

SEGURIDAD SOCIAL*

I

INTRODUCCION

EXPLOSION DEMOGRAFICA EN MEXICO

DR. ANTONIO GONZÁLEZ OCHOA**

GRANDES avances ha logrado la República Mexicana, durante los últimos 25 años, en los campos de la Salud Pública y de la Asistencia Médica. A pesar de que la población se ha duplicado en los recientes 24 años, las autoridades gubernamentales han mejorado enormemente las condiciones asistenciales y sanitarias; y, aunque los problemas que confronta hoy en día el país en esas materias están muy lejos de ser resueltos por igual, ya que existen numerosísimos núcleos de población a los cuales no han alcanzado esos beneficios, mucho ha sido lo obtenido para otros.

En este Symposium se expondrán los nuevos problemas, actuales y de un futuro inmediato, en materias asistenciales, de medicina del trabajo, salud mental, seguridad social, y ejercicio de la medicina dentro de la seguridad social, problemas que vienen surgiendo como consecuencia de la mayor población, industrialización, mejor utilización de los recursos para conseguir comodidad y confort, modernización, etc.

Los ponentes que me seguirán en el uso de la palabra pondrán de manifiesto que los problemas analizados por cada uno tienen el común denominador del alarmante aumento de la población. Nos ocuparemos, consecuentemente, en esta Introducción de presentar algunas consideraciones al respecto.

Es conocido de todos ustedes el tremendo problema de la explosión demográfica mundial. La población total del mundo, actualmente de un poco más de 3

* Symposium presentado en la sesión del 14 de julio de 1965.

** Académico Numerario, Del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, México.

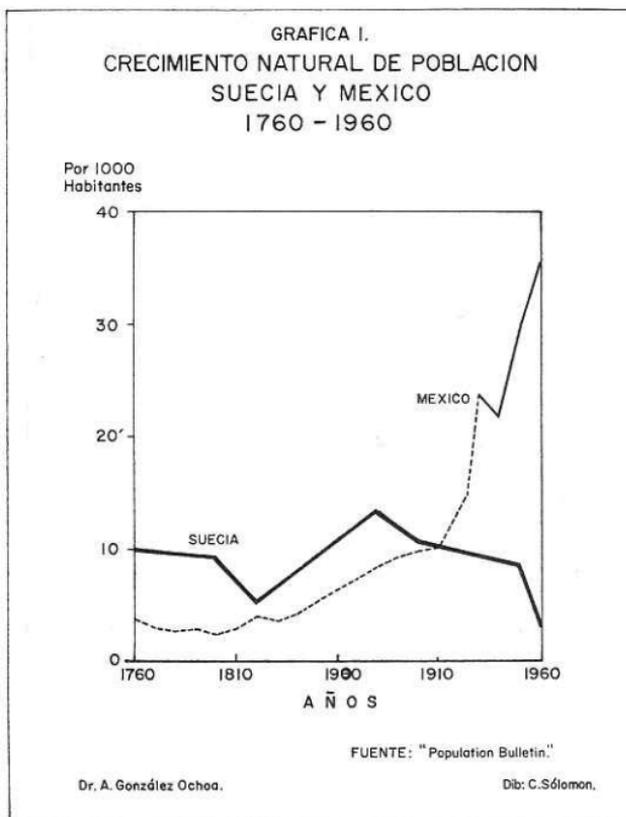
mil millones, se duplicará en 35 años si continúa creciendo al ritmo actual de 53 millones por año.

Bertrand Russell,¹ el conocido filósofo, sociólogo, matemático y campeón militante de la paz, viene instando reiteradamente desde hace años que los dos peligros de estos días son: el riesgo de que la raza humana pueda destruirse a sí misma por el uso en gran escala de las bombas H, y, el riesgo opuesto, no suficientemente valorado, de que la población de nuestro planeta aumente hasta el punto de que sólo sea posible una hambrienta y miserable existencia, excepto para una pequeña minoría poderosa; ambos riesgos, aunque diametralmente opuestos, están conectados unos con otros.

No obstante la seriedad e inminencia del problema de aumento de población en México, que al parecer no tiene solución o por lo menos no se la prevee por ahora, nadie se ocupa de evitarlo, ni tan siquiera de abordarlo. En nuestro medio son escasísimas las alusiones hechas al respecto; el Dr. Martínez Báez² en su cátedra de Medicina Social en el Colegio Nacional durante el curso del año pasado, se ocupó del problema de la "Presión de Población". En el análisis mesurado que presentó consideraba que la situación no es tan alarmante, contrariamente a las consideraciones que haremos a continuación, sino que "el incremento de la población de un país dado no debe ser, por sí mismo, causa de preocupación pesimista ni menos de temor"; exponía los aspectos convenientes y optimistas así como los perjudiciales y pesimistas que han sido expresados por prestigiados sociólogos y sanitaristas. Sin embargo, ese criterio, valedero para determinados países con un crecimiento de población restringido, como veremos luego, no lo es para otros, y en particular para México donde la explosión demográfica es tan alarmante. El mismo Martínez Báez terminó su disertación citando la autorizada opinión del conocido sanitarista Smillie, quien en su obra de Medicina Preventiva y Salubridad (1955), dice que si "el crecimiento rápido de la población no es refrenado, la consecuencia será apiñamiento, desempleo, bajo nivel de vida, mal alojamiento, desnutrición, incremento en las enfermedades transmisibles, hambre epicolectiva y guerra".

Decíamos que este problema de la explosión demográfica desde luego no se presenta por igual en los diversos continentes ni en los diferentes países; en algunos el incremento de la población sostiene un equilibrio natural y en otros ha sido previsto y se toman medidas tendientes a controlarlo. Actualmente los países de Europa occidental y la mayoría de los de la oriental tienen una tasa de nacimientos menor aún que la mitad de la tasa mexicana; estos países, juntamente con los Estados Unidos y Japón, presentan un aumento de 1%, y, es más, en algunos de ellos como Bélgica, Hungría, Suecia, Austria, la tasa de aumentos de 0.5%; por consiguiente deberán transcurrir 140 años o más para que su población llegue a doblarse, y entre tanto los avances tecnológicos harían posible inclusive una mejoría en los estándares de vida de sus poblaciones.

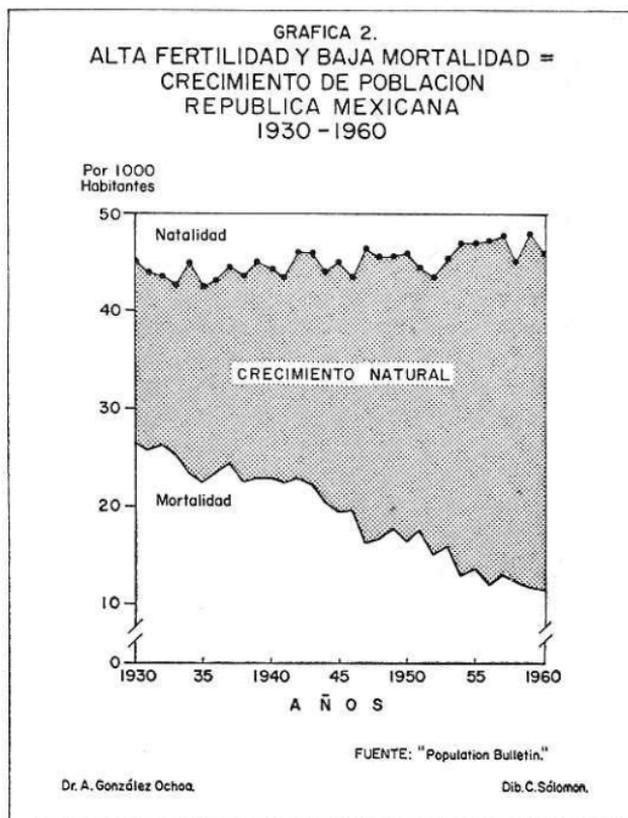
En México, como también asentábamos, la situación es diametralmente opuesta, lo que se deduce de las estadísticas mexicanas, y de los datos tomados de el Population Reference Bureau, principalmente publicados en el "Population Bulletin"*; así como de la Organización de las Naciones Unidas, y de la Office



of Population Research de la Universidad de Princeton. Baste la comparación de las líneas demográficas, (Gráfica N° 1), entre Suecia, una nación altamente evolucionada, y nuestro país, para darse cuenta del pavoroso problema que presenta entre nosotros el aumento natural de la población; en esta gráfica, debido

* Damos las gracias al "Population Bulletin" por habernos permitido tomar algunos conceptos y el material gráfico que presentamos, del trabajo de su Editor, R. C. Cook, México: "The Problem of People" aparecido en el N° 7 del Vol. XX Nov. 1964.

a la falta de datos estadísticos adecuados desde 1760 a 1930, la tasa natural de crecimiento se representa con una línea punteada, por tratarse solamente de un cálculo estimativo, pero a partir de 1930, cuando ya disponíamos de estadísticas fidedignas, el aumento natural de la población se representa por una línea

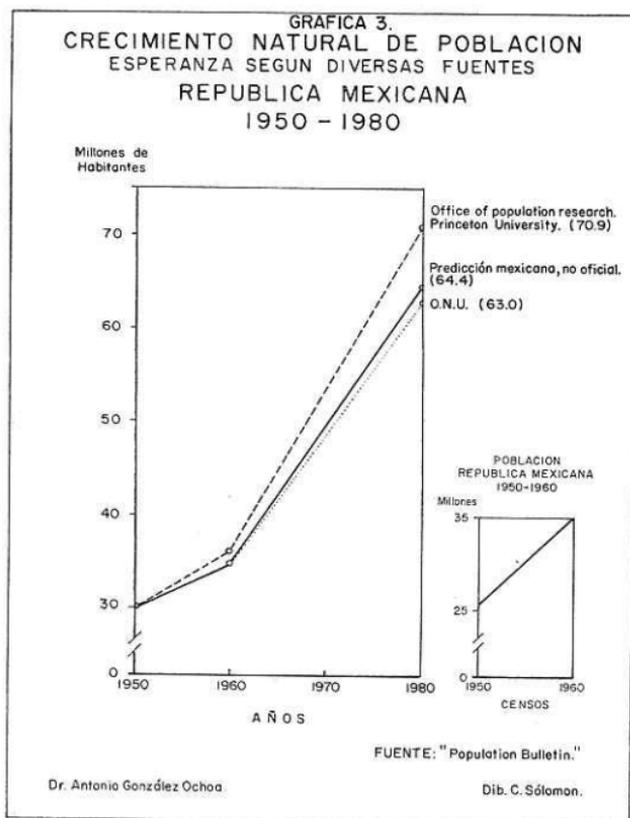


continua. Esas líneas señalan que mientras Suecia ha reducido en una centuria su tasa natural de aumento de población hasta tres cuartas partes, México la ha cuadruplicado tan sólo en 50 años, es decir de 1910 a 1960.

La explosión demográfica mexicana es una de las más altas del Hemisferio Occidental, y apenas superada por unos cuantos países en todo el mundo.

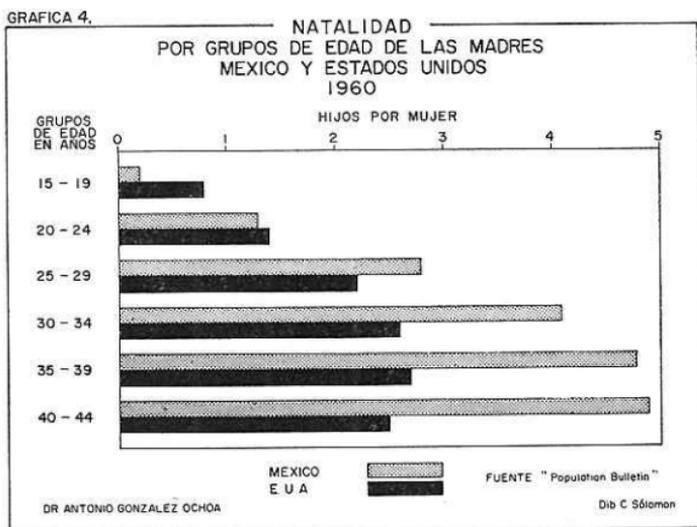
En la Gráfica N° 2 se expresa el enorme crecimiento natural de la población a partir de 1930, crecimiento debido a que la tasa de natalidad no sólo no

ha disminuido, sino que ha experimentado un ligero aumento, siendo un promedio de 45 por cada 1 000 habitantes, mientras que la tasa de mortalidad, en el mismo período, ha descendido de 26.5 por cada 1 000 habitantes en el año de 1930 a 10.5 en 1960. Por consiguiente, esta tasa de crecimiento natural de la po-



blación, actualmente calculada en un poco más de 3.1% al año, hace predecir razonablemente, como se vé en la Gráfica N° 3, que de continuar a ese ritmo, la población de México en tan sólo 15 años, es decir para el año de 1980, será de 60 a 70 millones, ya que la Office of Population Research de la Universidad de Princeton señala una población de 70.900.000 habitantes; la predicción mexicana, no oficial, apunta 64.400.000, y los cálculos de la Organización de las Naciones Unidas preveen 63.000.000.

La Gráfica N° 4 señala de manera espectacular, la tan sobradamente conocida fertilidad mexicana; en 1960 el promedio de hijos nacidos por madre entre las edades de 15 a 44 años fue de 4.9, casi 5, en contraste con la mitad, o sea 2.5, en las madres de los Estados Unidos de Norteamérica; y en la misma gráfica

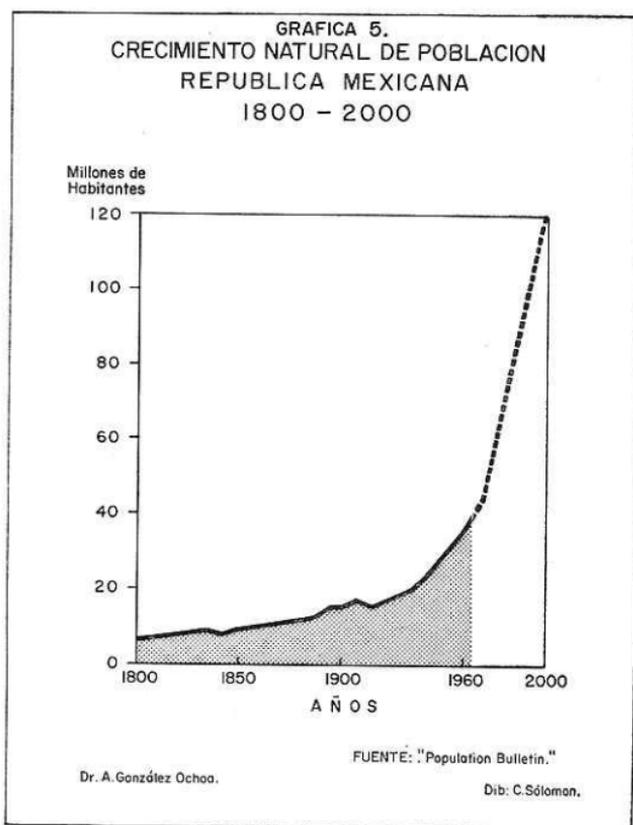


se advierte, lo que también es muy sabido, que la mujer mexicana no controla voluntariamente su fertilidad, sino que continúa su ciclo reproductivo hasta su fin fisiológico.

Esta situación no permite contemporización. Si actualmente las condiciones socio-económicas, sanitarias, y asistenciales en nuestro país distan mucho de haber alcanzado el ideal, ya que con 35 millones de habitantes más de la mitad de nuestra población está enferma o desnutrida, lo que nos espera tan sólo en 15 años es fácil deducirlo de un análisis superficial únicamente de tres de los numerosísimos factores que contribuyen al desequilibrio socio-económico de México.

Hoy en día el 15%, por lo menos, de las familias tienen hambre, según estudios de la Dra. Flores,³ por existir un déficit en las fuentes de trabajo. Partiendo de esta situación, y basando el siguiente cálculo sobre el ritmo en que han venido creándose las fuentes de trabajo en el período 1950-1960, en el que se proporcionaron 12 millones de empleos, no se ve cómo pueda resolverse el problema para el año de 1980, en que una población de 70 millones necesitaría 23 millones de empleos, y aún continuando el déficit se requiere un promedio de 600.000 nuevas fuentes de trabajo anuales.

La formación de nuevas familias requiere actualmente 200.000 casas por año, lo que no ha podido ser resuelto, y año con año aumenta este déficit; si en 1960 solamente se construyeron 60,000 casas de las 200,000 necesarias para ese año, de seguir a ese ritmo para 1970, es decir solamente en 5 años, nos faltarán 2 millones de casas.



Según los "Hispanic American Reports" de la Universidad de Stanford⁴ considerando nuestra población actual tenemos un déficit de 18 millones de hectáreas. Dada la conformación orográfica de nuestro territorio, carencia de agua, erosión de las tierras, sistemas ancestrales de cultivo, etc., etc. obvian los cálculos que por otra parte no presentaremos dada la limitación del tiempo concedido a

este Symposium, para demostrar que de ninguna manera podremos alimentar una población de 70 millones de habitantes para el año de 1980.

Aún estamos muy lejos de resolver tan siquiera el dar agua, aunque no sea potable, a la mayoría de las poblaciones, los problemas del analfabetismo, urbanización, industrialización, comunicaciones y tantos otros derivados de nuestro patrón etnológico y cultural; por lo tanto es evidente que no obstante el desarrollo económico social, logrado a base de tantos esfuerzos y sacrificios, en unos cuantos años se verá nulificado por el desorbitante incremento natural de la población, el que según la predicción de Cook,⁵ aparecida en el Population Bulletin de noviembre del año pasado, "nada, excepto algo parecido a una catástrofe, podrá cambiar el enorme potencial para el crecimiento de la población de México", y, para terminar, permítaseme recordar que ante el eslabón crucial: *po-breza-alta fertilidad, lo que se nos espera es miseria*".

REFERENCIAS

1. Bertrand Russell E.: *Population pressure and War*, The population Crisis and the Use of World Resources. Dr. W. Junk Publishers-The Hague, 1946.
2. Martínez Báez, M.: *Presión de población*, Versión conferencia dictada en el Colegio Nacional, 1964.
3. Flores, A. M.: *La magnitud del hambre en México*, México, 1961.
4. Hispanic American Report: Stanford Univ. Febrero, 1951. Abril, julio y mayo, 1964.
5. Cook C., R.: *México: The Problem of People*, Population Bulletin. 20: 173-203, 1964.

II

NUEVOS PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA*

DR. MIGUEL E. BUSTAMANTE**

ESTAMOS convencidos de que el éxito de los programas de seguridad social, depende de la salud de los asegurados y de la de sus familias, relacionada íntimamente con la de la población general, o sea, en conjunto, con la salud pública.

La seguridad social, que tiene como fin la protección del hombre, proporció-

* Trabajo presentado en la sesión del 14 de julio de 1965.

** Académico Numerario.

nándole atención toda su vida, desde la época prenatal hasta la muerte, con asistencia durante la enfermedad, rehabilitación posterior, compensación en la invalidez y protección en la ancianidad; se basa para realizarse, en el equilibrio económico de la sociedad y de las instituciones encargadas de impedir la indigencia del trabajador cuando por alguna circunstancia, que no dependa de él, deje de percibir ingresos como productor.

Por esa razón, cuando la enfermedad produce gastos excesivos para la curación de un gran número de personas, particularmente cuando es indispensable llegar a la hospitalización y se requieran pagos por incapacidad prolongada, podrá llegar al agotamiento de las reservas de previsión y aún al fracaso de los planes de seguridad y a la bancarrota de un país, ya que, al mismo tiempo que en todas las naciones crece la población asegurada, aumenta el número de niños y jóvenes que deben ser alimentados, vestidos y educados y se eleva el promedio de años de vida, de manera que también crece el número de pensionados al correr de los años, por lo cual las reservas productivas deben ser cuantiosas.

El hecho fundamental es que, al mismo tiempo que debemos buscar la justicia social, necesitamos fortalecer los programas de seguridad y aceptar que todo país, pero ineludiblemente los que tienen una alta morbilidad, deben elaborar y ejecutar planes amplios de medicina preventiva, y deben dar orientación social vigorosa a sus servicios médicos, organizados en forma integral para evitar el fracaso económico, político y humano del sistema de seguridad.

La salud del individuo, con la de la familia y la de la sociedad, son esenciales para el progreso de un país y la medicina moderna, humanista y científica en acción y en esencia, se ocupa de todos los problemas que afectan la vida, lo mismo de los resultantes de las enfermedades transmisibles, que de los padecimientos que son producto de las antiguas, pero sobre todo, de las nuevas condiciones de existencia alteradas por las modificaciones que el hombre ha introducido en el medio físico, unidas a trastornos y agresiones mentales.

Para estar de acuerdo con este nuevo modo de vivir, dentro de la tensión en que nos colocan unos minutos, para tratar de prisa, y con cierta angustia, el tema que se me concedió en este Symposium, dejaré sin tocar problemas básicos de salud en México: viejos que continúan, como el de la desnutrición por la carencia de alimentos adecuados en cantidad y calidad, para gran parte de nuestra población; la persistencia entre las causas principales de muerte, de los padecimientos digestivos y respiratorios y la magnitud de otras enfermedades como las cardiovasculares y el cáncer. Me limitaré, brevemente, a dos graves y crecientes problemas de salud pública, nuevos en dos aspectos: uno, en que los médicos nos debemos ocupar de ellos porque causan alta morbilidad y mortalidad y destruyen la seguridad de la vida social y otro, en que desbordan nuestra esfera de actividad y de trabajo y requieren la acción de otros grupos sociales y de muchas personas

y la educación de los ciudadanos a todos los niveles, cualquiera que sea su actividad.

El primer problema se relaciona con la higiene del medio en las zonas metropolitanas industrializadas y en las zonas rurales, donde se han introducido procedimientos, técnicas y elementos nuevos, antes de educar a los habitantes en los riesgos de su uso. De este tema separaré el de la contaminación del aire en el Valle de México y en algunas zonas rurales de nuestra patria, unidas a diversas intoxicaciones.

El segundo problema, se relaciona con las defunciones producidas por accidentes y de sus grupos principales: a) el de los accidentes en el hogar, b) el de los accidentes en el trabajo y c) el de los accidentes de tránsito. Tomaré el caso de la ciudad de México, y de ésta, un ejemplo: el de las defunciones en la Calzada Ignacio Zaragoza.

Hay otros problemas que cada día afectan más a la salud, y que son diferentes de los que preocuparon a nuestros maestros, pero los dos que presentaré con ayuda de algunas gráficas y cuadros, bastarán para mostrar el tipo de factores patógenos que actualmente interesan a la medicina social, que afectan la seguridad de las comunidades, que hacen perder millones de pesos y que tienen, como denominador común, el de que demandan para su solución, la coordinación de muchos grupos, organismos y personas no educadas en las disciplinas médicas y biológicas y con frecuencia más interesadas en la parte económica que en la humana; además, no corresponden a los organismos oficiales exclusivamente, sino a todos los habitantes.

HIGIENE DEL MEDIO EN LAS ZONAS METROPOLITANAS

Este fue el tema que estudió el Comité de Peritos de la O.M.S. que se reunió en Ginebra en junio de 1964 y a él añadimos, para esta presentación, la higiene del medio en las zonas rurales mexicanas.

Partiendo del hecho de que el crecimiento continuo de las ciudades, es tal vez el mayor problema al que se enfrenta el hombre en la segunda mitad del siglo xx y de que de 1800 a 1950, la población que habita en ciudades de 100,000 o más habitantes ha aumentado casi veinte veces (de 16 millones a cerca de 314.000,000), los peritos de la O.M.S. piensan y nosotros con ellos, que esta afluencia de gente hacia las ciudades va a continuar, por múltiples razones.

La ciudad de México alcanzó a tener de 1524 a 1845, 240,000 habitantes y para 1930, en los 75 años siguientes, había aumentado cuatro veces el total al que llegó en los tres siglos anteriores; después, en los 34 años transcurridos de 1930 a 1964, se multiplicó veinte y cinco veces el número al que se había llegado en 300 años, según datos de la obra "La Ciudad de México" 1952 - 1964, publicada por el Departamento del Distrito Federal.

La salubridad del medio de éste y de cualquier conjunto urbano, depende del aprovisionamiento de agua potable, de la protección de los alimentos, de los transportes, de las viviendas, de los aspectos laborales y recreativos y para nosotros de la destrucción rápida e incesante de los recursos naturales y de la atracción que ejerce la ciudad de México, por contraste con la pobreza e inseguridad rurales y por la concentración industrial. Mencionaremos más adelante con algún detalle, el aspecto de la contaminación del aire.

Para proteger la salud de cada 1,000 habitantes nuevos al año, según el estudio de la O.M.S., basado en datos de 1955 en los Estados Unidos se necesitan:

1. 378,500 litros de agua diarios,
2. Alcantarillado y medios de tratamiento para 77 kilogramos diarios de contaminantes orgánicos del agua.
3. 1,875,000 pesos diarios para luchar contra la contaminación del aire,
4. 48 aulas de escuelas primarias, y 3.6 aulas de escuelas secundarias.
5. Alrededor de 10.000,000 pesos al año para el funcionamiento de esas escuelas.
6. 3.6 hectáreas de terreno para escuelas, parques y zonas de recreo,
7. 1.8 policías y un bombero,
8. Una cama de hospital,
9. Mil libros en las bibliotecas públicas,
10. Una fracción de celda en la cárcel,
11. Más calles con servicios de pavimentación, alcantarillado, conservación, aseo y recolección de basura,
12. Más presupuestos para personal de obras públicas, salubridad, recaudación de contribuciones, recreo, etc.

CONTAMINACIÓN DEL AIRE EN LA CIUDAD DE MÉXICO

La deforestación constante de la cuenca del Valle durante siglos, la desecación de los lagos y más tarde el funcionamiento de calderas en las fábricas y de millares de motores en las calles, han cambiado las características físicas de transparencia y claridad del aire del Valle y su composición química, contaminándola con gran cantidad de polvos, de agentes químicos y biológicos que producen entre 34 y 50 toneladas de partículas por kilómetro cuadrado y por mes.

CADRO I

<i>Material sólido suspendido</i>	<i>Poluyentes sólidos ug/m³</i>				
	<i>México</i>	<i>Cincinnati</i>	<i>Los Angeles</i>	<i>Nueva York</i>	<i>Chicago</i>
	173.00	176.00	265.00	244.00	280.00
Plomo	0.48	1.60	5.20	2.80	2.80
Fierro	0.84	4.50	4.70	5.20	7.90
Cobre	0.52	0.18	0.13	0.30	0.11

Tomado de "La Polución Atmosférica en la ciudad de México". Viniegra, G., 1964.

Los contaminantes sólidos pueden reducirse por medidas relativamente accesibles en pocos años, las segundas a largo plazo. Los efectos patológicos han sido tratados por neumólogos, cancerólogos, alergólogos, epidemiólogos y pediatras sobre todo.

CONTAMINACIÓN DEL MEDIO RURAL

Los plaguicidas, utilizados en agricultura, por sus componentes han producido diversas intoxicaciones, estudiadas y modificadas o controladas en diversos casos por las autoridades sanitarias, con la cooperación de varias Secretarías e instituciones. Como ejemplos de los nuevos padecimientos que necesitan diagnosticar los médicos, citaremos casos de:

Arsenicismo crónico, neoplasia maligna epidermoide de origen arsenical.
Torreón, Coah., agosto de 1954.

Intoxicación colectiva por sulfato de talio.

Por estar mezclado el sulfato de talio con avena, una madre de familia, preparó atole con el producto contenido en unas bolsitas de papel que encontró una de sus hijas, con el resultado de que se intoxicaron dos adultos y siete niños.

Intoxicación por pentaclorofenol, al usarlo para preservar la madera de unos cobertizos para secar tabaco, en Oso y Piaxtla, Sinaloa.

Polución del aire por la aplicación de plaguicidas.

Ocurre con frecuencia la contaminación del aire en zonas rurales, por el uso de plaguicidas esparcidos por avión en forma tan defectuosa, que sólo se aprovecha el 20% del poder tóxico contra los insectos dañinos a las plantas, además de que se emplean en ocasiones, insecticidas técnicos muy costosos y concentrados sin hacer las mezclas apropiadas y poniendo en peligro la vida de los aviadores, agricultores y habitantes del campo.

ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL DISTRITO FEDERAL.
CASO DE LA CALZADA IGNACIO ZARAGOZA

Entre los años de 1930 a 1964 se han eliminado o reducido en la República y en el Distrito Federal, las defunciones por varias enfermedades transmisibles: la viruela, el tifo, la difteria, la poliomielitis, la tifoidea, la tosferina, el paludismo y otras. En tanto que la mortalidad por esas causas ha bajado constantemente, han aumentado los incapacitados o los muertos por accidentes.

Tomamos como ejemplo los de tránsito, estudiados epidemiológicamente por López y Olivares Urbina. Su propósito ha sido: "saber cómo, dónde, cuándo y bajo qué circunstancias ocurren las defunciones por accidentes de tránsito", con el fin de educar a los habitantes y obtener su cooperación para prevenir y reducir el número de víctimas y el de defunciones.

En la Calzada Ignacio Zaragoza que se inicia en el cruce formado por la Calzada Morazán y la calle Emiliano Zapata y termina en el kilómetro 18.2 en el límite con el Estado de México, murieron de 1959 a 1964 por accidentes de tránsito 279 personas.

En el Distrito Federal en el mismo lapso (cuadro II), el total fue de 4,937 defunciones. Sólo tomamos de los datos de Olivares, los de las personas muertas en el lugar, sin contar con los fallecidos más tarde y no insistiremos en los lisiados, ni en los sufrimientos de las víctimas, sus familiares y sus amigos y en las pérdidas económicas concomitantes.

CUADRO II

DISTRIBUCION ANUAL GLOBAL DE LAS DEFUNCIONES POR ACCIDENTES DE TRANSITO EN EL DISTRITO FEDERAL, 1959 A 1964

<i>Año</i>	<i>Defunciones</i>	<i>Tasa × 100.000</i>
1959	778	7.8
1960	703	7.5
1961	820	8.2
1962	841	8.4
1963	855	8.5
1964	940	9.4
Total	4 937	
M	823	

M = Promedio.

Datos proporcionados por el Dr. Carlos Olivares Urbina.

De las tres calzadas más peligrosas del D. F., (cuadro III) la de Zaragoza es la más llena de tragedias: el 81.7% de las defunciones fue de hombres y el 18.2% de mujeres; en las edades más productivas: 33 personas de 30 a 34 años y 33, de 35 a 39; estaban casados 131 víctimas del tránsito; 73 eran menores de edad y trece de ellos eran preescolares (cuadros IV, V, VI, y VII).

CUADRO III

DISTRIBUCION ANUAL DE LAS DEFUNCIONES OCURRIDAS POR ACCIDENTES DE TRANSITO, EN LAS TRES CALZADAS MAS PELIGROSAS DEL DISTRITO FEDERAL, 1959 A 1964

<i>Calzada</i>	1959	1960	1961	1962	1963	1964	TOTAL
Ignacio Zaragoza	33	37	41	44	60	64	279
Tlalpan	52	19	28	35	27	29	190
De la Viga	20	25	12	17	10	13	97

Datos proporcionados por el Dr. Carlos Olivares Urbina.

CUADRO IV

DISTRIBUCION ANUAL DE LAS DEFUNCIONES POR ACCIDENTES DE TRANSITO EN LA CALZADA IGNACIO ZARAGOZA SEGUN EL SEXO, 1959 A 1964

<i>Año</i>	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>
1959	27	6
1960	27	10
1961	37	4
1962	34	10
1963	49	11
1964	54	10
Total	228	51
	81.7%	18.2%

CUADRO V

DISTRIBUCION ANUAL DE LAS DEFUNCIONES POR ACCIDENTES DE TRANSITO EN LA CALZADA IGNACIO ZARAGOZA POR GRUPOS DE EDAD, 1959 A 1964

<i>Edad</i>	1959	1960	1961	1962	1963	1964	TOTAL	%
Menores de 5	2	3	0	2	0	5	12	4.3
5 a 9	2	3	1	1	2	8	17	6.0
10 a 14	2	0	3	1	2	6	14	5.0
15 a 19	2	1	3	3	11	2	22	7.8
20 a 24	1	3	6	5	7	5	27	9.6
25 a 29	2	1	5	3	5	4	20	7.1
30 a 34	3	5	4	9	5	7	33	11.8
35 a 39	7	4	4	4	7	7	33	11.8
40 a 44	5	1	4	4	10	8	32	11.4
45 a 49	0	1	5	6	4	3	19	6.8
50 a 54	0	3	1	2	2	3	11	3.9
55 a 59	3	3	1	1	2	2	12	4.3
60 a 64	2	1	1	1	2	2	9	3.2
65 a 69	1	2	1	0	0	1	5	1.7
70 ó más	0	4	1	2	1	1	9	3.2
Se ignora*	1	2	1	0	0	0	4	1.4

* El acta no consigna datos.

CUADRO VI
DISTRIBUCION ANUAL DE LAS DEFUNCIONES POR ACCIDENTES
DE TRANSITO EN LA CALZADA IGNACIO ZARAGOZA
SEGUN EL ESTADO CIVIL, 1959 A 1964

<i>Estado civil</i>	1959	1960	1961	1962	1963	1964	TOTAL	%
Mencres de 21 años	9	7	10	8	16	23	73	26.1
Solteros	4	3	5	7	15	13	47	16.8
Casados	14	24	23	22	27	21	131	46.9
Viudos	1	0	1	4	0	2	8	2.8
Se ignora*	5	3	2	3	2	5	20	7.1

* El acta no consigna datos.

CUADRO VII
DISTRIBUCION ANUAL DE LAS DEFUNCIONES POR ACCIDENTES
DE TRANSITO EN LA CALZADA IGNACIO ZARAGOZA
SEGUN LA OCUPACION, 1959 A 1964

<i>Ocupación</i>	1959	1960	1961	1962	1963	1964	TOTAL	%
Empleados	3	4	5	3	4	10	29	10.3
Obreros	2	2	5	3	11	4	27	9.6
Escolares	4	3	3	2	2	11	25	8.9
Comerciantes	4	6	2	6	3	3	24	8.6
Amas de casa	2	4	2	7	6	2	23	8.2
Albañiles	1	3	3	1	4	2	14	5.0
Prescolares, menores de 6 años	2	3	0	2	1	5	13	4.6
Mecánicos	0	0	0	3	4	3	10	3.5
Campesinos	0	0	3	3	1	2	9	3.2
Domésticas	0	1	1	1	1	2	6	2.1
Carpinteros	2	0	1	1	1	1	6	2.1
Choferes	0	1	3	0	0	2	6	2.1
Cargadores	1	0	4	0	1	0	6	2.1
Otros*	6	6	7	9	17	11	56	19.9
Se ignora**	6	4	2	3	4	6	25	8.9

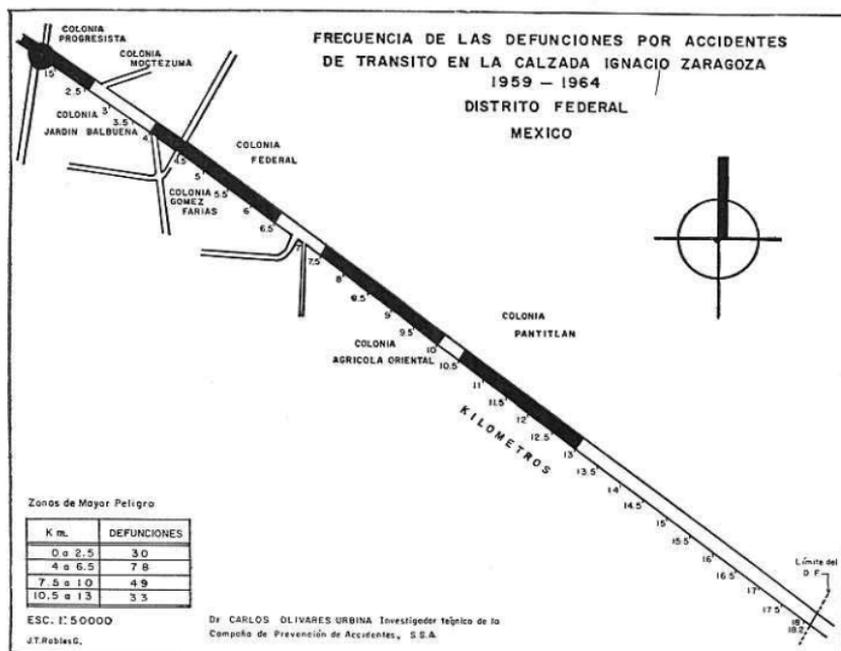
* Aseadores de calzado, carteros, repartidores, etc.

** El acta no consigna datos.

CUADRO VIII
DISTRIBUCION ANUAL DE LAS DEFUNCIONES POR ACCIDENTES
DE TRANSITO EN LA CALZADA IGNACIO ZARAGOZA
SEGUN LA CLASE DE USUARIO: VIA PUBLICA,
1959 A 1964

Usuario vía pública	1959	1960	1961	1962	1963	1964	TOTAL	%
Peatones	27	23	24	31	43	50	198	70.9
Usuario: vehículos	5	10	11	6	13	9	54	19.3
Ciclistas	1	1	4	3	4	1	14	5.0
Choferes	0	3	2	3	0	4	12	4.3
Motociclistas	0	0	0	1	0	0	1	0.4

Los peatones perecieron en número de 198 o sea el 70.9% y las horas más peligrosas fueron las de las 19 a las 20, así como las de 6 a 7 y de 10 a 12 de la mañana. Los días: desde el sábado hasta el lunes, son especialmente mortíferos, y en el 26.7% de los accidentes los causantes, fueron los automóviles particulares, seguidos por los autobuses foráneos en el 12% y los autobuses urbanos en el 10.9% de los casos.



El esquema de la Calzada (véase gráfica) señala, con los datos anteriores, que la construcción de puentes para el paso de peatones, la colocación de señales para obligar a reducir la velocidad de los automóviles y aun de los odiados semáforos, reducirán el número de muertes que son en su mayoría trabajadores con familia, o niños, obligados diariamente a cruzar diez pistas.

El automóvil que ha cambiado la vida de millones de gentes, que constituye un símbolo de prestigio y un proyectil, desdeñado por los peatones mientras no lo poseen y utilizado, como demostración de fuerza y poder por la mayoría de los que lo manejan, ha ahogado poco a poco a las ciudades que él hizo crecer y cobra su tributo diario de sangre y sufrimiento.

CONCLUSIÓN

El médico tiene que examinar cuanto ocurre en contra de la vida y de la salud; tiene que luchar por ellas, y ahora, necesita del concurso de autoridades y maestros, de profesionales y obreros, de vecinos del campo y de la ciudad. Tiene que pensar y actuar como una parte de la sociedad, interesado en ella y en su progreso y debe aceptar la grave responsabilidad de educar y de emplear la higiene mental. La mayor parte de los males que pasan a ocupar los primeros lugares en la mortalidad son resultado de la ignorancia del hombre que ha contaminado la tierra, el agua, el aire y la mente y altera el medio ambiente, no ya para su protección sino para su daño.

Pero no somos pesimistas, estamos inconformes con cuanto haga daño al hombre, pero compartimos el pensamiento de René Dubos, que en su libro: "El espejismo de la salud" escribió: "el hombre no puede esperar encontrar otro paraíso en la tierra, ya que el paraíso tiene un concepto estático, mientras que la vida es evolución dinámica. El hombre no puede evitar el peligro más que renunciando para ello a la aventura, abandonando todo lo que ha dado a la condición humana su carácter único y su genio propio en medio de los demás seres vivos".

"La tierra no es un lugar para el descanso. El hombre debe combatir no ya para él mismo, sino para avanzar hacia el progreso activo, intelectual y moral, que persigue eternamente. Crecer en medio del peligro es el destino de la raza humana, porque ello es la ley del espíritu."

"En el mundo de mañana, como en el de ayer", —agrega René Dubos— "la salud dependerá de la actividad creadora del hombre, y de su aptitud para hacer frente a las situaciones imprevisibles, a las que se halla y se hallará expuesto, en un medio en transformación permanente"

REFERENCIAS

- Bustamante, M. E.: *Organización Sanitario-Asistencial de la Medicina como función social*. Salub. Públ. de México. Epoca V, III: 19-60, 1961.
- Cantellano, Alvarado y Viniegra Osorio, G.: *Consideraciones generales sobre polución atmosférica*. Boletín de la Dirección de Higiene Industrial. México, 1957.
- Cantellano, Alvarado, L.: *La industria polvosa en la ciudad de México*. Segundo Congreso Mexicano de Salud Pública. Boletín de la Dirección de Higiene Industrial. México, 1963.
- Flores Talavera, R. y Bustamante, M. E.: *Salud pública y desarrollo económico y social*. Salud Públ. Méx. Epoca V, V: 777-791, 1963.
- Gutiérrez Bález, X. y Escobar Márquez, R.: *Efectos de la fracción orgánica de los poluyentes atmosféricos sólidos de la ciudad de México. (Experimentación en ratones)*. Segundo Congreso Mexicano de Salud Pública. Boletín de la Dirección de Higiene Industrial. México, 1963.
- Mora Elizondo, H.; Viniegra, G., Gálvez, H.; Antopia Orta, L. y Salazar, R.: *La contaminación del aire en la ciudad de México*. Segundo Congreso Mexicana de Salud Pública. Boletín de la Dirección de Higiene Industrial. México, 1963.
- Olivares Urbina, C.: *Los accidentes de tránsito en el Distrito Federal, desde el punto de vista de la Medicina Preventiva y la Sociología Médica*. Tesis recepcional. Facultad de Medicina. U.N.A.M., 1960.
- Olivares Urbina, C.; López G., F. y Redondo E., C.: *Frecuencia de los accidentes de tránsito en el Distrito Federal*. Boletín Epidemiológico, S. S. A. Abril-mayo-junio. XXIV 2, 32-37, 1960.
- Olivares Urbina, C.: *Defunciones por accidentes de tránsito en la Calzada Ignacio Zaragoza, de México, D. F.* Salud Pública de México. Epoca V, VI: 985-902, 1964. V, 6, 985-902.
- Olivares Urbina, C.: *Los accidentes de tránsito*. Boletín del Consejo Nacional Técnico de la Educación de la S.E.P. VII, 3: 3, 1964.
- Olivares Urbina, C.: *Prevención de accidentes de tránsito*. Informe 1958-1964. Campaña de prevención de accidentes. Dirección de Epidemiología, S. S. A. México, D. F. 1964.
- Olivares Urbina, C.: *Defunciones por accidentes de tránsito en el Distrito Federal*. Sal. Públ. de México, Epoca V, VII: 75-81, 1965.
- Olivares Urbina, C.: *Defunciones por accidentes de tránsito en la Calzada Ignacio Zaragoza de México, D. F.* Folleto de la Campaña contra los Accidentes. Dirección de Epidemiología, S. S. A. México, D. F., 1965.
- La polución atmosférica en la ciudad de México*. Informe presentado al C. Presidente Lic. Adolfo López Mateos. México, D. F., 1964.
- Viniegra, G.: *La polución atmosférica en la ciudad de México*. Folleto de la Dirección de Higiene Industrial. S. S. A. México, D. F., 1964.
- Viniegra Osorio, G.: *Factores climáticos y polución atmosférica en el Distrito Federal*. Symposium "El raquitismo. Un problema que renace". Memorias del Symposium Asociación Médica del Hospital Infantil. México, D. F., 1963.
- Viniegra Osorio, G.; Bravo, A. H. y colaboradores: *Informe preliminar acerca de la polución atmosférica*. La Prensa Médica. México, D. F., 1959.
- Viniegra, G.; M. Escobar Márquez y Siere, S.: *Intoxicación por pentaclorofenol en Oso y Piaxtla, Sin.* Salud Públ. México. Epoca V, VI, 5, 915-920, 1963.
- Viniegra, G. y Escobar Márquez R.: *Intoxicación por sulfato de talio (Estudio epidemiológico)*. Folleto de la Dirección de Higiene Industrial, S. S. A. México, D. F., 1964.

III

LA MEDICINA DEL TRABAJO Y LA SEGURIDAD SOCIAL*

DR. UBALDO ROLDÁN V.**

EL TRABAJO del hombre, considerado antiguamente como un castigo unas veces, o como tarea propia de esclavos en otras ocasiones, y en ambos casos como acto ajeno al genio creador de la especie, con el transcurso del tiempo ha debido tomar un lugar en la evolución positiva de los pueblos que, por medio del mismo han logrado metas insospechadas.

El trabajo fue dignificándose, también, con el adelanto de las doctrinas filosóficas y, desde otro punto de vista, las grandes conflagraciones que han asolado al mundo han dejado siempre una estela de inválidos, lo que ha llevado al deseo de aprovechar mejor la actividad de la gente sana.

Es así como la noción contemporánea sobre el trabajo se define como la primordial e indeclinable función social del hombre y que esta función eminentemente positiva y creadora, es la única que rige el progreso de las naciones.

Las ciencias médicas y biológicas, dedicadas de tiempo inmemorial al tratamiento y recuperación de la salud del individuo enfermo, trabajador o no, se orientan actualmente en el estudio y práctica de los mejores medios de conservar la salud y de prolongar la vida.

Siendo tan importante la función social que realiza el hombre que trabaja y dedicando, por otra parte, a esta actividad positiva, cuando menos una tercera parte de las horas del día, desde la adolescencia y durante el mayor número de años compatibles con la salud, es natural que la Medicina y la Biología hayan tenido que orientar su acción en favor de la gente que trabaja; así ha nacido la Medicina del Trabajo.

Como la Medicina en general, la Medicina Laboral se dedicó en un principio a conocer las dolencias derivadas de la actividad del hombre y transcurrieron muchos siglos en tal investigación paciente y detallada en pos del pleno conocimiento de esos daños, con el propósito de atenderlos y remediar el estado precario del organismo dedicado a duras faenas.

Más tarde, se atendió vehementemente, con un acendrado espíritu de justicia social, a la responsabilidad que correspondía al empleador o patrón, en la aparición, evolución y resultado de tales daños, derivándose de esto, apenas en

* Trabajo presentado en la sesión del 14 de julio de 1965.

** Académico Numerario.

los años anteriores al del siglo actual, una amplia legislación protectora de la mano de obra cuando era víctima de infortunios o de enfermedades. No se discute ya que en virtud de la teoría del riesgo profesional, todas estas lesiones y padecimientos, graviten sobre la economía de las industrias y, en general, de los patronos.

Mas la Medicina del Trabajo no se ha detenido. Del conocimiento de la enfermedad ha tenido que ir en busca de las mejores condiciones dentro de las cuales debe realizarse el trabajo humano, sin mengua para el cabal estado de salud, de manera que el trabajo ya no represente un castigo desquiciante para el buen funcionamiento orgánico, sino que sea el medio sano para lograr una justa compensación o salario, a condición de que tal actividad esté ligada a alcanzar o a contribuir al logro de una obra de interés social.

Con tal criterio, en el momento actual se multiplican las instituciones y los equipos que buscan el desarrollo armónico del trabajo sin perturbación de la salud en el trabajo, reduciendo la peligrosidad de éste, como base para el mejor rendimiento.

No hace muchos años aun, el maquinismo industrial, sustituto del trabajo a domicilio, más productivo al crear artículos diversos en gran escala, significó el desproporcionado aumento de los accidentes ocurridos en el trabajo. Ahora se tiende mejor a adaptar la maquinaria al hombre, pensando siempre en la mejor organización científica del trabajo, como base de la ergonomía.

Al propio tiempo, se exploran mejor, desde el punto de vista somático y mental, las diversas facetas de la constitución humana, para descubrir las aptitudes, las tendencias, las inclinaciones y la potencialidad de cada individuo, con el objeto de realizar una verdadera acción orientadora hacia la actividad que esté más en consonancia con la propia constitucionalidad.

En otro orden de actividad, siempre conectada con la Medicina de los trabajadores, las normas, los planteamientos y los consejos de protección individual y colectiva durante el trabajo, forman en el momento actual todo un capítulo, de los más fecundos, para procurar la mayor seguridad y las mejores condiciones higiénicas durante el acto que se desarrolla en el taller, en la fábrica, en el campo, en el gabinete, etc., siempre en función de la conservación de la vida y de la salud.

Estas facetas de la Medicina del trabajo adquieren un auge evidente e insospechado, con el advenimiento de los regímenes de seguridad social. Toda esta labor que requiere la intervención técnica de los estudiosos de las más variadas disciplinas, en equipo, difícilmente podrían llevarse a cabo si se ejerciera aún la medicina individualista.

La Seguridad Social ha recibido toda la experiencia anterior de la Medicina

del Trabajo que le facilita los principios y los medios para una adecuada atención y para la protección de la clase trabajadora que es precisamente a la que está dedicada, vista su débil condición económica.

El concepto indiscutible del riesgo profesional, las peculiaridades del accidente de trabajo y las características inherentes a la enfermedad profesional, el concepto ya definido sobre protección de la salud del trabajador, la fisiología del trabajo, la justa compensación de las secuelas patológicas derivadas del trabajo y aun los más recientes conceptos acerca de la rehabilitación profesional, constituyen todo un acervo que es ya del dominio de la Seguridad Social, que considera y aplica dichas nociones y orientaciones en forma positiva e inmediata y es, a no dudar, base inequívoca de las más altas funciones de la seguridad social.

Cuando esta rama codifica la peligrosidad de los centros de trabajo, como ocurre en el país, al clasificar las empresas y señalar el grado de riesgo para el seguro de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, con base en estadísticas que son del dominio de los sectores interesados, fundadas en los conocimientos antes señalados, fortalece asimismo a la propia Medicina del Trabajo y a sus proyecciones futuras, al transformarse en un organismo de inmediata aplicación de todas sus ramas.

El paso siguiente debe ser, a no dudar, una mejor vinculación entre la Seguridad Social y la Medicina del Trabajo, que permita, sobre todo en nuestro medio, el mayor desenvolvimiento de la rama que estudiamos, explorando hasta los últimos detalles las características del individuo como trabajador, siempre en función de su mejor seguridad y con el más amplio concepto de bienestar social.

IV

AVANCES EN SALUD MENTAL*

DR. EDMUNDO BUENTELLO**

ES SORPRENDENTE el progreso que el correr de los años y la evolución de las ciencias sociales han traído para modificar paulatinamente el concepto de Salud Mental. Los viejos tiempos en los que la entonces llamada Higiene Men-

* Trabajo presentado en la sesión del 14 de julio de 1965.

** Académico Numerario.

tal se comprendía como parte de la curación de las enfermedades mentales y en parte como profilaxis predominantemente individual, pasaron hace mucho tiempo. Además de tales factores que siguen vigentes, la influencia de los especialistas, los acuerdos obtenidos en los Congresos Internacionales de esta disciplina, los trabajos también en México de Erich Frömm, Alfonso Millán, y otros cuantos incluso el suscrito, así como los autores de libros recientes sobre el particular, han logrado conceptos que vale la pena señalar para establecer los precedentes necesarios:

Dice Frömm: "La Salud Mental se caracteriza por la capacidad del hombre para amar y crear, por el hecho de que se puede librar de las ligas atávicas con su tribu y con su tierra; porque se puede experimentar a sí mismo como sujeto inteligente que toma la realidad tanto dentro como fuera de sí, por medio del desenvolvimiento del amor, la objetividad y la razón". El mismo autor dice que Salud Mental es el estado y forma de ser de quien se ha adaptado mejor al tipo de personalidad que exige su sociedad, y tal adaptación le agrade.

Por mi parte, hace años considero que la Salud Mental sólo puede entenderse reuniendo de manera integral cuatro aspectos: Somático, Mental, Social y Trascendente. El existencialismo de Frenkel substituye el 4º concepto nuestro, por el "modo de la existencia", pero adopta los otros tres llamados por él, "raíces", y por nosotros "dimensiones".

Se dice de la Ley, que es el resultado de la sabiduría humana obrando sobre la experiencia humana. En la Salud Mental, acontece otro tanto. En la conducta humana, es necesario considerar una gran cantidad de factores, pensados por cerebros de primera categoría, capaces de hacerlo, estableciendo reglas mínimas sobre la experiencia de siglos en muy diversas civilizaciones, que se interactúan desde el punto de vista del hombre contemporáneo. Establecida la Ley, el Código Moral, y la Educación, (entendida ésta última como la ciencia que proporciona al individuo los elementos necesarios para que su conducta sea conveniente y útil para sí mismo y para los demás), encontramos que también la Salud Mental requiere para su comprensión y orientación, a la sabiduría humana actuando sobre la experiencia humana.

La forma en que las innovaciones en Salud Mental influyen en la Seguridad Social y son consideradas en estos aspectos, merece algunas ejemplificaciones. Por ejemplo en lo que se refiere a la Psicología Juvenil conviene recordar que se ha venido estudiando con especial empeño y observando que las dificultades adaptativas dependen de que hay dos fuerzas solicitantes en los jóvenes: unas, las paradigmáticas; otras, las de ajuste eficaz actualizante. Las primeras se hunden en el pasado, se revaloran de continuo, y son arquetipos de conducta que tienden a la resistencia conservadora: son la tradición; y al mismo tiempo, son y han sido siempre el blanco de los ataques juveniles. Son en cierto modo las

estimuladoras y generadoras de la actitud de reto ante el pasado, pero son también la historia, y las raíces.

Otras fuerzas, las de modernidad, buscan las energías y las tendencias actuales. Están menos orientadas por los principios éticos, y más en cambio por el ajuste de selección de cauce. En cierto modo son también paradigmáticas, pero parecen como más racionales.

Lo anterior, que expresa la lucha secular entre una generación y otra, y al mismo tiempo aparece como un factor de la psicología de las relaciones humanas vistas ahora desde el elevado minarete de las ciencias sociales en confluencia, es solamente una muestra de los mecanismos sociológicos, económicos, médicos, psiquiátricos, pedagógicos, que tiene que manejar hoy día la Salud Mental, la que por algo impulsó hace muchos años en el terreno práctico el pedir la aportación de los diversos especialistas en cada ramo, para tratar de comprender mejor los objetivos que a ella le son propios.

Uno de los más recientes adelantos de las cambiantes ciencias sociales es el descubrimiento riguroso de lo que antes apenas si se sospechaba; el grado en que las predisposiciones humanas para conducirse de manera específica, son influidas por pequeños grupos, o por meros ambientes de vecindad (Suderland). En un grupo la respuesta será determinada por el papel total, el rol. En cambio, las personalidades formantes pueden cambiarse, substituirse, incluso una por otra, sin que ello influya sobre el rol, la tarea, o la dirección de la conducta global. Ya los griegos navegantes sabedores de la importancia de la obra emprendida, decían: "navigare necesse est, vivere non est necesse". Navegar, llevar a buen término la empresa colectiva, es necesario; la vida de cada marinero individualmente, no es tan valiosa con todo y ser una vida humana. Hay ejemplos modernos y recientes de post-guerra. Por ejemplo: si se le pide a un grupo prisionero que repudie a su patria, rechaza la idea con indignación; insistiendo, esperando, haciendo presiones y pequeñas concesiones y paulatinamente aumentado el juego de las privaciones y las concesiones sobre los valores, se obtienen resultados. Cuando criticamos en grupo a otros, nuestra conciencia empieza a desdoblarse: una porción permanece fiel a sus valores y tradiciones previas; pero otra porción parece arrastrada por la intensidad de la crítica, y en vez de fidelidad a un país, raza, religión o costumbre, aparece tibiamente primero y más fuertemente después, un conjunto de hechos colectivos de resistencia (el opio del pueblo, los judíos, los banqueros, el gobierno tal, la autoridad cual, etc.), que favorecen rápidamente ese desdoblamiento.

Tratando a otros como culpables o deshonestos, parecemos (el grupo) crecer en honestidad, personalidad, vigor y virtud, así como un poco víctimas de rigores sin justificación. Pero rigor y privaciones son ahora cosas que "vienen de

fuera", y la responsabilidad de lo mal hecho ya no parte del YO original, individual o social.

Tanto la Psicoterapia, como la educación y más aún la reeducación se desenvuelven primero proponiendo normas, que sabemos que no se van a adquirir y aceptar desde el principio. Parece haber casi siempre resistencias iniciales, como si hubiera violación parcial de un ser que niega su intimidad, sea también este ser individual o de grupo. Sabemos ahora que para estas tareas, es necesario irnos aproximando en varios tiempos y lugares con satisfacciones y privaciones alternantes de valores y situaciones. De aquí derivan muchas consecuencias, que antes pasaron como meras observaciones casuales. Por ejemplo la costumbre romana de tratar asuntos importantes en las termas, la mexicana de cerrar negocios en las cantinas o cuando menos en torno a una mesa, parecen facilitar el vencimiento de barreras que en tiempo y lugares diversos serían más difíciles de dominar. Los problemas son los mismos, pero la forma de aproximación, tiempo, modo, fuerza, elementos de tradición o de costumbre, variaron.

Manipulamos el dolor, la incomodidad, corporales, intelectuales o emocionales, originales; y estos factores, por ejemplo en la educación de los niños, van atenuándose mediante el paso del tiempo, la costumbre, la fuerza de la enseñanza y la autoridad, profundizándose en ellos a medida que se internalizan. Otro ejemplo de lo indicado, sucede con las leyes, las normas ético-sociales, las costumbres, los patrones de reacción de grupos y comunidades, y también lo que llamamos los principios. Así se hacen más prontos a corresponder y a vibrar, de acuerdo con las circunstancias externas y con las oportunidades, sean la capacidad, la rectitud, el conocimiento, y más adelante también los más complejos resultados de lo social, lo político y de la creencia.

De la misma manera conviene ahora considerar problemas de Salud Mental conceptuados desde el punto de vista político en sus modernas proyecciones teóricas, y para México. Después de que Freud irrumpió a través de las barreras inconscientes de los convencionalismos, y trajo oscuros continentes de datos a la luz de la investigación, el sociólogo empezó a aprender algo más acerca de la personalidad humana, lo que quiere decir que el enfoque psicopatológico trascendiendo las fronteras de esa primitiva ciencia, se aplica ahora a lo social y obtiene conclusiones. De unas cuantas de ellas trataremos someramente.

La teoría prevaleciente, es la de que los hombres que toman decisiones importantes en política pueden ser instruídos en un cada vez más juicioso empleo de su mente, mediante entrenamiento disciplinado en las prácticas del pensamiento lógico, y se supone que la instrucción legítima moldea a la mente para ciertos modos de entenderse con las cosas del mundo, de tal manera que se subordine el capricho, al principio. De esta manera la instrucción formal del

hombre moderno en las ciencias sociales, trata cada vez más de equipar a la mente en la consideración económica de los resultados y consecuencias sociales, lo que requiere a su vez amplia dosis de conocimiento de sí mismo, para reducir los propios prejuicios y alienaciones, según afirma Lasswell recientemente. El propio autor, de manera novedosa nos explica que nuestra fe siempre presente en la lógica no puede seguirse sosteniendo, y que la suposición de que las aberraciones emocionales habrían de vencerse con dosis heroicas de pensamiento lógico, es un error. Según él, la falta de lógica eficaz es síntoma de una enfermedad que los esfuerzos mismos de la lógica no pueden curar con su propia técnica. Por este motivo considera que habría que buscar otra técnica fuera de la estrictamente lógica, para librar a la personalidad humana de lo que llama él las compulsiones invisibles.

Piensa que hay muchos medios de usar la mente humana, y que la lógica es sólo uno de ellos, habiendo otros como el uso de la libre fantasía, cuya superioridad ha permitido las grandes concepciones y realizaciones del arte y de los artistas de todos los tiempos. Otro es el uso de la intuición, medio conocido y propugnado por autores y filósofos entre otros H. Bergson que le dio gran relevancia.

Nos importa por lo mismo establecer los nuevos enfoques que la sociología y la política, así como la moderna planeación, han venido imprimiendo a la Salud Mental. La primera resultante es lo que puede llamarse el principio del Bienestar Organo-Social Integral. La prosecución del bienestar de un individuo, la lucha frente a sus síntomas, la labor de análisis de las causas, el intento de librarlo de complejos y tensiones, no basta. Es necesario además, estudiar con detenimiento las fuerzas de inter-psicología que partiendo del individuo se dirigen hacia o contra lo social, y aquellas que partiendo de la sociedad, buenas o malas, como enseña Frömm, actúan sobre o contra el individuo. Por tales motivos el bienestar que se persiga tiene que ser integral y estructural, no solamente el orgánico, tampoco el psicológico individual, sino tratando los casos con todos los intereses que intervienen en sus diversas modalidades.

Un ejemplo puede extraerse del estudio de la Psicología Industrial. Tanto los sectores estatales como los Patrones han ido entendiendo que en sus cálculos no deben limitarse dentro de la empresa a los llamados "costos privados", sino extenderse a los "costos sociales" y muchas organizaciones lo toman ya en cuenta en nuestro país, como se viene haciendo en naciones que nos llevan ventaja cultural y económicamente hablando. Quiere decir que si en la organización de un negocio cualquiera es necesario tener en cuenta el bienestar individual, físico, psíquico y funcional del trabajador, al mismo tiempo que sus necesidades de relación con los demás, resultando el hecho de que la empresa tenga que

cuidar la coordinación de los diversos tipos de personalidad, calcular los tiempos de trabajo, de reposo, de diversión y las variables en cada uno de ellos, sabiendo que tal previsión dará una resultante de gran mejoría en la cantidad y la calidad de trabajo real productivo; con tanta mayor razón tendrá que hacerse algo similar en la relación individuo-mundo circundante, no solamente en su medio industrial y de trabajo, sino en todos los demás sectores que continuamente influyen en la práctica y verdadera vida de cada ser humano en el seno de su colectividad total.

Principio del Trabajo Satisfactorio. Es bien sabido, aunque poco aplicado, el hecho de que el trabajo tiene que ser algo más que una producción ciega, pues se requiere que cada hombre sepa y ame los objetivos de lo que hace, la finalidad y utilidad de sus tareas, para que el trabajo sea realmente satisfactorio para él y para los demás. Hace años que en la industria se ha comprendido que no basta la recompensa financiera sino que se requieren además los estímulos, las realizaciones personales, las ayudas morales y la coparticipación en ideas en finalidades. Si tal principio ha sido puesto en marcha como absoluta necesidad proclamada por la psicología industrial, cuyas miras son fundamentalmente en el sentido de la mera filosofía de la producción, cuánto más no será necesaria su aplicación en todos los demás sectores que conectan al individuo no sólo con un trabajo sino con los distintos núcleos sociales a los que pertenece permanente o esporádicamente.

Principio de la Actitud de Seguridad Integrada. Es decir reuniendo las aspiraciones de la seguridad personal, las necesidades elementales, con algo del sentido y teleología de sus acciones, y también como enseña Bertrand Russell, con algo del espíritu de aventura en la vida, y con aspiraciones de una mayor cultura profesional y general. Ya el suscrito en un trabajo presentado ante la Academia de Ciencias Penales, planteó lo discutible del Principio de Seguridad como mecanismo de explicación de irregularidades de conducta, (y remito a los interesados al número 1, Año XXVIII de la Revista Criminalista, publicada con fecha 31 de enero de 1962). Sin embargo desde el punto de vista práctico es necesario seguir tomando en consideración este factor, dentro de límites razonables.

Principio de las Formas Nuevas de Libertad. Para fines de progreso técnico, se viene entendiendo este principio en el aspecto industrial y de trabajo, no con la limitación anterior de una mera libertad de inversión o aún de especulación de acuerdo con las leyes del país de que se trate, sino que es la libertad de contribuir a una mejor educación general, la orientación correcta de quienes la necesitan, a la lucha contra la insalubridad, tugurios, vicios sociales y limitaciones

e inhabilitaciones de quienes forman un conglomerado social. Es evidente que esta libertad es al mismo tiempo que un derecho, una serie de deberes para con los demás. Lo mismo que en los casos anteriores no es posible limitar la aplicación de este principio al círculo del trabajo, de la industria y del comercio, sino que tiene que hacerse extensivo a todas las fuerzas, estatales o particulares, de un núcleo humano.

Principio de la Necesidad de Orientación Individual y Social. Se entiende como el deber de una comunidad para que, por parte del grupo o por parte del Estado, exista un sistema de capacitación que permita la ejecución de una *Tarea Creadora*, en la sociedad y sitio en que cada quien actúa. Este medio e instrumento, o principio, como quiera llamársele, lo mismo que los anteriores, debe irse aplicando paulatinamente por parte de todos aquellos que luchan en pro de la Salud Mental, considerando que la tarea debe unir los esfuerzos oficiales y particulares, pues hace ya tiempo que se comprende la necesidad del trabajo por equipos seleccionados.

Al lado de estos principios, que considero deben tenerse en cuenta en una *Planeación* de la Salud Mental en nuestro medio, y que contemplan aspectos bio-sociales, basados en datos concretos de la sociología moderna, veamos ahora rápidamente lo que opina el biólogo puro. Dice Edmund W. Sinnott, en su "Biología del Espíritu", que en la naturaleza hay algo que podríamos llamar *Principio de Organización*, como intencional empuje ascendente de la materia que llamamos vida. Y toda la biología demuestra a cada paso que tal meta biológica, en términos de materia o energía, dependerá de lo que en última instancia resulta ser la base de la autorregulación biológica. La idea de meta o intención si así podemos llamarla, desde la base material y organizada del protoplasma, ha venido siendo abandonada por muchas escuelas psicológicas, pues, "a mi entender —dice el autor citado—, el principal defecto de esta psicología hasta ahora, es su falta de imaginación para representar el futuro. La mayoría de los psicólogos ven la conducta, como empujada por la espalda mediante agujijones que a pinchazos nos fueran sacando de nuestro pasado. Sin embargo, en la psicología humana, y sobre todo en la conducta, ¿no es característico de una actividad dirigida con madurez, que surge de los sentimientos conformadores de la personalidad, el estar siempre orientada hacia el porvenir? Para comprender a una persona tenemos que saber lo que se propone realizar, qué quiere ser, no simplemente cómo llegó a ser lo que es". Tal opinión coincide absolutamente con la moderna definición de psicología: ciencia que estudia la capacidad humana de revivir sus experiencias, *proyectándolas al futuro*. Pero coincide además con una concepción genial de Goethe: "El hombre vale no simplemente por lo que es, sino por lo que aspira a llegar a ser, aún cuando en el camino caiga muchas

veces, con la condición de que prosiga el esfuerzo para levantarse". Y con la de Kant: "Importa no sólo saber lo que la naturaleza haya hecho del hombre, sino lo que el hombre haga de sí mismo". Unamuno lo dijo en palabras mágicas: "Digo que además del que uno es para Dios —si para Dios es uno alguien— y del que se es para otros, y del que se cree ser, hay el que se quisiera ser. Y este último es el ser de verdad, el creador. Y por el que hayamos querido ser, no por el que hayamos sido, valemos".

Volvamos a nuestro objetivo: en las sociedades cultas la ley es el resultado de una larga experiencia en el trato de los hombres. El resultado definitivo de la sabiduría humana operando sobre experiencia humana, como ya dijimos que bien lo ha expresado Johnson. Es el intento en gran escala de reemplazar la fuerza por el derecho. Pero hemos de admitir que la Ley está, aunque nos duela, muy lejos del triunfo, en cuanto al cumplimiento de sus objetivos. Los errores de conducta, las infracciones, los delitos, la población de cárceles y penitenciarias, las nuevas formas de conducta antisocial, nos lo vienen demostrando. No se puede imponer la rectitud al hombre, solamente a fuerza de leyes, sean los 10 Mandamientos o los Códigos modernos, aunque sabemos que sin ellos la sociedad no podría subsistir. Se requiere algo más, la educación y la reeducación, la psicoterapia, medios-clave de la Salud Mental. Es ahora la substitución del deseo o del instinto, por la posibilidad de manejarlos en vez de ser manejados por ellos. Es la lógica y la razón frente a los mecanismos desorganizados de mentes y conductas. Desgraciadamente la educación suele ser, en opinión del sociólogo, un pedestre divagar por los campos de la cultura, y con frecuencia advertimos deprimidos que los actos humanos van derechamente en contra de lo que la razón aconseja. Aquí hallamos al fin, el pensamiento clave del razonamiento al que deseamos llegar, para aumentar nuestras proposiciones tendientes a puntos concretos de un plan pro salud mental".

¿Cuánto más seguro es que el hombre buscará la rectitud, si además de *saber* en qué consiste, *lo quiere hacer*?. "Este fuerte deseo y propósito, meta ya advertida en lo meramente biológico, ahora reforzada por lo psíquico y lo social, es un escudo contra el error de conducta y el mecanismo neurótico, mucho más sólido que la coacción, y de mejores resultados que la simple educación y comprensión. La lección obtenida es que la única manera segura de inculcar en el hombre las normas de conducta ético-sociales, es conduciéndole a que *desea* hacer las cosas que *debe hacer*. Se necesita para ello toda una técnica psicopedagógica y psicoterápica, planeada, muy bien madurada, pero creemos que posiblemente, más adelante, cuando nuestras ideas por ahora restringidas y nuestros medios ahora pobres, para hacer Salud Mental, hayan alcanzado su plena capacidad.

También en el terreno de lo político-social se ha observado que en ocasiones

la vida impone como cruda realidad una experiencia, (para el observador de Higiene Mental, un experimento), cuando a un sujeto acostumbrado a aspirar, ejercer y vivir del poder, se le priva de éste; he aquí los resultantes posibles no conscientes: el sujeto traumatizado se "internaliza" hasta el extremo (autismo, suicidio), o despliega síntomas somáticos, conversivos neuróticos de naturaleza incapacitante, o llega a los trastornos mentales francos de tipo psicótico. Todo ello acontece cuando el deseo o costumbre de uso del poder estaba fijado en forma nuclear o periférica en esa personalidad, rígidamente, orientándola en forma exclusiva en un cierto papel desempeñado (burocracia), lo que le ayudaba a mantener su integridad, y que en cuanto falta actúa como tóxico. La Salud Mental al estudiar estos problemas en sus aspectos psicológico, psiquiátrico y social, puede estar en aptitud de prevenirlos o de ayudar a su corrección.

Dice Gunnar Myrdal en "El Estado del futuro", que no considera que haya nada ni en la lógica de los acontecimientos ni en la conducta humana, que haga imposible dentro de la naturaleza del hombre una amplia cooperación sea entre seres humanos o sea entre naciones. Considera en cambio que la aplicación de una mayor generosidad resultaría en provecho para ambas partes, sean hombres o estados. De esta manera la cooperación internacional por ejemplo podría ser más estrecha, a lo cual se agrega que resultaría más provechosa, siempre y cuando no se inciten las políticas nacionalistas ni exacerbaciones de bloques; y si pueden evitarse en la reacción de la gente, demasíadas recaídas en el miedo, las frustraciones, la hostilidad y los excesos de grupo, casos todos del resorte de la Salud Mental planificada.

Sin mayores pruebas se ha supuesto que las antipatías no se concentran en los habitantes de las naciones, sino en sus sistemas políticos, pues se sostiene la política existencial normal de simpatía del hombre por el hombre, y del pueblo por el pueblo. Sin embargo actualmente hay gran variedad de tipos de poblaciones, contando las naciones nuevas y las que están en formación. Entre ellas hay toda la gama posible, desde los primitivismos elementales, grados diversos de aspiración a la democracia, socialismos de variadas texturas, comunismos ideales y de exportación, sociedades cristianas, y hacia todos ellos se dirigen mecanismos de pulsión o de contrapulsión, a veces hasta independientemente de la acometividad de ese pueblo, de su filosofía, y aún de su demostrable violencia histórica. Se requiere por lo mismo ahondar en el estudio que la Salud Mental pueda verificar en los individuos y hacia los pueblos, así como en las naciones y su repercusión en los individuos.

Las Naciones Unidas se han venido preocupando con muy justificada razón, de las reacciones individuales o colectivas ante el peligro de una explosión atómica guerrera, y los expertos han estudiado cómo con este motivo, se expre-

san desde los deseos inconscientes de suicidio hasta las reacciones catastróficas de venganza universal, las posiciones equilibradas ante el peligro verdadero y las reacciones neuróticas o psicóticas, del individuo o de los grupos. El miedo, la previsión, las resultantes directas y las consecuencias marginales están siendo analizadas en sus múltiples aspectos, pues tienen etapas de exaltación y de confiada tranquilidad, pero es evidente que en funciones educativas, profilácticas y de Salud Mental, se requiere el reacomodo del terror atómico, dentro de la idea normal y expectante de la muerte.

REFERENCIAS

1. Myrdal, Gunnar: *El Estado del Futuro*. Bibl. Fondo Cultura Económica. Ed. 1961. Original de la Yale University Press. Londres.
2. Lasswell, Harold D.: *Psicopatología y Política*. Yale School of Law. Publ. The Viking Press, N. York. Ed. 1963. Paidós, Buenos Aires.
3. Mannheim, Karl: *Ensayos sobre Sociología y Psicología Social*. Fondo de Cultura Económica. Orig. Routledge and Kogan Ltd, London.
4. Buentello, E.: *Intervención. Terceras Jornadas de Salud Mental*. Facultad de Medicina. México, 1964.
5. Buentello, E.: *Predisposiciones Humanas*. Revista Soc. Científica Universitaria. Psicología. Abril, 1965.
6. Caruso, Igor: *Notas. Principios de Higiene Mental*. Revista Sociedad Científica Universitaria. Fac. Filosofía y Letras. 1963.

V

EL EJERCICIO DE LA MEDICINA DENTRO DE LA SEGURIDAD SOCIAL*

DR. LUIS MÉNDEZ**

EL NACIMIENTO de la seguridad social tuvo lugar en 1883, en Alemania, con el criterio capitalista imperante, que consideraba al trabajador como un elemento de la producción industrial y que, como tal, habría de conservarlo en capacidad productiva el mayor tiempo posible. También se consideró que para conjurar movimientos de rebeldía, era conveniente conceder algunas prestaciones a los trabajadores.

A fines del siglo pasado y a principios del actual se incrementó la organiza-

* Trabajo presentado en la sesión del 14 de julio de 1965.

** Académico Numerario. Subdirector General Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ción de algunas mutualidades que, con fundamento en la previsión y en la solidaridad, aportaban recursos para que pudieran ser aplicados en la satisfacción de necesidades que pudieran sobrevenir al integrante de la mutualidad.

Los cálculos actuariales han permitido anticiparse a la ocurrencia de riesgos y de contingencias, con lo que se ha buscado la forma de acumular recursos que puedan disminuir o conjurar las consecuencias de los siniestros que amenazan al hombre y a la sociedad.

Con lo dicho anteriormente, se explica el origen de órganos de seguridad social en forma de:

1. Protección industrial,
2. Cajas de seguridad, y
3. Seguros privados.

En estas tres organizaciones la medicina ocupa un puesto secundario y se ve siempre supeditada a los demás factores de la organización económica y de la producción industrial.

Mucho se ha dicho y se ha escrito sobre los avances y los recursos de la medicina de nuestros días, que tienen como resultado objetivo la supervivencia que alcanza ya una edad de 70 años como promedio, el dominio sobre muchas enfermedades y hasta la posibilidad de erradicar algunas que fueron y, en algunos lugares del mundo, aún son azote de grandes núcleos humanos.

En una conferencia magistral dictada por el doctor Bernardo Sepúlveda en el Congreso del Centenario de nuestra Academia, resumió en siete puntos los objetivos que la medicina debe proponerse dentro de la seguridad social y que en muchos países, cada uno de ellos de manera parcial o completa, han llegado a su consecución.

Los objetivos son: 1. Impartir asistencia médica independientemente de la capacidad económica del enfermo; 2. Mantener la calidad de los servicios en todos sus aspectos científicos, técnicos y humanos; 3. Robustecer la organización institucional de la medicina; 4. Impulsar el avance científico; 5. Dotar a todo el personal que presta sus servicios de las condiciones mejores en su trabajo y en su bienestar general; 6. Buscar el equilibrio financiero para sufragar el costo de los servicios; 7. Mantenerse en coordinación con todos los organismos nacionales e internacionales que velan por la salud pública.

En la presentación que me toca hacer en esta vez, además de completar con entusiasmo la doctrina que expresó el doctor Sepúlveda, me parece conveniente hacer una breve revisión de lo que es la doctrina de la seguridad social en general y de la importancia que dentro de ella tiene la impartición de la prestación médica en la rama de las enfermedades profesionales y en la de enfermedades

no profesionales y maternidad, con lo que se abarca la protección integral a la salud.

Tenemos conciencia clara de que la técnica y la ciencia ofrecen recursos que, bien aprovechados, pueden proporcionar alivio y curación a muchos padecimientos y que lo único que impide la total aplicación de tales recursos, son los defectos en la organización social y económica de muchos países, así como cierto retraso en el poder evolutivo de la mentalidad y de la sensibilidad frente a los avances de la técnica.

De todos los sistemas ensayados para que la medicina cumpla sus objetivos en la prevención, la curación y la rehabilitación de las enfermedades, se ha encontrado en los últimos 20 años que, en países tanto de régimen socialista, como en otros de régimen capitalista y, en algunos de régimen "intermedio", la organización que más favorece a la medicina es la que la integra a los organismos de seguridad social.

Dos son los puntos de vista que favorecen o que se oponen a que la medicina pertenezca a sistemas más generales de seguridad social. Favorecen el punto primero las ideas que estiman a la medicina y a su ejercicio como impartición de un servicio que ha de desarrollarse y preverse buscando su crecimiento en extensión y su mejoramiento en calidad. En cambio, quienes aún se aferran a considerar que la medicina y el médico que la ejerce representan una inversión que significa acumulación de capital, consideran que al modo de una mercancía, la medicina debe tener la máxima calidad para que alcance el mayor precio y, con un criterio que se antoja primitivo, que la persona que ha logrado tal acumulación de capital por ser propietario de ella, puede ofrecerla en venta a su arbitrio y buscar el provecho personal.

Podrán parecer duras y radicales las expresiones anteriores, pero creo que son necesarias para llamar la atención de todos los médicos, a fin de que se haga un examen sincero y valiente de lo que cada médico admite como obligación y que no considere que su esfuerzo y su cultura respetables, merecen retribuciones de privilegio y, además, como se advierte en algunos movimientos de los últimos años, que no se lleguen al despropósito de pensar que el médico ocupa un plano superior en la sociedad. Surgiría con ello, ante las viejas y primitivas discriminaciones racial, nacional, religiosa, económica, aristocrática, la profesional que, como las primeras, resulta anacrónica y absurda.

No son palabras de censura las que traigo ahora, son de advertencia y, con la intención de hacer ver que el médico debe considerarse a sí mismo en el lugar que la naturaleza, la civilización, la evolución social y los cambios económicos le reservan en el momento actual. Ha sucedido con el ejercicio de la medicina, como en otros campos de la actividad humana, que la técnica se anticipó mucho

a la posibilidad de evolución y de cambio en la actitud mental. Ello explica algunos movimientos, en su mayoría bien intencionados, pero también en su mayoría mal dirigidos y contaminados de intervenciones espúreas que han provocado en todo el mundo actitudes de resistencia frente a la obligación, que todos los médicos tenemos, de dar un servicio.

En varios países la prestación médica condicionada a la seguridad social se ha extendido considerablemente y ampara a la casi totalidad de su población; tal sucede en la Unión Soviética, Polonia, Rumanía, Hungría, Checoslovaquia, Albania, Yugoslavia, el Reino Unido de Inglaterra, Nueva Zelandia, Australia, Suecia y Noruega.

En América se encuentra que, en los Estados Unidos hay una fuerte oposición a la "medicina socializada" por parte de las grandes organizaciones médicas y de muchas organizaciones industriales. En este país es posible la impartición de una medicina de la más alta calidad que se ofrece al precio que han de pagar quienes se benefician con ella, pues en su mayoría, el norteamericano es un pueblo privilegiado por lo que ve a su capacidad económica; pero quedan personas que no tienen recursos económicos suficientes y a los que se asiste con el viejo y anacrónico criterio de la caridad, o de la obligación patriarcal del Estado hacia sus ciudadanos desvalidos. Apenas si se tiene un tímido ensayo todavía no sancionado por el Senado y sólo aprobado por la Cámara de Representantes, para otorgar por tiempo limitado algunos servicios médicos a los pensionados, todos ellos mayores de los 65 años de edad.

En el Canadá existe una situación parecida a la de los Estados Unidos, aunque por la influencia británica se empieza a abrir camino, venciendo alguna resistencia, la medicina que aspira a cubrir a todas las capas sociales otorgando el derecho de cada persona para recibir sus beneficios.

En la América Latina, en donde las condiciones de estabilidad política, social y económica no son muy favorables, se abre paso la medicina socializada en forma restringida y parcial, pero con buenos principios y con medios que no deben calificarse de nobles, sino más bien de acordes con la evolución que debe esperarse de las grandes núcleos humanos que cada día deben ser los dignos dominadores de la naturaleza, sin desvirtuar ese dominio con primitivas satisfacciones de egoísmo.

De toda Latinoamérica, México es donde ha sido mayor el desarrollo de la seguridad social, en todos los órganos, pero de manera principal en la rama de las prestaciones médicas, favorecida indudablemente porque la estabilidad política y económica en los últimos años ha permitido lanzarse a proyectos de evolución en la organización social sobre bases firmes.

En Europa, por la forma del desarrollo de la asistencia médica, así como la potente tradición cultural y el género de vida de cada país, no ha sido posible

la implantación de una medicina de la seguridad social, que pueda llamarse completa. Se ha tenido que pagar tributo a la costumbre de elección libre del médico, de un secreto profesional de concepto anticuado, de una libre prescripción y, hasta de una libre fijación de tarifas profesionales por el médico. Sin embargo, las Cajas de Seguridad Social y otras modalidades permiten que si no en su totalidad, sí en buena parte, se vaya formando un fondo que sirva para sufragar los gastos de la enfermedad cuando ella se presente, pero en casi todos los países cada enfermo personalmente debe hacer una contribución que, como en Francia, equivale al 20 por ciento del costo de la consulta y de los medicamentos y que, de acudir a un médico que no esté afiliado a la seguridad social, ésta le reembolsa los honorarios sólo en la proporción que se ajuste a las tarifas estipuladas por el seguro social, pero la diferencia tiene que ser cubierta por el enfermo.

En Inglaterra, donde la prestación médica es más completa, pues incluye la dotación de anteojos, prótesis dentales y prótesis de todo tipo, y hasta pequeños vehículos, se carga a cuenta del enfermo, la cantidad de un chelín por cada medicamento que le es prescrito.

En América, el régimen de seguridad social más avanzado en su legislación y en sus realizaciones es el de nuestro país, pues si otorga aparatos ortopédicos y prótesis solamente a los que han quedado incapacitado por enfermedad o por accidente de trabajo, o a los que con el otorgamiento de un aparato se disminuye el grado de incapacidad o de invalidez, en cambio, no hace cargo alguno adicional ni por consulta ni por prescripción.

Vale revisar las ventajas que en México obtienen de la seguridad social, dentro del Instituto Mexicano de la misma, primero la población amparada y, segundo, el médico que protege a dicha población.

VENTAJAS DE LA POBLACIÓN

Se adscribe un número de personas que varía de 2,000 a 2,500, a un médico familiar que atiende ya sea población de adultos o de niños. A esta población se le instruye para que sepa la forma de acudir a las consultas y de buscar el consejo de su médico familiar. Este es auxiliado por los médicos de medicina preventiva, de rehabilitación y los especialistas de clínica o de hospital, a fin de que descubra oportunamente los padecimientos, los prevenga, los cure y, en caso de secuelas, busque la rehabilitación.

Merecen mencionarse como ejemplos: la campaña realizada en el Distrito Federal para el descubrimiento oportuno del cáncer cérvico uterino y mamario, que en dos años revisó toda la población femenina susceptible, para descubrir cerca del uno por ciento y, en la mayor parte de los casos ignorado por la enferma; en este año se efectúa la segunda revisión de dicha población que com-

prende un número de 147,257 mujeres. El otro ejemplo es la pesquisa realizada en algunas unidades de habitación para descubrir hipertensión arterial y cardiopatía coronaria, que se encontró en proporción de 11.8 por ciento para la primera y de 5.6 por ciento para la segunda, con desconocimiento de tal tipo de alteración cardiovascular en el 85 por ciento de los casos afectados.

En el terreno de la prevención y en coordinación con las autoridades de salud pública, se han intensificado los estudios del censo torácico y numerosos niños han sido vacunados contra la poliomielitis, el tétanos, la difteria y la tos ferina. A la gran mayoría de los niños nacidos en los hospitales de Gineco-Obstetricia se les inmuniza con el B.C.G.

La ventaja de poner los servicios al alcance de toda la población amparada se revela al recordar que se han tenido solicitudes de atención médica en número de cinco a seis por año y por persona, que se asemeja al seis de atenciones pedidas por año en Inglaterra y al promedio de 5.5 de los Estados Unidos entre las personas que tienen un ingreso anual superior a 10,000 dólares, en tanto que las que lo tienen inferior a 1,000 dólares, sólo solicitan un promedio de 2.2 atenciones por año. Como se ve, en la población que ampara el Instituto Mexicano del Seguro Social, la mayoría de ellos con salario inferior a \$80.00 diarios por jefe de familia, habitualmente numerosa, hacen uso de los servicios médicos en proporción similar al que solicitan en los Estados Unidos los más adinerados.

Para no dar una idea errónea cuando se habla de la adscripción a médico familiar, de que el Instituto cuenta con pocos médicos en proporción a la población, debemos subrayar que el total de médicos del Instituto, sin contar al personal becario, es de 7,000 para dar atención a 6,500,000 de afiliados, lo que es igual a la relación de un médico por cada 930 personas, que se acerca a la existente en los países con mayor número de médicos en proporción a la población, que son los del continente europeo.

Los asegurados tienen además la ventaja que si enferman reciben un subsidio del Instituto, equivalente a su salario, si es enfermedad profesional, y de un 60 por ciento del mismo si no lo es. En caso de enfermedades crónicas y de invalidez definitiva, después de un año o de año y medio de recibir tal subsidio, si han cotizado por más de 10 años, reciben una pensión y, en la gran mayoría de los casos, con cotizaciones menores, tienen derecho a los servicios médicos, así como también los familiares en primer grado que dependan de ellos económicamente.

Las prestaciones antes señaladas no han entorpecido el mejoramiento de la calidad de los servicios, pues frente a los casos más difíciles se tienen elementos humanos y de equipo que han hecho que muchas personas, con recursos para tener la mejor atención posible en el país o en el extranjero, soliciten ser atendidas en los hospitales del Instituto.

VENTAJAS PARA EL MÉDICO

Las más importantes de las ventajas que obtiene el médico derivan de su protección para el caso de riesgos y contingencias, de los medios de trabajo, de su educación permanente y de su remuneración.

1. *Estabilidad.* El médico que es contratado tiene asegurada su carrera, a menos que cometa faltas graves; si se distingue, es candidato a promociones, como ha sucedido con algunos médicos que ocupan dirección o jefatura de Unidades Médicas, en los que su calidad profesional fue descubierta a través de la auditoría médica.

2. *Protección.* El médico tiene, en mayor proporción que todo asegurado, derecho a los servicios médicos junto con sus familiares y, en caso de invalidez o de incapacidad, aún por enfermedad no profesional, recibe el salario íntegro hasta por año y medio y luego una pensión. En el caso de muerte los deudos quedan pensionados y reciben además una suma importante de acuerdo con los años de servicios prestados al Instituto. Además la mutualidad sindical proporciona una suma cuantiosa en el caso de invalidez permanente o de muerte.

3. *Facilidades para el trabajo.* El médico tiene un horario que nunca es mayor de ocho horas y dentro de éste se le permite desarrollar labores docentes ajenas a las del Instituto si se trata de disciplinas médicas, con lo que obtiene otro ingreso; además dispone de tiempo para la práctica privada. Si se compara esta situación a la del médico general inglés que tiene que registrar una población de 3,000 a 3,500 personas, a las que debe dar servicio a toda hora del día y en toda época del año, a fin de obtener una remuneración de 2,000 a 2,500 libras anuales, resalta la ventaja de nuestro médico que, además tiene vacaciones, permisos para asistir a congresos y a cursos y que, fuera de sus horas de trabajo, son otros médicos del sistema quienes atienden en casos de urgencia a sus personas adscritas.

Los médicos de hospital tienen además compañeros de trabajo, dirección y estímulos, así como instalaciones y equipo que les permiten dar el máximo de rendimiento en calidad y perfeccionar, cada vez más, sus conocimientos y su habilidad. En esta misma Academia y, en sociedades y congresos médicos, se han hecho comunicaciones de estudios realizados en el I.M.S.S.

4. *Educación permanente.* Por medio de la docencia, recibéndola e imparténdola, todos los médicos del Instituto viven en educación permanente. Para ello se organizan cursos de actualización, de divulgación, monográficos para los especialistas, sesiones académicas de distinto tipo, médico-quirúrgicas, clínico-patológicas, de revisión bibliográfica y, de acuerdo con la especialidad, con modalidades propias en los campos de la medicina preventiva, de la higiene industrial y de la rehabilitación. Hay publicaciones de divulgación y de comunicación de

experiencias originales. Se cuenta con bibliotecas y hemerotecas cuya utilización se estimula continuamente.

5. *Remuneración.* Basta citar el salario anual de los distintos médicos de base, cuya suma de prestaciones da las cantidades siguientes:

			<i>Total percepción anual</i>
Médicos 8 hs.	Hospital.	Sin antigüedad.	\$ 109,730.40
Médicos 8 hs.	Hospital.	5 años antigüedad.	116,154.40
Médicos 8 hs.	Hospital.	10 años antigüedad.	119,366.40
Médicos 8 hs.	Hospital.	15 años antigüedad.	125,790.40
Médicos 8 hs.	Hospital.	20 años antigüedad.	132,214.40

Entre el personal de médicos de hospital hay quienes además acumulan una compensación del 1.5 por ciento por cada año de servicios si se consideran expuestos al contagio y de dos por ciento si se consideran expuestos a radiaciones; es así como muchos médicos tienen por este concepto en la actualidad, un 30 a un 40 por ciento más sobre su salario.

Los médicos familiares tienen las prestaciones siguientes:

Médicos Familiares 8 hs.	H.D.	Sin antigüedad.	\$ 113,257.80
Médicos Familiares 8 hs.	H.D.	5 años antigüedad.	119,681.80
Médicos Familiares 8 hs.	H.D.	10 años antigüedad.	122,893.80
Médicos Familiares 8 hs.	H.D.	15 años antigüedad.	129,317.80
Médicos Familiares 8 hs.	H.D.	20 años antigüedad.	135,741.80

Con un criterio objetivo y realista se puede concluir que en nuestro país, el médico nunca tuvo la situación bonancible que tiene en la actualidad el que está contratado como médico de base en el I.M.S.S. Se hace la comparación con la situación del médico en la práctica privada o al servicio de otras instituciones, en cada época de nuestra historia y se ve que, como promedio, nunca estuvo mejor remunerado y nunca estuvo tan estimulado para progresar, además, definitivamente, nunca tuvo la protección de que goza frente al infortunio.

Lo que se ha logrado de ventajas para la población que asiste al I.M.S.S. y para su médico, en buena parte se debe a la coordinación con otros sistemas de seguridad social, con otros técnicos de la misma, entre los que se distinguen economistas, sociólogos, contadores, arquitectos, ingenieros y actuarios.

En el otorgamiento de la prestación médica deben citarse como sistemas que han probado su eficacia, los de: adscripción de población, citas para consulta, médico familiar de adultos y médico familiar de menores, auditoría médica y utilización del cuadro básico. Estos sistemas de alguna manera modifican los cuatro viejos postulados de la medicina liberal y lo hacen con mejoramiento evidente. Veamos algo en relación a dichos postulados.

1. *Libre elección del médico.* Que el enfermo no está capacitado para saber cual es el profesional más calificado para atenderlo se revela por el éxito que los charlatanes, algunos con grados académicos, tienen en el ejercicio del trabajo liberal. A mayor abundamiento frente a la complejidad inevitable de la medicina actual, es mejor dejar en manos de expertos que tengan capacidad y honestidad suficientes, la calificación de los médicos. No se explica, por ejemplo, por qué no tenemos reticencia en confiar nuestra vida a compañías de transportación sin que queramos elegir personalmente al conductor del avión o del autobús, y sí la tenemos frente a una institución médica, a no ser porque en el terreno de la medicina nos ata una tradición que no podemos superar.

2. *Libre prescripción.* Los sistemas tendenciosos y agresivos de propaganda comercial que quieren imponer el consumo sin la limitación de la necesidad que un artículo debe satisfacer, se ha extendido a la industria farmacéutica, lo que ha provocado confusión y sobrecarga en marcas de productos. La selección de los auténticamente eficaces y de un conjunto de ellos, hecho por un grupo de expertos que además da indicaciones sumarias para su manejo, facilita el trabajo del médico y protege a la persona que es atendida.

3. *Secreto profesional.* Se debe establecer categóricamente que no hay enfermedad vergonzante ni vergonzosa, así se haya contraído por errores de conducta y no por riesgos a los que involuntariamente todos estamos expuestos. El registro de todo padecimiento que ha de ser compartido por varios médicos y sus auxiliares da ventajas al enfermo y en nada hiere su dignidad. Modificar el concepto de secreto profesional no implica, ni remotamente, que el médico prescinda de la discreción y de la delicadeza que debe tener siempre frente a todos los problemas humanos.

4. *Libre tabulación de honorarios.* El médico en lo general siempre ha estado confuso para poder valorar en dinero lo que significan sus servicios y el trabajo de preparación que representan el poderlos proporcionar; aunque en la mayoría de los casos el médico, se subestima en este aspecto, hay unos cuantos que se sobreestiman e imponen tarifas onerosas y, también los hay que, llevados por la codicia, abusan de esta posibilidad y extorsionan a las personas que son puestas bajo su cuidado. Cosa que no sucede con el médico que tiene remuneración definida y que no depende de la capacidad económica de su enfermo.

Para terminar debo establecer que las modalidades para el ejercicio y para el progreso de la medicina deben quedar dentro del marco institucional y que si la organización que los enmarca es muy extensa y compleja, se debe a que pueden ser mayores los alcances y la eficacia que se consigue con la medicina y que por mucha que sea la complejidad de una medicina, tan costosa y difícil como la de la actualidad, ésta puede ser superada con buena disposición y con un sentido social evolucionado por parte de toda la población y del médico en particular.

VI

CONCLUSIONES*

DR. ANTONIO GONZÁLEZ OCHOA**

LOS TRABAJOS escuchados nos dan una visión panorámica de la enorme importancia que cobra día a día, en el mundo entero la Seguridad Social Integral, y en cada uno de sus diferentes aspectos.

El Dr. Bustamante, en su comunicación sobre "Los Nuevos Problemas de Salud Pública", analiza algunos derivados de las recientes condiciones que el hombre ha introducido en el medio físico. Intencionalmente deja a un lado los problemas básicos de la salud en México, los que, aunque no han sido resueltos, son sobradamente conocidos, como la desnutrición, las enfermedades respiratorias, las del aparato digestivo y muchos otros más, para destacar los verdaderos atentados contra la higiene del medio que nuestra época ha creado en las zonas metropolitanas y en las rurales.

Dentro de las zonas metropolitanas hace hincapié en la polución atmosférica, y las defunciones por accidentes de tránsito. Y, en cuanto a las zonas rurales, señala la importancia de las intoxicaciones por los plaguicidas que cada vez más vienen usándose en la agricultura.

El tema de "La Medicina del Trabajo y la Seguridad Social", presentado por el Dr. Roldán, es de tal importancia que basta considerar, como él asienta, que "el trabajo humano es la primordial o indeclinable función social positiva del hombre". Por lo tanto obvian argumentos para fundamentar la necesidad

* Trabajo presentado en la sesión del 14 de julio de 1965.

** Académico Numerario. Del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, México.

de exigir en el trabajador condiciones fisiológicas que sean compatibles como el desempeño armónico del trabajo sin mengua de su salud, así como la necesidad de descubrir las primeras desviaciones del estado de salud, provocadas por un trabajo excesivo o inadecuado, para que pueda obtenerse su oportuna reversibilidad. El logro de estos dos aspectos depende del estudio de los estados patológicos derivados de los riesgos impuestos por el trabajo, de su diagnóstico oportuno y de la atención médica adecuada; pero lo fundamental es la prevención de estos estados patológicos a través de la higiene en el trabajo y de la seguridad industrial. Subraya cómo la importancia de la protección del trabajador en los centros laborales, la necesidad de la rehabilitación profesional, y de la justa compensación de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, contribuyen de manera importante al progreso de la Seguridad Social.

El Dr. Buentello estatuye que es fundamental e indispensable la Salud Mental para que pueda existir un clima de adelanto, cooperación y equilibrio en un país y en el mundo entero. Explica, de manera precisa, como la solución de los problemas de la juventud, de los desajustes sociales, las proyecciones políticas bien orientadas, el trabajo satisfactorio, el equilibrio en las nuevas formas de libertad, y la seguridad social, dependen de la Salud Mental. La desorientación de nuestros tiempos, con sus dificultades y problemas, ante los que surge la amenaza atómica, y que han hecho expresar a Julián Huxley que "hemos principiado la ruina de nuestro *habitat* espiritual y mental" solamente podrán ser resueltos como puntualiza el Dr. Buentello, por una amplia cooperación entre los seres humanos que supere las conductas anti-sociales, irregulares, y puramente instintivas, cooperación que depende fundamentalmente de un satisfactorio estado de Salud Mental.

El Dr. Luis Méndez, con sus conocimientos y experiencia en asuntos de el Ejercicio de la Medicina dentro de la Seguridad Social, establece como premisas de su trabajo, por una parte, la evolución y los adelantos en la ciencia y en la técnica de la medicina actual, y por la otra, la necesidad de atender a una población siempre en aumento y con necesidades crecientes. Considera que en la actualidad uno de los postulados privativos de la Seguridad Social es la manera de cómo es posible lograr recursos que puedan disminuir o conjurar las consecuencias de los siniestros que amenazan al hambre y a la sociedad. Partiendo de la doctrina de que todo individuo tiene derecho a la salud, y que la sociedad tiene la obligación de garantizar este derecho, pone de manifiesto la gran significación del médico como factor social de tranquilidad y de protección. Analiza la calidad e importancia de la prestación médica dentro del régimen de seguridad social en la República Mexicana, refiriéndose a las modalidades de organización y de doctrina que han repercutido sobre la prestación misma y sobre el médico en particular, explicando los desajustes y conflictos, así como el camino para la solución.

Estos magníficos y acuciosos estudios, que cada uno de los ponentes ha presentado sobre los diversos aspectos de la Seguridad Social, ponen de manifiesto problemas inminentes de gran significación, así como medidas para remediarlos, algunas ya en camino de realización; esto habla del alto "status" de nuestra situación sanitario-asistencial en el Distrito Federal. Pero el "desideratum" es que pronto puedan aplicarse a nivel nacional, tarea que ha sido emprendida, dado que por el momento están dirigidas solamente a un grupo privilegiado, resultante de la macrocefalia del país, cuya significación en sus aspectos indeseables analizó el Dr. Bustamante, México no se compone del Distrito Federal y tres o cuatro ciudades más; la mitad de la población es rural, y en esta población rural los obstáculos originados por multitud de factores en los que predomina el patrón etnológico-cultural, levantan una barrera al empeño de nuestras instituciones para hacerles partícipes de los adelantos sanitario-sociales.

Los grandes avances que se han obtenido en nuestro país, y los que siguen obteniéndose, día a día, en la elevación de los niveles de vida, ambiente sanitario más higiénico, expansión de los servicios de asistencia social, mejoramiento de servicios sanitario y médicos, educación, jornadas de trabajo más cortas, mayor descanso, mayor recreo, etc., serán nulificados en los próximos 25 años según se desprende del análisis presentado en la Introducción a este Symposium. El desorbitante incremento de la población mexicana aventaja con mucho, y aventajará cada vez más, la carrera de los enormes esfuerzos que hace el país para la realización de las ideas que se han presentado a fin de incrementar la seguridad social.

No obstante se me tache de obsecado, quiero traer a colación dos argumentos más, a propósito de la importancia de la explosión demográfica; las conclusiones de la V Conferencia del Consejo Industrial para la Salud Pública Tropical, que tuvo lugar en la Universidad de Harvard en octubre de 1963¹ y a la cual fué invitado para presentar los Problemas Dermatológicos de los Países Tropicales, convergieron en que el problema fundamental es el de aumento natural de la población; y, hace apenas cinco días, que el ex-presidente de Colombia Alberto Lleras Camargo,² declaró ante un Sub-Comité del Senado norteamericano que estudia los gastos de ayuda al exterior, que la explosión demográfica de Latinoamérica está "fomentando la miseria, presiones revolucionarias, hambre y muchos otros problemas potencialmente desastrosos, de magnitud que excede a nuestra imaginación".

Siendo los encargados de la Salud Pública y de la Asistencia Médica los responsables, en parte, del crecimiento de la población al través del éxito obtenido en la reducción de la mortalidad, a ellos corresponde, por lo tanto, la obligación de lograr el balance ecológico entre el mexicano y México. De la misma manera que han organizado sus servicios para disminuir la enfermedad y abatir la morta-

lidad, de esa misma manera deberían incluir servicios que tendieran a la regulación de la fertilidad.

El problema, muy complejo de por sí, requiere la atención de los economistas, sociólogos, de los dedicados a las ciencias políticas, los educadores, sacerdotes; pero muy especialmente de nuestros sanitaristas. La solución es esencialmente médica; la investigación sobre la salud, en su amplia acepción, y el control de la natalidad, o como se expresa en términos menos contundentes, el planeamiento de la reproducción, son del campo de la medicina. Tal vez, si así lo considera la Asamblea o la Mesa Directiva, conviniera que la Comisión de Salubridad Pública de esta Academia estudiara el problema, y, si lo encuentra pertinente, se acercase a las autoridades competentes para instarlas en la necesidad de tomar en cuenta el grave problema de la explosión demográfica en el país.

REFERENCIAS

1. *Proceedings of the Fifth Conference of the Industrial Council for Tropical Health.* Harvard School of Public Health. Octubre 29-31, 1963. Boston.
 2. *Excelsior*, México, julio 10, 1965: *Lleras Camargo apoya el proyecto para el Control de la Natalidad en América.*
-