

EDITORIAL

EVOLUCION Y ESTADO ACTUAL DE LA SALUD PUBLICA EN MEXICO

Al estudiar los factores relacionados con las condiciones de salud de una colectividad, se observa lo diverso de sus componentes, se confirma que: "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" y se comprueba que la medicina, elemento primordial para obtener, conservar y defender la salud, está ligada directamente a la sociedad y a su evolución y desarrollo.*

Por ser la salud pública un fenómeno bio-social, es afectada entre otros, por elementos demográficos, epidemiológicos, culturales, económicos, políticos, ecológicos. De ahí su complejidad que hace difícil la justipreciación de las condiciones de salud y requiere el uso de índices estadísticos, así sean sólo aproximados a la realidad, que por comparación periódica nacional o internacional permiten apreciar el estado de la salud pública.

En el examen relativo a México, aplicaremos este método, utilizado para el Continente desde 1959 por al Organización Mundial de la Salud y en 1960 para nuestra Patria, desprendiéndolo del "patrón de medición internacional del nivel de vida", propuesto por las Naciones Unidas y en el cual es el indicador "salud", el primero que cuantifica el desarrollo de una nación. Los datos pertinentes de la República, en 1900, 1930 y 1962, con algunos sobre educación y servicios médico-sanitarios que operan fuertemente en la evolución y estado que alcanza la salud pública, servirán para el diagnóstico.

Unen el criterio científico de valoración que da igual importancia a los factores sociales y a los económicos y el criterio humanista de dar al hombre el valor predominante en la riqueza del país. Los elementos que componen la salud pública son reflejo de las vidas de los hombres, las animales y las plantas en el medio ambiente modificado sin cesar y su análisis a través del tiempo nos acercará al conocimiento que buscamos.

La impresión general sobre el estado de la salud pública en México, es muy favorable para la mayoría de la población, formada por jóvenes menores de 25 años de edad. No conocen las epidemias, vieron surgir a la poliomiélitis y ser

* Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 1946.

dominada en la década de 1955 a 1965 por medidas aceptadas por el público sin esfuerzo de su parte; escuchan que el paludismo ha dejado de ser peligro de muerte en años recientes, el joven campesino se adentra en tierras liberadas por las brigadas que cruzan montañas y selvas y siembra sin saber que los campos eran insalubres para sus padres; estos a su vez van olvidando a la viruela y al tifo, aún al acecho en pequeñas comunidades. El mexicano de hoy no teme a la difteria o a la tosferina, confía en que serán eliminados el sarampión, el mal del pinto y también la lepra y la tuberculosis. El 7% de la población restante, formado por mayores de 55 años tiene un vago recuerdo de la viruela, la sífilis, la fiebre amarilla y siente que es bueno el estado de la salud pública.

Ha sido constante y exitoso el dominio de las enfermedades transmisibles, la salubridad general ha evolucionado favorablemente por la conjugación del progreso científico universal y por los adelantos de las ciencias médicas en México y en el mundo. La organización sanitaria y médica, así como la de la seguridad social han mejorado y crecido al par de los medios de comunicación, la electrificación, la energía del petróleo, la irrigación, el número de escuelas, la introducción en ciertas zonas de técnicas agrícolas, así como la industrialización de algunas áreas, la implantación de la seguridad social y todo ha obrado en la salud colectiva urbana.

El Gobierno Federal reconoció y aceptó ser el responsable de la salubridad general de la República, en la Constitución de 1917 y desde entonces han influido el pensamiento y la orientación de los médicos mexicanos para poner la medicina, con sentido social, al servicio de la colectividad, y al reconocimiento del derecho a la salud. En el curso de 50 años se conforman y consolidan en la administración sanitaria, una doctrina, que se puede llamar mexicana, por su constancia y consistencia al estructurar las instituciones médicosociales, sobre la firme base de la cooperación y coordinación; primero de la salubridad federal, después con la local, más tarde con la asistencia pública y actualmente con la seguridad social en su aspecto médico. Esta armonía de acción médica-social evoluciona por noble ideal profesional, para dar en el futuro igual oportunidad de servicios de salud a todos los mexicanos, sin excepción alguna.

El progreso de las condiciones de salud de México, medido por las características de su indicador, muestra la siguiente evolución: de 1900, a 1930 y a 1962.

PRIMERA, años de esperanza de vida al nacer: 26, 37 y 62; el aumento es positivo.

SEGUNDA, tasas de mortalidad infantil: 223, 131 y 64; aunque el descenso es apreciable, la proporción de muertes de menores de un año es alta y lo es más la de pre-escolares.

TERCERA, tasas de mortalidad general: 33, 27 y 10; la disminución es sostenida y positiva.

CUARTA, tasa de fertilidad: 36, 49 y 46; la cifra inicial correspondió a un deficiente registro de nacimientos, la tasa es de las más altas en el mundo.

QUINTA, crecimiento natural de la población: *es del 3.5%. La población que era de 13,600,000 en 1900 ascendió a 16,500,000 en 1930, se calculó en 37,150,000 en 1962, el pronóstico es de 46,300,000 para 1970 y 64,400,000 para 1980. Se deberán anticipar en todos los programas las necesidades de alimentación, vestido, habitación, educación, trabajo y servicios médicos, para ese número de personas; aumento del poder de compra y de la producción a fin de que vivan con dignidad, bienestar y salud.*

SEXTA, saneamiento del medio, *empezando por aprovisionamiento de agua e instalaciones de alcantarillado. Se calcula que el 40% de toda la población cuenta con servicio de agua entubada y el 70% de la urbana dispone de sistemas de alcantarillado. La proporción, en incremento, se debe a las obras ejecutadas en las poblaciones menores de 2,500 habitantes por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y en las mayores de esa cifra, por la de Recursos Hidráulicos. La ingeniería sanitaria ha empezado a modificar favorablemente las condiciones de vida.*

SÉPTIMA, proporción de la población rural, relativamente aislada de los núcleos urbanos. *El 49% de la población se anotó como rural en el Censo de 1960. La que habitaba en 52,000 aldeas y caseríos con menos de 100 personas, vive alejada de la vida nacional; los malos caminos dificultan y hacen esporádica la atención médicosanitaria. Esta situación es negativa para la salud.*

OCTAVA, coeficiente de viviendas en malas condiciones de habitabilidad: *los cálculos son de un déficit de millones de casas merecedoras de ser consideradas como tales. Diariamente aumenta el número de chozas improvisadas en torno a las ciudades y son pocas las casas mejoradas en el campo. Los tugurios son perjudiciales a la salud física y mental y a pesar de la evidencia del problema de falta de habitación higiénica, se desvían los recursos hacia las construcciones de edificios de lujo, que agravan la injusticia social.*

NOVENA, coeficiente de población analfabeta: *la población de 15 y más años que sabían leer en 1960, representó el 65.4% del total. La población escolar a todos los niveles, del primario al de educación superior, aumenta rápidamente y el esfuerzo gubernamental no basta para cubrir las necesidades de preparación para el trabajo productivo y la vida intelectual.*

DÉCIMA, desnutrición, especialmente por déficit en la ingestión de proteínas: *los nutriólogos mexicanos señalan que el primer padecimiento en México, por el número de personas afectadas por las deficiencias en cantidad y calidad de los alimentos que consumen, es el hambre. La desnutrición y el alcoholismo explican la falta de vigor y de resistencia a las enfermedades de muchos individuos; es elemento negativo de gran magnitud en las condiciones de salud.*

UNDÉCIMA, ingreso per cápita: *fue calculado en 4,311 pesos al año en 1960 y en 5,120 en 1964, suponiendo una distribución uniforme del ingreso nacional. La realidad es que el ingreso per cápita es bajísimo en las zonas rurales remotas, bajo en los grupos sin ocupación fija en las ciudades, variable en ciertos grupos*

obreros y de clase media y muy alto para unos cuantos. En lo referente a la salud es factor negativo.

En resumen, las características del indicador salud tiene evolución favorable en cuanto ellas se relacionen con las ciencias médicas y sanitarias; no siguen esa tendencia las relacionadas en general con factores económicos o sociales.

Precisa añadir al esquema de salud antes expuesto, los datos complementarios de servicios en instituciones para la prevención y curación, así como los docentes y los recursos humanos y presupuestales para la protección de la vida humana.

Los hospitales en los años 1900, 1930 y 1960 fueron 418, 496 y 3,384; existen además, 4 219 centros de salud urbanos y rurales.

Las camas de hospital pasaron de 4 080 a 47 505 en 1958 y a 84 680 en 1964, con lo cual se llegó a la tasa de 2.2 camas de hospital por mil habitantes, una de las más bajas de América.

El número de médicos, calculado en 24 600 en 1960, tenía una concentración urbana de 11.9 por 10 000 habitantes en las principales ciudades y 4.2 en el resto del país. Román Carrillo estima que se requerirían 33 300 médicos, con 15 000 especialistas entre ellos, si se corrigiera la dispersión de la población, pues las comarcas más pobres y alejadas carecen de toda atención médica.

Las 23 Escuelas de Medicina, establecidas, gradúan anualmente alrededor de 2 300 médicos, que permanecen en las capitales y ciudades, se acumulan en la ciudad de México y algunos emigran al extranjero. Pocos trabajan en las áreas rurales.

En relación con el número de enfermeras, la carencia es aguda; los registros oficiales anotaron 8 252 en 1965, o sea 2 por 10 000 habitantes, y 40 000 auxiliares de enfermería: 9.8 por 10 000 personas. El personal auxiliar de medicina y salubridad es escaso y la única Escuela de Salud Pública existente, cubre con empeño y gran capacidad una parte de las necesidades, formando el núcleo profesional de medicina preventiva y social.

Parte de las carencias de personal y lo que es más grave, de recursos económicos para operar, sin comprender el gasto en edificios, es consecuencia de la limitación de los presupuestos, tanto del Gobierno Federal, el cooperante mayoritario a la empresa de la salud, con los Estados y los Municipios. Neri y Fernández de Castro en excelente estudio de la "Evolución y tendencias de las inversiones de Salud Pública en México, durante los últimos años", informan que el presupuesto de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, fue el 1% del presupuesto nacional en el periodo de 1917 a 1919; de 5.4% su valor relativo máximo de 1941 a 1946 y es actualmente del 3.3%. El Plan Sexenal de 1934 a 1939, proyectó aumento de 3.4% a 5.50% durante su vigencia.

La disparidad en recursos de los diversos organismos oficiales, produce distintos tipos de atención a la salud de los grupos a los que se destinan y desigual situación. A la larga, como la salud es indivisible y toda la sociedad es afectada por

las condiciones de evolución y desarrollo de la medicina social, la solución se encontrará en la formulación y ejecución de un plan nacional de salud.

El número de habitantes crece rápidamente; con él, deben aumentar los alimentos, la habitación, el vestido, las escuelas, el trabajo, las obras de saneamiento, la atención médica, con personal, equipo, hospitales y camas, centros de salud; escuelas de medicina, de enfermería, de trabajo social, y las de especialización; referido todo de modo preferente a las necesidades de la vida humana en dignidad y en el disfrute de salud física, mental y social.

DR. MIGUEL E. BUSTAMANTE
