

REFLEXIONES SOBRE LA MEDICINA INSTITUCIONAL MEXICANA¹

Su influencia en la salud del pueblo mexicano

DR. ALFREDO HEREDIA-DUARTE²

El propósito de este trabajo es el de presentar una serie de juicios críticos y de reflexiones en relación con la influencia de la Medicina asistencial mexicana en la disminución de los coeficientes de mortalidad en México. Inicialmente se presentan cuatro índices que revelan las deficiencias de las instituciones médicas mexicanas. Se plantea la hipótesis de que uno de los factores más importantes de estas deficiencias, es la ausencia de una adecuada filosofía de trabajo en las clínicas de consulta externa y en los hospitales mexicanos dependientes de instituciones oficiales o descentralizadas. Se muestra que no existe correlación entre la magnitud de la atención médica juzgada por el número de médicos y de camas en diferentes áreas de la República, y los coeficientes de mortalidad infantil y general en esas mismas áreas. Se considera conveniente analizar los factores que probablemente han contribuido al abatimiento de los coeficientes de mortalidad en México. Para este propósito se analizan las principales causas de muerte en México, concluyéndose que son las enfermedades infecciosas y la desnutrición. Establecido esto se exponen los factores epidemiológicos que intervienen en la génesis de estos dos grupos de padecimientos y se formula un diagrama en el cual se esquematiza la relación entre las enfermedades infecciosas y la desnutrición con factores epidemiológicos causales que están operando a nivel del hogar y de la comunidad.

Con datos estadísticos se demuestra que existe correlación entre la magnitud de los coeficientes de mortalidad en tres zonas geográficas diferentes de México y diversos índices como el saneamiento ambiental, el consumo de alimentos y otros que hablan de los niveles de vida de la población residente en ellas. Considerando lo anterior se sugiere que la Medicina asistencial mexicana debe modificarse para prestar un mejor servicio a la colectividad. Esta modificación consistiría en el establecimiento de un departamento en donde se hiciera educación sistematizada a los adultos, por considerarse que sólo en esta forma la Medicina

¹ Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina, presentado en la sesión ordinaria del 13 de septiembre de 1967.

² Académico numerario. Hospital Infantil de México.

institucional mexicana podría convertirse, desde el punto de vista social, en Medicina realmente curativa, ya que la Medicina asistencial que ahora se proporciona, socialmente hablando, es más bien sintomática. (Gac. Méd. Méx. 98: 488, 1968).

APESAR de que en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos no se establece que el ciudadano tiene derecho a que el Estado cuide de su salud, en la práctica los hechos han venido demostrando que año con año una proporción mayor de la población mexicana está siendo protegida por instituciones médicas, dependientes del gobierno o descentralizadas. Así, en 1964 alrededor del 20% estaba protegida por el I.M.S.S., el I.S.S.S.T.E. o algunas otras instituciones como los servicios médicos de las Secretarías de Hacienda, Marina, Comunicaciones, Defensa Nacional, Petróleos Mexicanos, Electricistas.¹ Una evidencia de la tendencia creciente al incremento de la socialización de la Medicina² se presenta en la figura 1.

A la población comprendida dentro de las instituciones anteriores, deberá agregarse la que recibe asistencia médica por parte de los hospitales y cen-

tros de salud dependiente de la Secretaría de Salubridad, así como la atendida por los hospitales del Departamento del Distrito Federal o municipales.

Es difícil precisar qué proporción de personas recibe finalmente asistencia



FIGURA 1

médica por parte de las instituciones gubernamentales; de cualquier forma, es evidente que el ejercicio de la Medicina en México prácticamente se ha transformado de una profesión liberal en una profesión al servicio del Estado.

Es previsible que en el futuro, prác-

TABLA 1

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD GENERAL E INFANTIL, ASI COMO DE LA ESPERANZA DE VIDA EN MEXICO 1900-1965

Años	Mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	Mortalidad general (por 1000 habitantes)	Esperanza de vida al nacimiento
1900	223.1	33.6	26.0
1930	131.6	26.6	37.2
1960	67.4	10.4	62.0
1965	60.7	9.5	63.3

FUENTE: Flores, T. y Bustamante, M. E. Salud Pública de México. Vol. V: 777, 1963 y datos recabados por el autor en el Depto. de Estadística, S. I. y C.

TABLA 2
 POBLACION DE MEXICO EN DIFERENTES PERIODOS

<i>Años</i>	<i>Total en millones</i>	<i>Incremento porcentual respecto a 1930</i>
1930	16 552 722	100%
1960	34 923 129	238%
1965	40 913 498	248%

FUENTE: Información recabada en el Depto. de Estadística de la Secretaría de Industria y Comercio.

ticamente toda la población mexicana cuente con los servicios de la asistencia médica proporcionados por instituciones dependientes del Estado. Cuando esto ocurra es muy probable que el derecho a la salud, al igual que el de la educación, quede reconocido constitucionalmente como uno de los llamados derechos sociales.

Los beneficios que el pueblo mexicano ha recibido de la institucionalización y de la socialización de la Medicina, son evidentes: esto ha influido poderosamente para bajar los coeficientes de mortalidad general e infantil, para prolongar la esperanza de vida y para incrementar la población,³ como puede advertirse en las tablas 1 y 2.

No obstante este balance, hecho en forma apriorística puede no resultar tan positivo si se analizan algunos índices que nos permitan evaluar la calidad de la atención médica, principalmente de la institucional; así, mencionamos algunos de los más importantes.

a) Investigaciones realizadas con el propósito de valorar las funciones de los centros de salud, hechos en diversas de estas instituciones en la ciudad de México —en donde se supone que podrían estar los centros mejor organizados, tener el personal más idóneo, dis-

poner del mejor equipo técnico y de de otros factores como mayores oportunidades para el adiestramiento de su personal—, los hechos han demostrado que su funcionamiento es muy deficiente y, lo que es más importante, que la comunidad no acepta la mayoría de los servicios preventivos para los cuales fueron creados.^{4, 5, 6}

b) A pesar de que no existen investigaciones realizadas con el propósito de conocer la eficacia profesional del médico mexicano que trabaja en las instituciones asistenciales, diversos hechos, conocidos ampliamente por los propios médicos y por toda la población asistente a esas instituciones, sugieren que la calidad de la atención médica que ahí se proporciona es precaria: generalmente las consultas que cada médico da por turno de trabajo suelen ser muy numerosas, siendo paradójico el que, a pesar del exagerado volumen de ellas, frecuentemente sean concluidas antes de que se termine el turno de trabajo del médico.

c) Es frecuente que el trato al público por parte del médico, del personal paramédico y especialmente del administrativo, sea inadecuado y que, por lo mismo, la consulta se efectúe con una relación psicológica médico-pacien-

te en la que existen actitudes de rechazo, de antipatía y a menudo de hostilidad mutua, lo que sugiere que la consulta médica rinda menores resultados que si se efectuara con mejores relaciones humanas.

d) El análisis de la difusión que tienen las diferentes revistas científicas médicas que se editan en México, muestra que la circulación de las mismas es muy escasa, sobre todo si se toma en consideración el volumen de médicos existentes en el país, que para 1960 se estimaba en 24,600.³ Cuatro de ellas son especializadas y por lo mismo poco útiles para el médico general. Algunas de estas revistas son editadas por empresas comerciales dedicadas a la publicidad de productos farmacéuticos; estas revistas son repartidas gratuitamente a los médicos, de modo que el hecho de que cuenten con una edición mayor que las otras, no significa que el médico tenga preferencia por ellas, supuesto que no requieren de suscripción a las mismas.

La escasa circulación de las revistas médicas mexicanas es sintomática de cuando menos dos factores: escasa demanda, y por lo mismo poco interés del médico para mejorar su preparación profesional, y escasa investigación médica. Una y otra se traducen finalmente en inadecuada preparación del médico y en atención deficiente para el público.

e) Es sabido que la investigación científica que se realiza en México en el campo de la Medicina, es exigua; y que no existe un organismo nacional que promueva y oriente la investigación

hacia aquellos campos que más interesan a nuestra comunidad.⁶

En el campo de la investigación epidemiológica, se observa que, salvo algunos organismos como la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo, la cual realiza sistemáticamente estudios de esta índole para la orientación de su actividad cotidiana, en otras enfermedades de gran importancia en salud pública, prácticamente no se hacen estudios epidemiológicos, observándose a menudo que pueden haber brotes epidémicos de algún padecimiento infeccioso en la población circundante a un centro de salud, sin que las autoridades médicas del mismo lleguen a tener conocimiento del problema.

Como las instituciones que realizan investigación médica no están coordinadas con las instituciones aplicativas, suele ocurrir que investigaciones de gran trascendencia para la comunidad, se queden sin aplicación práctica⁷ con la consecuente pérdida para la comunidad y la frustración para el investigador.

La escasa circulación de las revistas científicas médicas, el reducido número de ellas y lo considerado brevemente respecto a la investigación científica, sugieren que la Medicina asistencial y preventiva que se realiza en México están a la zaga de los adelantos de las diferentes disciplinas médicas.

Estos índices, más otros que no se citan por falta de tiempo, sugieren que los adelantos que el pueblo mexicano ha experimentado en su salud, probablemente no se deban más que en forma limitada a la asistencia médica; por otra parte ponen de manifiesto que la

Medicina institucional mexicana funciona deficientemente y que, por lo mismo, se requiere que se investiguen las causas de esto, con el propósito de corregir sus deficiencias.

Al tratar de establecer hipótesis respecto al origen de las deficiencias anotadas previamente, resulta evidente que las causas de las mismas son múltiples y que la mayoría de ellas se encuentran ligadas en última instancia, a la condición de subdesarrollo en que se encuentra el país. Sin embargo, es probable que uno de los factores causales más importantes se encuentre en la ausencia de una adecuada filosofía de trabajo. Según nuestro punto de vista esta filosofía inadecuada, consiste en considerar que cualquier institución de asistencia médica de nuestro medio debe enfrentarse a los problemas de enfermedad única y exclusivamente curando enfermos, tal como lo hace el médico a nivel de una persona enferma.

Se piensa que esta filosofía es inadecuada porque se considera que las enfermedades que afectan más frecuentemente a una comunidad, lo hacen porque hay causas específicas que están actuando a nivel de la mayoría de los integrantes de la misma y que, por lo tanto, las enfermedades más frecuentes de una población vienen a ser síntomas de esas causas.

Esta forma de ver las cosas plantea el concepto de que la sola curación de las enfermedades, tal cual lo hacen las instituciones de nuestra Medicina estatalizada, sólo están haciendo, desde el punto de vista social, Medicina sintomática y, por lo mismo, realizando activi-

dades de poca utilidad para la comunidad.

Si este punto de vista es adecuado, entonces la influencia de la Medicina asistencial mexicana, habrá sido escasa para explicar los adelantos que el pueblo mexicano ha tenido en su salud. Si lo anterior pudiera demostrarse, quedarían tres problemas importantes por aclarar: el primero consistiría en establecer a que otros factores se han debido las modificaciones de la mortalidad por los diferentes padecimientos en México; el segundo sería precisar qué factores son los responsables de las deficiencias de la Medicina socializada y el tercero encontrar otros procedimientos que permitieran un mejor funcionamiento a las instituciones médicas mexicanas.

El propósito de este trabajo es el de presentar ante esta Corporación algunas reflexiones en torno de los problemas planteados previamente.

La secuencia del mismo se hará de acuerdo con el orden mencionado en el párrafo anterior.

1. En primer término se tratará de *aclarar la participación de la Medicina asistencial en la mejoría de la salud del pueblo mexicano.*

Si se comparan las tasas de mortalidad en diversas áreas de la República Mexicana, puede encontrarse que no existe correlación entre la magnitud de los coeficientes de mortalidad y la asistencia médica en cada una de esas áreas, juzgada esta última por el número de habitantes por cada médico y el número de camas de hospital por cada 1 000 habitantes (Tabla 3).

TABLA 3

MAGNITUD DE LA ASISTENCIA MEDICA JUZGADA POR LA CONCENTRACION DE MEDICOS Y DE CAMAS Y CORRELACION CON LOS COEFICIENTES DE MORTALIDAD, GENERAL E INFANTIL EN DIVERSAS AREAS DE MEXICO *

1960

<i>Zonas geográficas **</i>	<i>Número de personas por cada médico</i>	<i>Número de camas por cada 1000 habitantes</i>	<i>Mortalidad general por 1000 habitantes</i>	<i>Mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos</i>
Distrito Federal	645	4.4	10.1	85.0
Norte	1 478	2.2	10.7	67.5
Pacífico Norte	1 558	1.9	9.3	60.9
Golfo de México	1 953	1.8	10.3	56.9
Centro de la República	2 813	1.26	13.1	83.1
Pacífico Sur	4 598	0.98	13.3	70.0

FUENTE: El cálculo de médicos y camas por zonas fue realizado por el autor tomando como base la información del Dr. Kuri (1). Las tasas de mortalidad fueron calculadas de información contenida en el Anuario Estadístico de 1960-61 (8).

* En el Norte están comprendidos los Estados de Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Durango, Zacatecas, San Luis Potosí.

En el Pacífico Norte: Baja California Norte, Baja California Sur, Sonora, Sinaloa y Nayarit.

En el Golfo de México: Veracruz, Tabasco, Campeche, Yucatán y Quintana Roo.

En el Centro: Aguascalientes, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala.

En el Pacífico Sur: Colima, Guerrero, Oaxaca y Chiapas.

** Orden según la magnitud de la atención médica.

TABLA 4

LAS PRIMERAS DIEZ CAUSAS DE MUERTE EN MEXICO
1961

	<i>Defunciones</i>	<i>Mortalidad por cien mil habitantes</i>
1. Gastritis, duodenitis, enteritis y colitis, excepto la diarrea de los recién nacidos	54 857	152.0
2. Senilidad sin mención de psicosis y las causas mal definidas y desconocidas	48 685	137.6
3. Neumonía	48 430	135.1
4. Otras enfermedades particulares de la primera infancia e inmadurez no especificada	24 131	66.8
5. Infecciones del recién nacido	17 129	47.4
6. Otras enfermedades del corazón excepto las hipertensivas	15 792	43.7
7. Tumores malignos, incluyendo los neoplasmas de los tejidos linfáticos y hematopoyéticos	12 864	35.6
8. Bronquitis	10 230	28.3
9. Tuberculosis del aparato respiratorio	8 176	22.6
10. Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	8 000	22.1

FUENTE: Anuario Estadístico de los E.U.M., Sec. de Ind. y Com. 1960-1961.

Habiéndose aclarado que no existe correlación entre la atención médica y la importancia de los diferentes coeficientes de mortalidad, se puede concluir que la disminución de la mortalidad infantil y general en México no se explica más que en parte, por la atención médica de los enfermos; por lo mismo debe investigarse a qué otros factores se ha debido la modificación de la mortalidad general, infantil y por los padecimientos más frecuentes observados en México.

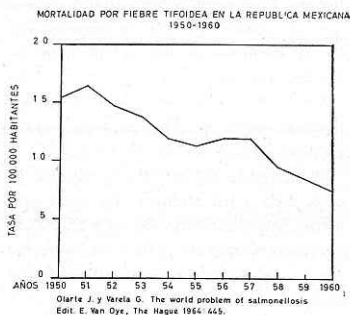


FIGURA 2

2. Estudio de los factores que probablemente contribuyeron a abatir la mortalidad en México entre 1930 y 1965.

Para obtener alguna luz sobre esto, debe conocerse en primer término el tipo de patología predominante en la población mexicana y cuál ha sido la evolución de los coeficientes de mortalidad de algunas de las principales enfermedades en el transcurso de los últimos 35 años.

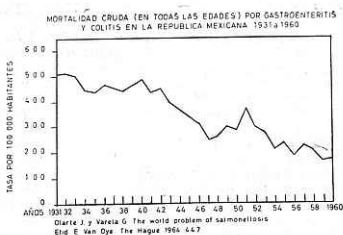


FIGURA 3

Las principales causas de muerte en México han sido, y continúan siendo, las enfermedades infecciosas, según se puede observar en la tabla 4.

Por otra parte, las estadísticas muestran que la mortalidad por los principales padecimientos ha sufrido variaciones importantes en el tiempo, ya que en todas ellas hay una tendencia constante hacia el descenso, aun cuando casi siempre éste ha sido lento. (Figs. 2, 3 y 4.)

Por otra parte, debe llamarse la atención respecto a que algunos padecimientos infecciosos como la viruela, el paludismo y el tifo, que en 1930 ocupaban un lugar destacado como causa de muerte, han desaparecido o bien



FIGURA 4

TABLA 5

ESTADO NUTRICIONAL EN EL MEDIO URBANO DE MEXICO, EN DIVERSOS GRUPOS DE EDAD

<i>Grupos de acuerdo al estado de desnutrición</i>	<i>Preescolar</i>	<i>Escolar</i>	<i>Adolescente</i>
Sobrepeso	2.57%	14.25%	14.0 %
Normal	39.18%	44.60%	41.7 %
Desnutrición de 1er. grado	42.38%	32.55%	34.0 %
Desnutrición de 2o. grado	15.03%	8.25%	9.4 %
Desnutrición de 3er. grado	0.72%	0.35%	0.9 %

FUENTE: Ramos Galván R. Problemas nutricionales del escolar en: Seminario de Higiene escolar (1967). Dir. Gral. Higiene Escolar Secretaría de Educación Pública.

ocupan un lugar de poca importancia en la actualidad.⁹

La desnutrición es una causa de enfermedad y muerte tan importante como las consignadas en la tabla 5, no obstante que su presencia no aparece consignada en las estadísticas de mortalidad. La frecuencia de ella y las modalidades que adopta en las diferentes edades y estratos sociales y su importancia en las diferentes zonas del país, ha sido estudiada extensamente.^{10, 11} Una de las evidencias más importantes de este problema, es el síndrome de detención del crecimiento y del desarrollo en la infancia. Este síndrome puede descubrirse fácilmente mediante el estudio del peso y la talla.

En las tablas 5 y 6 se presentan en forma resumida estudios hechos por Ramos Galván y colaboradores en los que se puede advertir la importancia de la desnutrición en la infancia de nuestro medio.

Estas observaciones se han hecho en diversas zonas de México y han comprendido alrededor de 30 000 niños.

A la desnutrición debe atribuirse la baja talla característica del mexicano medio, especialmente del que reside en las zonas rurales del país o en los estratos sociales bajos de la ciudad, según se observa en las figuras 5 y 6.

Finalmente los hechos demuestran que los coeficientes de mortalidad por los principales padecimientos varían en

TABLA 6

ESTADO NUTRICIONAL EN EL MEDIO RURAL DE MEXICO, EN DIVERSOS GRUPOS DE EDAD

<i>Grupos de acuerdo al estado de nutrición</i>	<i>Preescolar</i>	<i>Escolar</i>	<i>Adolescente</i>
Sobrepeso	1.40%	5.44%	3.8
Normal	22.40%	41.53%	25.5
Desnutrición de 1er. grado	48.80%	38.78%	46.8
Desnutrición de 2º grado	25.00%	12.10%	22.5
Desnutrición de 3er. grado	2.40%	2.15%	1.3

FUENTE: Ramos Galván R. Problemas nutricionales del escolar en: Seminario de Higiene escolar (1967). Dir. Gral. Higiene Escolar Sec. Educ. Públ.

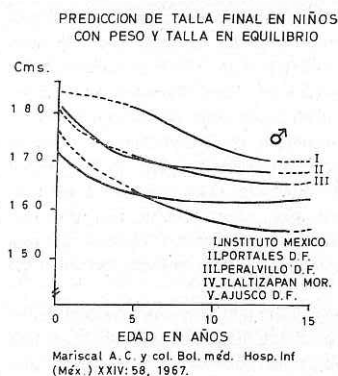


FIGURA 5

su magnitud en forma significativa de una área geográfica a otra.

El análisis de la información previa sugiere las conclusiones siguientes: a) Que las causas de muerte en un país varían de acuerdo con factores causales que están operando a nivel de toda la comunidad, que estos factores están sufriendo modificaciones dentro de una misma sociedad, y que la modificación de ellos explica la transformación que se opera en las causas de muerte. b) Que el cambio de estos factores es lento y que por lo mismo las variaciones de la mortalidad sólo se pueden advertir cuando se establecen comparaciones a plazos más o menos largos.

Ya con esta información se podría intentar establecer cuáles son los factores específicamente responsables de la patología predominante en México. Para este propósito, nos valdremos de los conocimientos actualmente disponibles sobre la epidemiología de los prin-

cipales padecimientos existentes en nuestro medio y del análisis de los factores relacionados con esa epidemiología en algunas de las zonas en donde se encontraron diferentes coeficientes de mortalidad para las enfermedades más frecuentemente observadas en México.

Ya se dijo previamente que las principales causas de muerte en México son las enfermedades infecciosas y la desnutrición. Si se analiza cuáles son las fuentes de contagio y los mecanismos de transmisión de los microorganismos responsables de las infecciones gastro-intestinales, se encuentra que están relacionadas con un mal saneamiento ambiental, esto es, con la deficiente dotación de agua, con la inadecuada eliminación de los excreta, la proliferación de los vectores, la contaminación de los alimentos y la presencia de inadecuados hábitos de aseo personal y de alimentación.

Por lo que respecta a los padecimientos respiratorios se sabe que la frecuen-

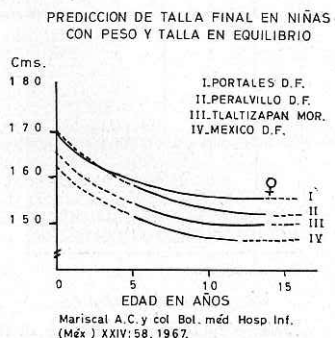


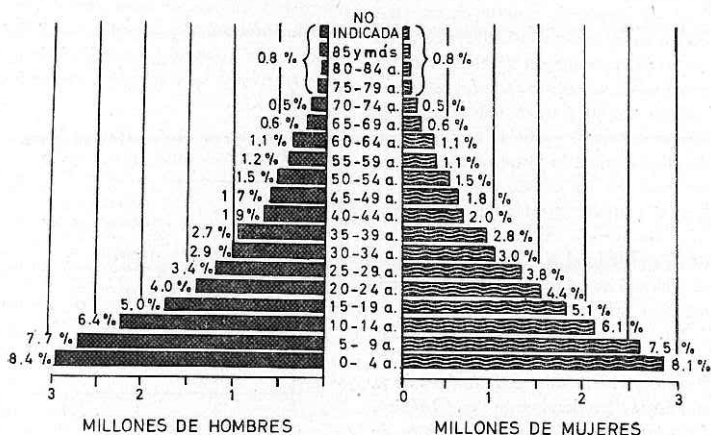
FIGURA 6

cia de ellos está ligada al grado de contacto que existe entre una persona y otra, particularmente dentro del hogar: mientras más reducido es el espacio dentro del cual conviven los seres humanos, mayor es la frecuencia de la tuberculosis, de las infecciones virales de las vías respiratorias, de la tosferina, la difteria, el sarampión y de otras infecciones que se transmiten por vía aérea. En estas condiciones, para abatir la frecuencia de estas enfermedades, se requiere de la realización de programas para el mejoramiento de la habitación en los grupos humanos de más bajos recursos, con el propósito de disminuir su hacinamiento.

La desnutrición juega un papel primordial en las elevadas tasas de mortalidad por las diversas enfermedades infecciosas. Para demostrar esta aseveración basta citar las diferencias en la frecuencia de complicaciones y en la letalidad por sarampión, en dos grupos de diferentes comunidades en un mismo año: efectivamente mientras que Miller en Inglaterra observó en una epidemia de esta enfermedad en 1963 una frecuencia de complicaciones de 66.7 por 1 000, con una letalidad de 0.2 por 1 000, Vega y Cravioto^{12, 13} en una epidemia observada en el mismo año en una comunidad rural del altiplano de Guatemala, encontraron una fre-

POBLACIÓN DEL PAÍS POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

CENSO DE POBLACION DE 1960



Anuario Estadístico de los E.U.M. 1960-61, Sec. Ind. y Com., pág. 29

FIGURA 7

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA GENESIS DE LA PATOLOGIA PREDOMINANTE EN MEXICO

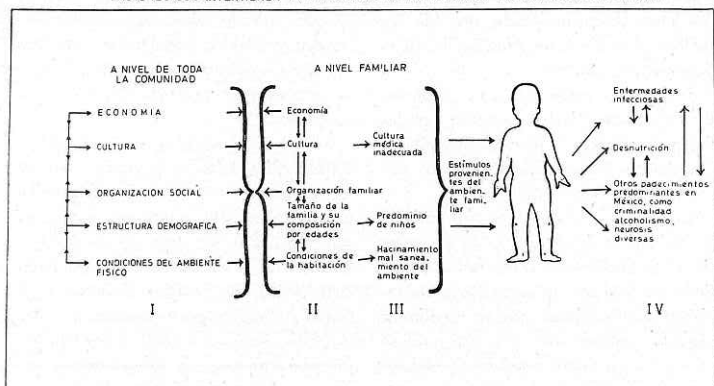


FIGURA 8

cuencia de complicaciones de 578 por 1 000 con una letalidad de 11 por 1 000.

Otro factor importante para explicar la elevada frecuencia de muertes por enfermedades infecciosas se encuentra en el hecho de que la población de México, como en otros pueblos subdesarrollados, tiene una elevada proporción de individuos menores de 14 años.¹⁴ (Fig. 7).

Las infecciones afectan preferentemente a los seres humanos en los primeros años de la vida y durante este lapso suelen ser más severas.

Es sabido que el mal saneamiento del ambiente, la vivienda inadecuada, y la presencia de una población en la que predominan los individuos en los primeros años de la vida, son características propias de sociedades humanas en las que existen una condición económica y cultural precaria; asimismo, se

sabe que una y otra (la economía y la cultura) son resultantes de factores que están operando a nivel de toda la sociedad. Estos son el desarrollo económico, cultural y social de un país, así como su composición demográfica.

Lo establecido aquí podría esquematizarse como se señala en la figura 8.

En este diagrama se pueden establecer cuatro niveles en los cuales se puede actuar para modificar las condiciones de salud de una comunidad. Convencionalmente y para los fines de esta exposición, se les podría designar de izquierda a derecha como niveles 1, 2, 3 y 4. Estos cuatro niveles serían interdependientes y su interdependencia sería en un sentido y en otro; por lo mismo, cualquier modificación importante en sentido positivo o negativo hecho en cualquiera de ellos, se traduciría en modificaciones que repercutirían posi-

tiva o negativamente en los tres niveles restantes. Asimismo cada uno de los factores de cada nivel, estarían en interdependencia entre sí.

¿Se podría confirmar esta hipótesis? Sólo en parte e indirectamente, con los datos estadísticos a nuestra disposición. Habría que hacer investigaciones adicionales para confirmarla.

Como se recordará, en la tabla 3 se vio que la importancia de las tasas de mortalidad varía en las distintas áreas geográficas del país. Sería conveniente por lo mismo, que se estudiaran algunos índices que nos permitieran valorar si las condiciones epidemiológicas que facilitan o dificultan la transmisión de los agentes responsables de las infecciones respiratorias y digestivas, concuerdan con la importancia que tienen los padecimientos correspondientes en cada una de esas áreas. Asimismo sería necesario estudiar otros índices que, aun cuando fuese en forma indirecta, nos dieran información respecto al estado de nutrición de los habitantes de estas áreas.

Para el estudio de lo anterior, convencionalmente se analizarán estos fac-

tores en seis Estados del país y en el D. F.: tres de ellos, Baja California, Sonora y Sinaloa como representativas del Pacífico Norte y Guerrero, Oaxaca y Chiapas como representativos del Pacífico Sur.

De acuerdo con el censo de 1960, no había diferencias importantes en el hacinamiento, entre las viviendas existentes en las tres zonas estudiadas, ya que el número de personas por habitación era de 5.3, 4.8 y 5.7 para el Pacífico Norte, el Distrito Federal y el Pacífico Sur, respectivamente. Si existían diferencias en cuanto a dos factores del saneamiento: la disponibilidad de agua y el servicio de drenaje. La disponibilidad de agua era mejor en el D. F. que en las dos zonas restantes: en el Pacífico Norte una proporción casi cinco veces mayor a la del Pacífico Sur, tenían agua intradomiciliaria o disponible fuera de la vivienda, según se ve en la tabla 7. Una situación semejante aunque con diferentes proporciones, se encontró en cuanto al servicio de drenaje (Tabla 8).

Otros índices que hablan de la forma de vida y del probable estado de nutri-

TABLA 7
SERVICIO DE AGUA EN LA VIVIENDA EN TRES ZONAS
DE LA REPUBLICA MEXICANA
1960

Zonas	Porcentaje de población		
	Con servicio de agua dentro de la vivienda	Con servicio de agua fuera de la vivienda	Sin servicio de agua dentro o fuera de la vivienda
Pacífico Norte	34.0	13.1	52.8
Distrito Federal	53.2	20.4	26.3
Pacífico Sur	7.4	2.7	89.9

FUENTE: Anuario Estadístico de los E.U.M., Sec. de Ind. y Com. 1960-1961.

TABLA 8

SERVICIO DE DRENAJE CON AGUA CORRIENTE EN LA VIVIENDA,
EN TRES ZONAS DE LA REPUBLICA MEXICANA
1960

Zonas	Porcentaje de Población que	
	Tenían	No tenían
Pacífico Norte	25.2	74.8
Distrito Federal	69.8	30.2
Pacífico Sur	11.1	88.8

FUENTE: Anuario Estadístico de los E.U.M., Sec. de Ind. y Com. 1960-1961.

ción, favorecen a la zona Pacífico Norte, según se muestra en forma evidente en la figura 9.

En estas condiciones, se piensa que es razonable concluir que las menores tasas de mortalidad general, infantil, por infecciones respiratorias, digestivas, por sarampión y tosferina se debieron a

condiciones más positivas en los niveles 2 y 3 del diagrama mostrado previamente, ya que no se explica en base a una mejor asistencia médica.

Observaciones hechas en el extranjero por diferentes autores concuerdan con este punto de vista; así, Heady y Morris en Inglaterra^{15, 16} observaron

COMPARACION ENTRE DIVERSOS INDICES DE INDICATIVOS DE LA FORMA DE VIDA
EN TRES ZONAS DE LA REPUBLICA MEXICANA
1960

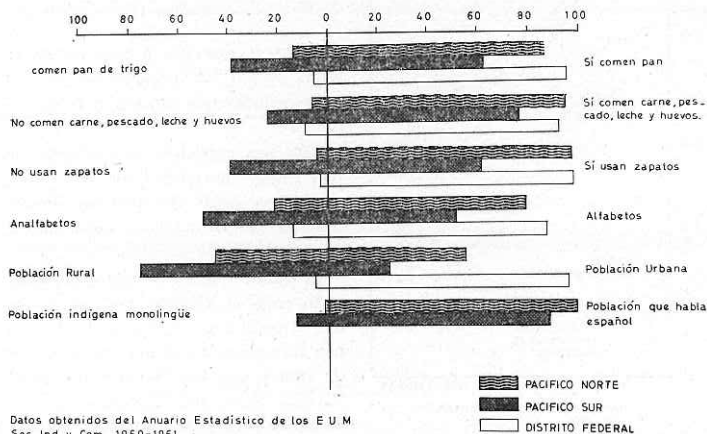


FIGURA 9

que la tendencia de la mortalidad infantil y neonatal varió reiteradamente en distintos estratos sociales de ese país entre 1910 y 1950 según se observa en las figuras 10 y 11.

En nuestro medio Mariscal y colaboradores han mostrado fuera de toda duda que el peso y la talla en diversos grupos de edad, varía de un estrato social a otro según se ve en la figura 12.

Considerando los hechos anteriores parece obvia la conclusión de que la Medicina asistencial mexicana, cuya actividad está orientada a curar enfermos, desde el punto de vista social, está actuando como terapéutica sintomática, ya que su acción prácticamente es nula

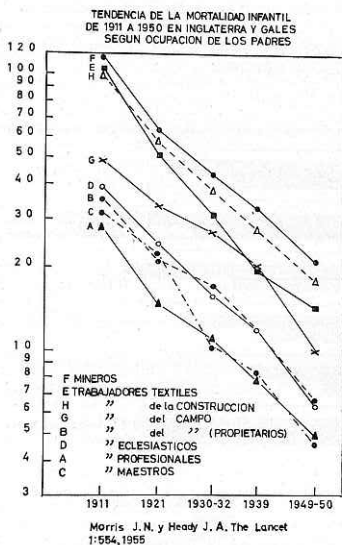


FIGURA 10

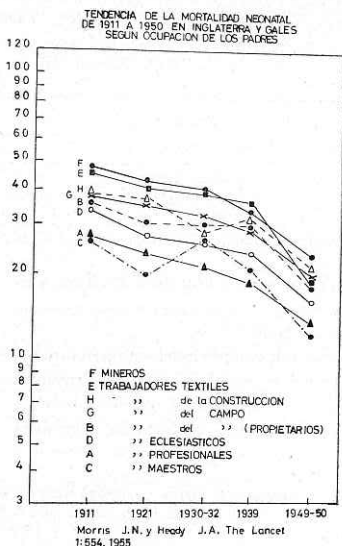
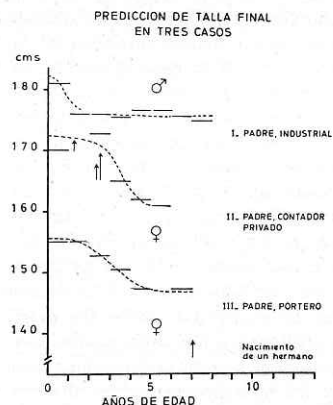


FIGURA 11

sobre los factores que a nivel del hogar están siendo los responsables de las enfermedades que afectan a la comunidad.

Esto nos explicaría la paradoja de una mayor mortalidad infantil o pre-escolar en áreas del país en donde, como se vio previamente, había mayor concentración de médicos.

Es sabido que en el centro del país, incluyendo el Distrito Federal, reside una proporción importante de la población mexicana con muy bajos niveles de vida y que por el contrario, en el Pacífico Norte, por la tecnificación de la agricultura y la existencia de una cultura más evolucionada, con muy



Mariscal A. C. y col., Bol. méd. Hosp. Inf (Méx.) XXIV: 45, 1967.

FIGURA 12

baja proporción de grupos indígenas, la población de esa zona es la que en conjunto tiene mejores niveles de vida en México.

Finalmente este planteamiento nos explica la poca utilidad de nuestra Medicina tradicional para abatir la mortalidad de los padecimientos más comunes en nuestro medio, esto es, las infecciones respiratorias, las gastroenteritis, las parasitosis intestinales, o la desnutrición infantil, para no citar más que los ejemplos más notorios. Estas enfermedades son padecimientos eminentemente recidivantes, en donde la acción terapéutica del médico se deja sentir transitoriamente, siendo común que la enfermedad se repita hasta que, por un mecanismo de selección natural, el individuo muere, o hasta que se establecen en él, mecanismos de inmunidad

que lo hacen resistente a estos padecimientos. En el caso de la desnutrición este equilibrio es un tamaño corporal más pequeño. Generalmente esto ocurre en la edad escolar.

Vistas las cosas en esta forma, surge la pregunta ¿cómo sería posible que nuestras instituciones de asistencia médica pudieran ejercer una acción más positiva sobre la comunidad?

Si se observa nuevamente el diagrama se puede establecer que existe dentro de los diferentes factores causales de las enfermedades propias de nuestra comunidad, uno que es muy importante: el factor cultural. Es evidente que el médico podría actuar favorablemente en la modificación del ambiente familiar, si lograra cambiar a través de la educación de los adultos sus conceptos tradicionales sobre etiología y tratamiento de las enfermedades, sus hábitos sobre nutrición, higiene personal, así como sobre los aspectos negativos del saneamiento ambiental. Además del trabajo educativo que cada médico realizase, se requeriría que en cada una de nuestras clínicas de consulta externa y en cada una de nuestras instituciones hospitalarias, existiese un departamento de Medicina preventiva o simplemente un servicio con personal adecuadamente adiestrado para educar a los familiares del enfermo, o al enfermo mismo, antes de abandonar el hospital y para continuar esta labor educativa después de que el enfermo hubiese abandonado la institución médica. Es difícil encontrar en la práctica un padecimiento en el cual no sea posible influir favorablemente sobre los

adultos, ya sea en el manejo del enfermo, en la prevención de ese mismo padecimiento (si se trata de una enfermedad recidivante como las gastroenteritis, las parasitosis intestinales), ya promoviendo hábitos, costumbres y actitudes que, en forma genérica, favorecen la salud del individuo.

La readaptación de nuestros hospitales y clínicas de consulta externa, lleva implícita la necesidad de modificar los programas de enseñanza de nuestras escuelas de Medicina y de Enfermería con vistas a introducir dentro del plan de enseñanza de estas profesiones un conjunto de materias básicas que permitan al profesional de la Medicina entender la relación entre las enfermedades con las cuales se va a enfrentar y la realidad social, cultural y económica por la que atraviesa el pueblo mexicano.

Es probable que las deficiencias anotadas previamente, en particular la actitud del médico hacia sus pacientes, su poco interés en leer revistas científicas para superarse, se deba a la conciencia que tiene de la escasa productividad social de su trabajo.

SUMMARY

The purpose of this paper is to present a series of criticisms and considerations in relation to the role played by Mexican modern Medicine in obtaining a lowering of the death coefficients in Mexico. Four indexes are presented that reveal the deficiencies present in Mexican medical institutions. The authors suppose that one of the most

important reasons for these deficiencies is the lack of a working philosophy in the clinics and Hospital dependant on government institutions. It is shown that there exists no relationship between the amount of medical attention delivered, judged by the number of doctors and hospital beds in certain places of the country, and the magnitude of the death coefficients in children and adults, in those same areas.

An analisis is made of those factors that have helped to lower the death coefficients. To this effect, studies were carried out in order to determine which are the most frequent causes of death in Mexico. The last were infectious diseases and malnutrition fundamentally.

An analisis is made of the epidemiological factors that contribute to the presence of these conditions. A diagram shows the relation between the epidemiological factors and disease, showing them to lie at home and community level.

It is statistically shown that there exists an important relation between the magnitude of the death coefficients and the general health environment and the food supply. In general terms, these factors demonstrate the economic level and the way of life of three different geographic zones in Mexico.

The author considers that the Mexican Health Service should be modified in order to obtain better service and better health results. The changes should consist in the establishment of educational centers for adults. This would possibly change the role of Mexican Institutional Medicine from

being merely symptomatic to preventive and curative.

REFERENCIAS

1. Kuri, R. E.: *Tesis recepcional*. Citada por Ramos P., Díaz G. J., Alvarez Manilla, J. M. y Alvarez, G. J. "Proyección Social del Médico". México, 1965, p. 269.
2. Secretaría de Industria y Comercio, Dirección General de Estadísticas Anuario, 1962-53.
3. Flores Talavera, R., y Bustamante, M. E.: *Salud pública y desarrollo económico y social*. Salud Pública de México 5: 777, 1963 (Nota: la información para 1965 fue recibida por el autor en la Dir. Gral. de Estadística, Secretaría de Industria y Comercio).
4. Alencastre, M., Altuna, O., Heredia Duarte, A., y Sandoval M.: *Estudio de la organización y funcionamiento del Centro de Salud México España*. Tesis Escuela de Salud y Enfermedades Tropicales, 1957.
5. Heredia Duarte, A., Benavides, L., Jiménez, E., Elizondo, J. M., Camacho, R., y González, B. G.: *Ensayo de evaluación de algunas funciones de dos centros de salud en la ciudad de México*. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.) 20: 281, 1963.
6. López Ferrer, D.: *¿Realizan su función los centros de salud?* Salud Pública de México, 9: 365, 1967.
7. Frenk, S., Manzano, J., y Rivadeneyra, N. P.: *Investigación científica en Salud Pública. (Bases para la creación de un organismo coordinador nacional)*. Salud Pública de México. 2: 17, 1960.
8. Secretaría de Industria y Comercio, Dirección General de Estadística. Anuario 1960-61.
10. Chávez, A.: *Encuestas nutricionales en México*. Segunda Edición del Instituto Nacional de la Nutrición. México, 1965.
11. Cravioto, J.: *Consideraciones epidemiológicas y bases para la formación de un programa de prevención de la desnutrición*. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.) 15: 925, 1958.
12. Datos proporcionados al autor por Ramos Galván, R.
13. Vega F. L., y Cravioto, J.: *Influencia del estado de nutrición en las complicaciones del sarampión*. Asociación de Investigación Pediátrica XXI Reunión Reglamentaria.
14. Miller, D. L.: *Frequency of complications of measles*, 1963. Brit. Med. J. 2: 75, 1964.
15. Morris, J. N. y Heady, J. A.: *Social and biological factors in infant mortality V. Mortality in relation to the father's occupation*. Lancet, 1955.
16. Heady, J. A.: *Occupation and mortality. Filial mortality*. Brit. J. of Industrial Med. 16: 70, 1959.
17. Mariscal, A. C., Ramos Galván, R., Viniegra A. y Pérez Ortiz, B.: *Predicción de talla final en niños con peso proporcionado a la talla*. Bol. Méd. Hosp. Infantil (Méx.). 24: 43, 1967.

COMENTARIO OFICIAL

DR. DANIEL MÉNDEZ¹

ES UNA SERIA responsabilidad comentar un trabajo relacionado con problemas básicos de la vida humana y de los nuevos sistemas del ejercicio de la profesión médica, dirigidos al servicio de la colectividad.

¹ Académico numerario, Centro Médico "La Raza". Instituto Mexicano del Seguro Social.

Los sistemas de salud pública y los regímenes de seguridad social fueron creados por necesidades imperiosas para la sobrevivencia y bienestar del hombre. Los primeros se implantaron desde hace varios siglos, y con el transcurso del tiempo se han ido perfeccionando.

La doctrina sobre Seguridad Social se ori-