

40x

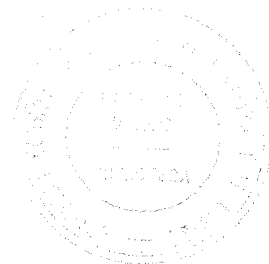
D-0/494.05

VC/m

4341

IVSSP General Conference

REUNION PARALELA SOBRE POBLACION Y DESARROLLO EN
AMERICA LATINA. México, 4-6 de Agosto, 1977



130



900048423 - BIBLIOTECA CEPAL

29 AGO. 1977

CRECIMIENTO RAPIDO DE LA POBLACION Y SATISFACCION DE LAS NECESIDADES DE SALUD EN LOS PAISES DE LA AMERICA LATINA

Dr. Hugo Behm Rosas^{1/}

En este documento se discute, de modo general, la relación entre el crecimiento demográfico rápido y las necesidades de atención de salud de sus poblaciones en los países de la América Latina. Se trata de dos fenómenos biológicos y sociales complejos, que están determinados por múltiples factores físicos, biológicos, económicos y sociales del ambiente en que el hombre vive. El análisis de las repercusiones que el aumento demográfico intenso tiene en las necesidades de salud, no puede reducirse a una mera consideración de las relaciones numéricas entre los indicadores con que se pueden cuantificar cada uno de estos fenómenos. Por ello, en este documento se analiza el problema en un marco de referencia más amplio y que se piensa que es el adecuado.

El concepto de necesidades de atención en salud

Las necesidades de atención en salud han sido definidas como "los bienes y servicios que habría que proporcionar a la pobla-

^{1/} Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE-San José). Comunicación presentada a la Reunión Paralela sobre Población y Desarrollo en América Latina (México, 4-6 agosto de 1977), a solicitud de sus organizadores.

ción, prescindiendo de los deseos o exigencias de las personas, las dificultades de acceso o las condiciones económicas de los individuos, para asegurar a todos ellos protección y atención médica adecuadas"^{2/}. La definición es evidentemente restrictiva, porque la salud es dependiente de todos y cada uno de los componentes del nivel de vida. De este modo, su mantención no depende exclusivamente de las medidas específicas del sector salud, sino de la modificación de todos los factores que, en la estructura socio-económica de un país, pueden generar la enfermedad.

Pero aún si la definición se restringe a los servicios ofrecidos por el sector salud, el concepto de necesidad no es de -- simple definición operacional. Las necesidades pueden ser determinadas por los profesionales de salud como las medidas que hay que tomar, colectiva e individualmente, para conservar la salud de cada integrante de una comunidad. Pero esto excluye las atenciones que el individuo percibe como necesarias y que el médico considera injustificadas. A la inversa, las necesidades de atención de salud que el individuo percibe como tales (que tienen determinantes sociales, económicos y culturales complejos), pueden excluir algunas atenciones que los profesionales opinan que son requeridas (por ejemplo, exámenes de salud, inmunizaciones, etc). De este modo, la cuantificación de las necesidades en salud, desde el punto de vista práctico, se transforma en la eva-

^{2/} Muller, C., Economic Analysis of Medical Care. American Journal of Public Health, enero, 1961. Citado por Kadt de, E., - Las desigualdades en el campo de la salud. En Salud Pública y Bienestar Social. Centro de Estudios de Planificación Nacional, Universidad Católica de Chile. Santiago, Marzo 1976.

luación de las demandas de atención que se producen cuando no hay barreras importantes en su satisfacción.

La demanda de atención en salud

El deseo expreso de utilizar la medicina oficial por los integrantes de una comunidad está asociado con numerosos factores, algunos de los cuales se mencionan a continuación:

- La frecuencia y tipo de enfermedades que ocurren en la comunidad.
- Factores demográficos, como el tamaño y otras características poblacionales (estructura por edad y sexo, distribución espacial etc).
- El grado en que cada persona percibe los síntomas como evidencia de enfermedad.
- Los valores y actitudes del individuo sobre salud y enfermedad y las fuentes de ayuda a las cuales tiene tendencia a recurrir cuando se siente enfermo (automedicación, medicina casera, curandero, medicina oficial, etc).
- Las barreras físicas, económicas, sociales y culturales que limitan la satisfacción del deseo de recibir atención médica, que se refiere tanto a barreras reales como a las percibidas por las personas.
- La oferta real de servicios médicos, que estimula la demanda por un efecto de demostración y por la educación implícita en la atención.

El juego de estos y otros factores hacen que el nivel de demanda de atenciones de salud sea muy variable de una comunidad a otra y que su curso histórico sea casi siempre creciente., como expresión de numerosas necesidades insatisfechas y de un aumento progresivo de las aspiraciones referentes a servicios de salud.

Esta descripción sumaria muestra que el aumento demográfico es solo uno de los muchos factores que condicionan el problema de las necesidades de salud en nuestra América. En este contexto integral, discutamos en particular el efecto de ese factor demográfico.

Crecimiento rápido de la población y necesidades de salud.

Es obvio que, prescindiendo de cualquier otro factor y cualquiera que sea el nivel de las necesidades y de la oferta en salud, en toda población el crecimiento demográfico no puede tener sino un efecto sobre tales necesidades: aumentarlas. Si este crecimiento es rápido, colocará al sector salud ante una exigencia adicional -y a veces muy severa- que se agrega a las ya existentes. En algún momento en esta reunión se darán cifras que especifiquen la magnitud y características de este crecimiento en América Latina. Nos limitamos aquí a presentar algunos datos generales.

El cuadro 1 muestra las estimaciones más recientes de la población total elaboradas por CELADE para 1975 y 1990^{3/}. Si estas estimaciones resultan reales, debe esperarse que en la América Latina de 1990 se haya agregado en promedio un habitante -por cada dos existentes en 1975. El crecimiento estimado en el período supera 60 por ciento en Honduras, Nicaragua, México y República Dominicana. En dos de estos países (Nicaragua y República Dominicana) las esperanzas de vida al nacimiento están entre las más bajas de la región, de tal modo que el aumento demográfico marcado se va a producir en poblaciones donde presumiblemente las necesidades son mayores. A la inversa, el crecimiento es inferior al 20 por ciento en Argentina y Uruguay, que registran algunas de las más altas esperanzas de vida al nacimiento.

El cuadro 2 presenta el crecimiento estimado para el período

Cuadro 1

ESTIMACIONES DE LA POBLACION TOTAL DE LOS PAISES DE
LA AMERICA LATINA, 1975 Y 1990

Países	Población (en Miles)			
	1975	1990	Aumento absoluto	Porcentaje
Total de la Región	316 323	477 380	161 057	51
Area Andina	<u>76 545</u>	<u>116 223</u>	<u>39 678</u>	<u>52</u>
Bolivia	5 410	7 974	2 564	47
Colombia	25 890	40 324	14 434	56
Chile	10 253	13 553	3 300	32
Ecuador	7 090	11 251	4 161	59
Peru	15 689	24 425	8 736	56
Venezuela	12 213	18 706	6 493	53
Area Atlantica	<u>140 872</u>	<u>203 637</u>	<u>62 765</u>	<u>45</u>
Argentina	25 384	30 189	4 805	19
Brazil	109 730	165 757	56 027	51
Paraguay	2 647	4 074	1 427	54
Uruguay	3 111	3 617	506	16
Istmo Centroameri- cano	<u>19 215</u>	<u>30 050</u>	<u>10 835</u>	<u>56</u>
Costa Rica	1 994	2 954	960	48
El Salvador	4 108	6 595	2 487	61
Guatemala	6 082	9 201	3 119	51
Honduras	3 037	4 997	1 960	65
Nicaragua	2 318	3 778	1 460	63
Panamá	1 676	2 525	849	51
Mexico y Caribe	<u>79 691</u>	<u>127 460</u>	<u>47 769</u>	<u>60</u>
Cuba	9 481	12 855	3 374	36
Haití	5 888	8 525	2 637	45
México	59 204	97 585	38 381	65
República Dominicana	5 118	8 495	3 377	66

Fuente: CELADE. Boletín Demográfico. Año IX. No. 17. Santiago, Chile, enero de 1976.

Cuadro 2

CRECIMIENTO ESTIMADO DE LA POBLACION URBANA Y LA POBLACION RURAL,
PAISES DE LA AMERICA LATINA. 1975-1990

Regiones y países	Población (en miles)							
	U r b a n a				R u r a l			
	1975	1990	Diferencia		1975	1990	Diferencia	
			Abso- luta	Porcen- taje			Abso- luta	Porcen- taje
TOTAL AMERICA LATINA	193 007	337 046	144 039	75	123 351	140 223	16 872	14
<u>Región Andina</u>	<u>48 428</u>	<u>84 392</u>	<u>35 964</u>	<u>74</u>	<u>28 116</u>	<u>31 840</u>	<u>3 724</u>	<u>13</u>
Bolivia	2 119	3 709	1 590	75	3 291	4 265	974	30
Colombia	16 392	30 096	13 704	84	9 498	10 227	729	8
Chile	8 010	11 548	3 538	44	2 243	2 005	-238	-11
Ecuador	2 988	5 678	2 690	90	4 102	5 573	1 471	36
Perú	9 691	17 603	7 912	82	5 997	6 822	825	14
Venezuela	9 228	15 758	6 530	71	2 984	2 948	- 36	- 1
<u>Región Atlántica</u>	<u>90 144</u>	<u>150 140</u>	<u>59 996</u>	<u>67</u>	<u>50 728</u>	<u>53 497</u>	<u>2 769</u>	<u>5</u>
Argentina	20 492	26 027	5 535	27	4 892	4 162	-730	-15
Brasil	65 959	118 959	53 000	80	43 771	46 797	3 026	7
Paraguay	1 049	1 918	869	83	1 598	2 156	558	35
Uruguay	2 644	3 236	592	22	467	382	- 85	-18
<u>Istmo Centroamericano</u>	<u>7 970</u>	<u>14 892</u>	<u>6 922</u>	<u>87</u>	<u>11 329</u>	<u>14 957</u>	<u>3 628</u>	<u>32</u>
Costa Rica	842	1 547	705	84	1 152	1 407	255	22
El Salvador	1 739	3 209	1 470	85	2 404	3 275	871	36
Guatemala	2 199	3 996	1 797	82	3 883	5 205	1 322	34
Honduras	1 112	2 380	1 268	114	1 925	2 617	692	36
Nicaragua	1 174	2 323	1 149	98	1 144	1 456	312	27
Panamá	855	1 527	672	79	821	997	176	21
<u>México y Caribe</u>	<u>46 515</u>	<u>87 531</u>	<u>41 016</u>	<u>88</u>	<u>33 176</u>	<u>39 929</u>	<u>6 763</u>	<u>20</u>
Cuba	5 874	8 860	2 986	51	3 607	3 994	387	11
Haití	1 312	2 647	1 335	102	4 576	5 879	1 303	28
México	37 117	71 371	34 254	92	22 086	26 214	4 128	19
República Domini- cana	2 211	4 654	2 443	110	2 907	3 841	934	32

Fuente: CELADE. Boletín Demográfico. Año IX, No. 12, Santiago, Chile, julio, 1976.

1975-1990 en la población urbana y en la rural en los países de la región. El hecho más significativo es que de los 161 millones de habitantes en que se supone se incrementará la población latinoamericana en este período, 144 millones (esto es, el 89 por ciento) residirán en el sector urbano. Este sector aumentará en 75 por ciento en tanto que la población rural se estima que crecerá en solo 14 por ciento. Incluso se prevee una disminución de este sector, en términos absolutos, en Argentina, Chile y Venezuela. El crecimiento urbano es particularmente intenso en Honduras, Nicaragua, Haití y República Dominicana, países en los cuales se estima que la población que vive en la región urbana se duplicará en estos 15 años.

No se dispone, desgraciadamente, de estimaciones demográficas similares por clase social, variable que es aun más trascendente en el estudio de las necesidades de salud.

Esta es una breve caracterización del crecimiento de la población de los países de la América Latina. Cualquiera que sea el nivel en que en un país satisfaga las necesidades de atención de salud de su población, un incremento demográfico del orden de 50 a 60 por ciento no hay duda que, por sí solo, sera un factor importante de un crecimiento proporcional de las necesidades y las eventuales demandas de atención. Respecto al intenso proceso de urbanización, puede suponerse efectos contradictorios sobre el problema de la atención médica. El crecimiento escaso del sector rural de algún modo hará que se agrave con menor intensidad el déficit notorio de la atención de salud en es

3/ CELADE. Boletín Demográfico. Año IX, No. 17, Santiago, Chile, enero, 1976.

tas poblaciones, habitualmente expuestas a mayores riesgos. La mayor concentración urbana de la población viene a poner más - de acuerdo la distribución espacial de la población con los re- cursos físicos y humanos del sector salud, habitualmente con- centrados en los mayores centros urbanos y, en especial, en la capital del país. Pero, por otra parte, el hecho que la migra- ción a las ciudades no este acompañado en la América Latina -- con un proceso efectivo e integrado de desarrollo, favorece la aparición de lo que se ha llamado marginalidad, la cual entra- ba seriamente al mejoramiento de la situación de salud de estas poblaciones. En todo caso, el crecimiento urbano originado en la migración será un factor adicional de estímulo de la demanda de atención médica, tanto por la mayor accesibilidad física a los centros de atención existentes en las ciudades como por el cambio que significa la incorporación de los migrantes a la -- cultura urbana.

Existen, por cierto, muchos otros aspectos referentes al im- pacto del crecimiento de la población en las necesidades de a- tención de salud y a su satisfacción. Así, por ejemplo, estas necesidades son función de la edad y son mayores en las dos e- dades extremas de la vida: sin embargo, en un plazo mediano, - los cambios previstos en la estructura por edad de la pobla- - ción no son tan marcados en la América Latina como para que es- te factor tenga particular importancia frente a otros. Hay ade- más interrelaciones a través de las variables demográficas que regulen el crecimiento (mortalidad, fecundidad, movimientos mi

gratorios) y de los numerosos factores sociales, económicos y culturales que a su vez influyen tales variables.

Pero queremos detenernos en la breve caracterización que se ha hecho para plantear el análisis en un contexto más general. ¿Cuál es la situación actual en cuanto al grado de satisfacción de las necesidades en el área de la salud? ¿Qué puede decirse del curso futuro de esta situación tomando en cuenta los factores no demográficos del problema: ¿Cuál es el peso relativo del crecimiento de la población en las perspectivas de evolución y de solución del problema que aquí se discute?

Necesidades de atención de salud en los países de la América Latina.

No se dispone de un panorama medianamente completo del nivel y estructura de estas necesidades de atención de salud en los países de la región. Pero las condiciones actuales pueden ser evaluadas aproximadamente utilizando un indicador burdo, la mortalidad, que expresa el daño más severo de la salud y la necesidad más perentoria de cuidado médico. En el cuadro 3 se presentan cifras recientemente obtenidas en un estudio sobre la mortalidad en los primeros años de vida que está en desarrollo en el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)^{4/}. Los datos muestran que la probabilidad de morir entre el nacimiento y los dos años de edad oscila entre 75 por mil nacidos vivos en Paraguay (1967-1968) y 202 por mil en Bolivia (1971-1972), en tanto que las mismas probabilidades alcanzan solo a 21 por mil en Estados Unidos (1970) y a 16 por mil en Suecia (1965). Contrastes tan -

^{4/} Behm, H. y colaboradores. Mortalidad en los primeros años de vida en los países de la América Latina. CELADE. Serie A. No. 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1030, 1031 y 1032; 1976-1977.

Cuadro 3

PROBABILIDAD DE MORIR EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA A PARTIR DEL NACIMIENTO SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MUJER, PAISES LATINOAMERICANOS SELECCIONADOS, ALREDEDOR DE 1966-1972

Probabilidad de morir por mil	Total	Años de instrucción de la mujer					Probabilidad de morir grupo 0/grupo 10 y más
		Ninguno	1-3	4-6	7-9	10 o más	
Paraguay 1967-1968	75	104	80	61	45	27	3.9
Costa Rica 1968-1969	81	125	98	70	51	33	3.8
Colombia 1968-1969	88	126	95	63	42	32	3.9
Chile 1965-1968	91	131	108	92	66	46	2.8
República Dominicana 1970-1971	123	172	130	106	81	54	3.2
Ecuador 1969-1970	127	176	134	101	61	46	3.8
El Salvador 1966-1967	145	158	142	111	58	30	5.3
Perú* 1967-1968	169	207	136	102	77	70	3.0
Bolivia 1971-1972	202	245	209	176	110		2.2

* En Perú las categorías de instrucción son: ninguna o menos de tres años; primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta y secundaria completa o más.

Fuente: Behm, H. y colaboradores. Serie de estudios nacionales sobre "Mortalidad en los primeros años de vida en los países de la América Latina". Centro Latinoamericano de Demografía, 1976-1977.

intensos son elocuentes en mostrar la magnitud de las necesidades de salud que no se atienden, ni a su nivel más elemental, - en la América Latina de hoy.

El cuadro 3 incluye además cifras que señalan que esta situación es aún más crítica si se examinan los contrastes entre grupos socio-económicos dentro de cada país. El riesgo de morir - en los primeros dos años de vida ha sido estimado por nivel de instrucción de la mujer, utilizando esta variable como un indicador del nivel socio-económico. Se ve que los hijos de mujeres presuntamente analfabetas, en su mayor parte correspondientes a campesinas y a los estratos con peores condiciones de vida del sector urbano, tienen riesgos tan altos que entre 10 y 25 por ciento de cada generación de los niños que nacen en estos grupos fallecen antes de cumplir dos años de vida. En el otro extremo, en todos los países existe un grupo minoritario, formado por mujeres pertenecientes a los sectores socio-económicos más favorecidos, a juzgar por el hecho que ellas han alcanzado la educación superior o completado su educación media. Los hijos de estas mujeres, las cuales viven de preferencia en las ciudades más grandes de cada país, tienen una mortalidad 3 a 5 veces menor que la del grupo anterior.

El estudio ha llegado a determinar, en el total de nueve países estudiados hasta el momento, que los estratos donde la mortalidad del menor de dos años es mayor (variando entre 89 y 225 por mil), comprenden en general del 41 a 71 por ciento de las mujeres en edad fértil. Ellas se estima que procrean entre

el 50 y el 79 por ciento de los nacidos vivos anuales en los países, generaciones en las cuales se calcula que acontecen del 64 al 85 por ciento del total de muertes de menores de dos años. En consecuencia, estos grupos son mayoritarios y la alta mortalidad de sus niños expresa que hay vitales necesidades de vida y de salud que no son atendidas. Ellos constituyen el núcleo del problema de salud en la infancia en nuestra América y de las respectivas necesidades de atención que debieran ser prioritarias en su atención.

La oferta de servicios en el sector salud

¿Cuál es la oferta con que el sector salud responde a necesidades de atención tan variadas y tan urgentes? A nivel de las políticas de salud, habitualmente se proclama "la salud como un derecho de todos y no el privilegio de algunos."^{5/} Pero la realidad es muy otra. La situación actual se caracteriza por la existencia de sistemas de salud que en general son de baja eficiencia y coordinan imperfectamente las múltiples instituciones en que el sector salud se fragmenta. La atención médica presta de preferencia una atención individual cuando la enfermedad está ya constituida, lo que reduce su efectividad. Los recursos físicos y humanos se concentran en los mayores conglomerados urbanos, en desmedro de la atención de la población rural, que forma el 39 por ciento de la población total de la América Latina. Se da habitualmente prioridad al sistema hospitalario, que insume la mayor parte de los recursos, siguiendo el modelo de una medicina de alto nivel, compleja y cara, desarrollada en países avanzados

^{5/} Organización Panamericana de la Salud, Plan decenal de salud para las Américas, aprobado por la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Santiago, Chile, octubre 1972. Documento oficial No. 118, enero de 1973. página. 4.

cuyas condiciones históricas son muy diferentes a las existentes en la región latinoamericana. La comunidad juega habitualmente el rol de un usuario pasivo. A pesar de inegables progresos, lo fundamental es que, en general, la cantidad, calidad y oportunidad del cuidado médico que la población recibe es función primordialmente de su condición socio-económica y, por tanto, función inversa de sus necesidades de atención.

Por oposición, se ha postulado repetidamente que la mejor respuesta a la situación existente en la América Latina es una atención médica que se extienda rápidamente a la totalidad de su población que desarrolla sus actividades fundamentalmente fuera del hospital, en el seno mismo de la comunidad; que, junto con tratar a enfermos, ponga énfasis en la prevención y en la educación; que se lleva a cabo de preferencia con personal auxiliar que es posible preparar en gran número, en plazo breve y a menor costo que los recursos profesionales; y que se realice con la viva participación de la comunidad, con pleno acceso a las decisiones que haya que tomar para el cuidado de la salud de ella misma. Pero la aplicación de una atención médica así concebida es inexistente o de limitada aplicación en la gran mayoría de los países. La experiencia de Costa Rica^{6/} y el especular progreso de Cuba^{7/}, mucho más integrado, son más bien las excepciones.

6/ Ministerio de Salud. Programa de salud para comunidades rurales. San José, Costa Rica, 1974.

7/ Ministerio de Salud Pública. Fundamentación para un nuevo enfoque de la medicina en la comunidad. La Habana, Cuba, octubre 1976.

No es extraño que en tales condiciones, la oferta y distribución de los servicios destinados a satisfacer las necesidades de salud, tengan similares diferenciales por clase social que las señaladas respecto a tales necesidades. En la Reunión de Ministros de Salud que se ha mencionado^{8/}, se deja constancia que "nuestro problema consiste en proveer de servicios al 37 por ciento de los habitantes que en la actualidad no reciben atención médica de ninguna especie". "Podemos afirmar que la gran mayoría de ese 37 por ciento vive en medio rural o en las poblaciones marginales de las grandes ciudades. Ese sector de la población contribuye en una gran proporción a la morbilidad y mortalidad general y específica". "La tarea que nos espera en la década que iniciamos nos indica claramente que sin un cambio sustancial en las estructuras tradicionales no será posible abrir la brecha para convertir en realidad la cobertura que entraña el derecho a la salud".

Un ejemplo más puede ilustrar el carácter discriminatorio de la oferta en salud, con la salvedad que se refiere a un país - como Chile, que por muchos motivos es una excepción en América Latina en cuanto al grado de cobertura y mejor distribución de la atención médica que ha logrado alcanzar. El cuadro 4 muestra que el número promedio anual de consultas médicas efectuadas es el doble en el grupo de mayor ingreso respecto al de menor ingreso.^{9/}

8/ Op. Cit. pág. 17

9/ Ministerio de Salud Pública y Consejo Nacional Consultivo de Salud. Recursos humanos de salud en Chile: un modelo de análisis. Santiago, Chile. 1970.

Cuadro 4

CONSULTAS MEDICAS EFECTUADAS Y DESEADAS POR NIVEL
DE INGRESO ECONOMICO, CHILE, 1968

Ingreso per capita (en sueldos vitales)	Consultas médicas "per capita" al año			
	Efectua das	Deseadas	Totales	Porcentaje de efectuadas
Total	2.1	2.1	4.2	50
0,0 - 0,19	1.5	2.3	3.8	39
0.20- 0.39	2.1	2.4	4.5	47
0.40- 0.59	2.3	2.3	4.6	50
0.60- 0.99	2.4	2.0	4.5	53
1.00 y más	3.0	1.2	4.2	71

Fuente: Ver referencia 9/

Una visión de conjunto del problema de las necesidades de aten-
ción de salud y del rol del crecimiento demográfico.

Hay un buen número de evidencias empíricas que sustentan el resumen del problema que se ha hecho en los párrafos precedentes, las cuales se omiten en razón de la brevedad de este documento. En todo caso, con importantes variaciones entre países, la situación aparece caracterizada por:

1. Magnitud importante de las necesidades de atención, derivadas de las condiciones de salud adversas que prevalecen en los países (a pesar de progresos recientes), las cuales son considerablemente críticas en los sectores de población cuya precaria condición socio-económica determina en ellos condiciones de vida muy adversas.
2. La situación insatisfecha de la oferta de atención médica a la población, oferta que tiende a concentrarse en los sectores urbanos y de mejor situación social y económica.
3. La evidente contradicción nacida de las premisas anteriores que significa, en suma, que las poblaciones con mayores necesidades y más expuestas al riesgo de enfermar y morir (que son mayoritarias) sean precisamente las que menos se benefician de los respectivos servicios de salud.

En este marco se inscribe el crecimiento rápido de la población, cuyo efecto inmediato es agudizar la resolución de tal --

contradicción, porque genera "per se" un aumento de las necesidades que hay que atender. Más aún es legítimo pensar que este crecimiento va a ser proporcionalmente mayor en los estratos de población de menor nivel socio-económico, en los cuales la fecundidad es más alta, particularmente si la mortalidad tiende al descenso.

Concebido así el problema, no hay duda que los caminos de solución serán aquellos que vayan a la raíz misma de las condiciones estructurales que, en las sociedades de la América Latina, determinan tal situación. Todo indica que la contribución más decisiva que los países pueden hacer frente a estos hechos es una política efectiva de desarrollo social y económico que esté libre de las trabas estructurales que hoy lo limitan. Una política que de modo particular, tienda a reducir de modo drástico -- las diferencias en la distribución del producto del trabajo del hombre entre grupos socio-económicos. Tal política reduciría -- los factores de agresión a la salud en el ambiente físico, biológico y social del hombre, que hoy se expresan en gran número de enfermedades y muertes prematuras y evitables. En el sector salud significaría la aplicación extensiva del conocimiento médico existente, adoptando convenientemente la atención médica a la realidad histórica de la región, de tal modo que sus beneficios alcancen a los sectores en los que, en la actualidad, las necesidades son más perentorias y menos satisfechas. Tal política, por último, actuando sobre los factores demográficos que regulan el crecimiento, tendería a disminuir sus altas tasas actuales.

Por cierto, nada de lo que se ha sostenido en este trabajo debe interpretarse en el sentido que el crecimiento rápido de la población carece de significación en el problema de afrontar las necesidades de salud de la población en América Latina. Ni tampoco que los esfuerzos para regular este crecimiento sean irrelevantes para este mismo propósito. Lo que sí se sostiene es que este factor es de relativa menor importancia. respecto al alto nivel de necesidades de atención de salud que se generan fundamentalmente por las condiciones adversas de vida que prevalecen en extensos sectores de población y por el carácter desigual e insuficiente con que los sistemas de salud ofertan atenciones frente a estas necesidades. Son todos ellos epifenómenos que, a un mayor nivel de análisis, hayán su génesis, mediante múltiples mecanismos, en las condiciones estructurales de los sistemas económicos existentes en los países latinoamericanos. Si se acepta este predicamento, es evidente -- que responder al problema de necesidad insatisfechas de salud en la población con medidas que intenten específicamente moderar el crecimiento, es enfocar el problema fuera del marco de referencia que le es propio. También resulta claro que tales medidas, por sí mismas, tendrán inevitablemente un alcance limitado.

Un ejemplo, necesariamente simplificado, puede ilustrar este punto. En el cuadro 1 se observa que entre 1975 y 1990 se prevé un crecimiento de 32 por ciento en la población total de Chile. En el cuadro 4 se muestra que, en 1968 se satisfacían --

solo la mitad de las consultas médicas que la población percibía como necesarias. Si se supone que esta situación fuera similar en 1975, y que se planeara satisfacer esta demanda al mismo nivel en 1990 pero absorbiendo el crecimiento demográfico, la oferta debería aumentar en 32 por ciento. Si el crecimiento de la población fuera cero y si programara dar satisfacción a toda la demanda (incluyendo las consultas médicas deseadas pero hasta entonces no realizadas) el aumento de la demanda debería ser 100 por ciento, esto es, tres veces mayor que en la primera hipótesis. Esta diferencia de una idea aproximada del peso relativo de ambos factores en el problema. Por cierto, si la hipótesis fuera satisfacer totalmente la demanda, incluyendo el aumento adicional debido al crecimiento demográfico, el incremento de la oferta debería alcanzar 164 por ciento. Por muchas razones, el ejemplo es teórico aunque derivado de cifras reales. Es efectivo que en otros países el crecimiento demográfico es mucho mayor, pero nos parece que, en general, el nivel de necesidades es en ellos a su vez mayor y la oferta de servicios es menor y con mayores contrastes.

RESUMEN

El efecto neto del rápido crecimiento de la población en los países de la América Latina es un aumento de las necesidades de atención de salud. No obstante, el factor demográfico no es el único ni el más importante en el problema de satisfacer estas necesidades. La principal contradicción se encuentra entre la magnitud de las necesidades de atención generada en las condiciones de vida adversas que existen en extensos sectores de po--

blación, junto con la oferta restringida de servicios de salud, que también está discriminada por clases sociales. El problema de los mayores requerimientos de atención médica que genera el crecimiento rápido de la población debe encararse en la modificación de las condiciones estructurales socio-económicas de los países de la América Latina que determinan, simultáneamente, bajos niveles de salud, deficiencias en la oferta de los sistemas de salud y crecimiento rápido de la población.

*

* *