 en Trinidad, isla considerablemente infestada de *Aedes aegypti*, y el avance hacia el norte de la fiebre amarilla selvática en América Central, constituyen una prueba más de que, para eliminar la amenaza de la fiebre amarilla, se debe erradicar el *Aedes aegypti* en todas las Américas.

Según los datos relativos a las principales causas de defunción y la información que, sobre las enfermedades transmisibles, contiene el Resumen, es evidente que estas enfermedades imponen un fuerte tributo a las Américas. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Fred L. Soper, ha puesto de relieve, desde hace muchos años, los métodos y técnicas de la erradicación de la enfermedad. Los buenos resultados obtenidos con respecto a la fiebre amarilla urbana y la malaria indican que la erradicación de otras enfermedades depende de los esfuerzos que se realicen para aplicar los conocimientos



existentes y de la determinación de llevar a cabo programas de esta naturaleza.

SANEAMIENTO

Además de los datos de estadísticas vitales para estimar las condiciones sanitarias, se requieren también datos estadísticos relativos al estado en que se encuentran los diversos programas sanitarios que se llevan a cabo. Para ilustrar los datos obtenidos y destacar el valor de este tipo de informes para la planificación de un programa, tomamos un ejemplo del campo del saneamiento.

El hecho de que las enfermedades diarreicas constituyen una de las principales causas de defunción en doce países prueba que es necesario conceder mayor importancia al saneamiento del medio. En los Estados Unidos se han hecho notables progresos en este campo mediante el abastecimiento de agua, alcantarillado público, eliminación de desperdicios, higiene de la leche y de otros alimentos, etc. En relación con uno de estos aspectos, el de abastecimiento de agua, el Cuadro No. 6 contiene el porcentaje de las poblaciones que disponen de este servicio en trece países de América que estaban en condiciones de facilitar estos datos. De los once países que proporcionaron datos relativos a zonas urbanas, en cinco de ellos tres cuartas partes o más de su población urbana disponía de servicios de abastecimiento de agua; dichos países son El Salvador, Estados Unidos, Panamá, República Dominicana y Venezuela. En otros cinco países, más de la mitad de la población urbana disponía de dichos servicios.

Como era de esperar, los porcentajes de las zonas rurales son bajos. A pesar de la limitación de los datos, señalan las fases en que puede tener mayor importancia la ayuda internacional y puede contribuir a estimular a los países, individualmente, a que mejoren sus niveles de vida.

Aunque se proporcionaron ciertos informes relativos a la organización de los servicios de salud pública y a su personal, es un tanto difícil resumir el material para su presentación en este trabajo. En general los datos

CUADRO No. 6.—Porcentaje de población que dispone (a) de abastecimiento de agua en las zonas urbanas y rurales de 13 países de las Américas, 1953.

País	Total	Urbana	Rural
Argentina.....	43	67	2
Bolivia.....	..	57	..
Canadá.....	64	..	..
Colombia.....	23	62	1
Chile.....	..	72	..
El Salvador.....	..	85	..
Estados Unidos.....	59	89	(b) 23
México.....	41	..	..
Nicaragua.....	9	27	0
Panamá.....	52	75	37
Perú.....	30	60	10
República Dominicana...	28	88	10
Venezuela.....	..	88	..

(a) Los porcentajes de población respecto de la población total que vive en la zona.

(b) Colectividades de menos de 5.000 habitantes, con sistemas de abastecimiento de agua.

indican una escasez de personal adiestrado, falta de servicios de salud pública provistos de personal a tiempo completo y la necesidad de obtener datos para evaluar los recursos disponibles, así como las necesidades de los servicios de salud pública.

RESUMEN

Hemos presentado una selección de los datos recientemente recopilados y proporcionados por todos los países de las Américas a propósito de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, a los efectos de dar a conocer la información existente sobre las condiciones sanitarias y los servicios de salud pública. Aunque existe una considerable falta de datos, el simple hecho de facilitar los informes de que se dispone ha contribuido en considerable medida a mejorar los informes así como los programas sanitarios. Se ha señalado, en primer lugar, la necesidad de que, en la mayoría de los países de las Américas, se conceda más importancia al control y erradicación de las enfermedades transmisibles y a los programas destinados a la población joven, que es la que predomina. Estos problemas pueden resolverse con la iniciativa nacional junto con los esfuerzos

coordinados de la colaboración internacional, como se han resuelto otros. Utilizando los datos fundamentales que sobre las condiciones sanitarias proporciona el *Resumen de los Informes de los Estados Miembros, 1950-1953*, continuaremos avanzando en la labor de erradicación de las enfermedades trans-

misibles, desarrollo de programas de saneamiento del medio, servicios de higiene maternoinfantil, mejoramiento de los sistemas de notificación de casos, de estadísticas vitales y de obtención de datos fundamentales en otros programas, y consolidación de los servicios sanitarios en general.

#### REFERENCIAS

- (1) *Resumen de los Informes de los Estados Miembros, 1950-1955*, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D. C., 1954.
- (2) *Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*, Suplemento No. 1, *Bulletin of the World Health Organization*, Ginebra, 1948.
- (3) *Acta Final, XIV Conferencia Sanitaria Panamericana*, octubre, 1954, Documentos Oficiales No. 10, Oficina Sanitaria Panamericana.