

CONFERENCIA MAGISTRAL

HACIA UN MEJOR ENTENDIMIENTO DE LA REVOLUCION SANITARIA QUE NECESITAMOS¹

ARNOLDO GABALDÓN²

EL VOCABLO revolución ha inspirado en este mundo nuestro una gran atracción, pues encierra un concepto de cambio rápido, ambicionado por la mayoría de los latinoamericanos, que nos lleva con frecuencia y con pasión a considerarnos revolucionarios. Esto es natural, porque, miembros de la civilización occidental, nos es difícil comprender o admitir, políticamente, la desigualdad económica y social en que nos encontramos. Es explicable, entonces, que los sanitaristas, por pertenecer a los sectores dirigentes de nuestra sociedad, compartan con los demás ese sentimiento revolucionario. Es justo además que así nos creamos, puesto que a menudo se habla de la revolución sa-

nitaria y de su consecuencia inmediata, la explosión demográfica.

Pero un cambio rápido no significa necesariamente por sí solo, la acción de revolucionarios. A mi entender, para que así sea, requiere ser dirigido por un grupo humano hacia un propósito revolucionario definido, ya que un cambio rápido podría ser también la resultante de innovaciones espontáneas. Por ejemplo, la introducción de los vehículos de motor y el extenso uso que de ellos se hizo de inmediato en los países industrializados, trajo en las ciudades el alejamiento de los caballos de tiro y de las vacas de leche. Tal hecho fue seguido de una considerable reducción de las moscas y de un decrecimiento de las diarreas de verano. Ese fenómeno pasó desapercibido hasta que al principio de la campaña antimalárica con DDT se observó, en las aldeas italianas

¹ Conferencia Magistral "Dr. Miguel F. Jiménez" presentada en Sesión Solemne de la Academia Nacional de Medicina, el día 25 de noviembre de 1970.

² Instituto de Investigaciones Educativas. Universidad Simón Bolívar, Caracas.

y de otros países, un decrecimiento similar en aquellas infecciones intestinales por la disminución de las moscas, antes de aparecer la resistencia. Entonces, gran parte de los efectos que a principios de siglo se habían atribuido a la acción sanitaria frente a las enfermedades diarreicas empezó a explicarse en forma más razonable. Así pues, un cambio brusco no es siempre una revolución. Somos solamente revolucionarios cuando establecemos un propósito y empeñosamente trabajamos por su realización efectiva.

Para poder fijar propósitos en el campo de la salud es necesario comprender a cabalidad lo que ella es y los factores que la afectan favorable o desfavorablemente. Esa comprensión la suministra la epidemiología, que estudia las relaciones entre el hombre y su ambiente en cuanto a las repercusiones de éste sobre la salud humana. Para ello precisamos conocer bien ese binomio, el hombre que padece y el ambiente donde vive. En este caso, nuestros conciudadanos y nuestro mundo latinoamericano, que entre sí forman las bases del problema que nos interesa.

*
* *

A primera vista pareciera que los seres humanos de la América Latina fueran muy diferentes, no sólo los que habitan cada país, sino los de unos países y otros. Esto último especialmente por el alejamiento en que nos mantenemos después de que nos separamos

políticamente de la Península Ibérica. Sin embargo, existe buen número de características de gran importancia que hacen de nosotros un conjunto mucho más homogéneo de lo que corrientemente se piensa. Aunque racialmente procedamos en mayoría de tres elementos, el ibérico, el aborigen y el africano, originalmente muy distintos, la verdad es que somos hoy miembros de una cultura común, salvo algunos grupos todavía no bien incorporados y que representan una fracción relativamente pequeña de la población. En ideas, lengua, religión, leyes, aspiraciones, etc., los latinoamericanos formamos un conglomerado dominado por grandes afinidades espirituales, que nos acercan mucho más de lo que nos separan las diferencias más aparentes. Esto me lleva a pensar que virtualmente somos una sola nación, bajo un signo muy especial: el de ser primeramente multirracial y luego pluriestatal. Ya el resto del mundo empieza a mirarnos como un todo y a tratarnos como tal. Ello nos llevará tarde o temprano a formar una Unión de Repúblicas Ibero-americanas, faltando sólo por descubrir la calificación unitaria que deberá darse a la agrupación continental, que nos será revelada por las condiciones y circunstancias políticas que nos reserva el futuro, preñado de tantos caminos posibles, bajo el signo de la necesaria integración.

Nuestra separación de Europa a principios de la Revolución Industrial y la pobreza acentuada por la guerra produjeron nuestro alejamiento de los centros de cultura, lo que afectó pro-

fundamente el desenvolvimiento de nuestra vida en muchos campos, especialmente en el sanitario. Por otra parte, el elemento ibérico llegado a nuestras tierras antes de la independencia tenía por lo general poca afición a trabajar los campos con sus propias manos, lo que lo llevaba a formar con preferencia centros urbanos y a alejarse de los riesgos sanitarios rurales, aunque no por ello dejase de explotar la agricultura, mayormente con carácter de empresario grande o pequeño. Por tal motivo, los sectores dirigentes, como habitantes de pueblos o ciudades, vieron con naturalidad el desarrollo del movimiento sanitario en el medio urbano, pero la etapa cultural que vivían los llevaba a poner más atención a la curación de los enfermos que a la prevención de las enfermedades.

Fuera de las civilizaciones azteca e incaica, que desaparecieron políticamente ante el impacto del conquistador, los aborígenes estaban dominados por culturas neolíticas, al igual que el africano, el otro elemento procedente de ultramar. En tal virtud formaron, y todavía forman, en la mayoría de nuestros países, los componentes básicos de las poblaciones rurales. En dichas culturas tampoco existía el concepto de prevención de las enfermedades. La ausencia de una idea clara y definida sobre este importante asunto era, pues, común a los tres grupos formativos de nuestras naciones. Tal circunstancia aunada al atraso existente en el ámbito de la educación, a la cual hemos despertado con lentitud, explica por qué la prevención de la enfermedad nunca

pudo ser verdaderamente una necesidad sentida en nuestros pueblos, mientras no se hizo evidente por la experiencia basada en conocimientos importados.

Comprendido así el problema en el campo que nos interesa en cuanto al primer término del binomio, el hombre latinoamericano, veamos lo concerniente al segundo, el ambiente. Desde los puntos de vista geográfico, topográfico y climático comprende todas las modalidades que presenta la Tierra. Es de notar, sin embargo, que la mayor extensión de nuestro territorio se encuentra en la zona tropical, donde los riesgos físicos naturales que afectan la salud son menores que en la templada, pero en donde por el contrario abundan los riesgos bióticos, que la vuelven mucho más agresiva. Por tal motivo, en la templada la epidemiología señalaba condiciones mucho más graves en las ciudades que en las áreas rurales, en donde el nivel de salud fue siempre mayor, mientras que en la tropical el cuadro era justamente inverso, pues el hombre rural está mucho más afectado por las infecciones que lo rodean. Esto es lo que sucede en la mayoría de nuestros países, pues sólo escapan a él algunas regiones del sur y de las altas montañas.

Pero no es esa diferencia entre lo urbano y lo rural la única importante que caracteriza a los factores epidemiológicos en las zonas templada y tropical. Es que en las zonas tropicales las condiciones de salud tienden a ser no sólo distintas cuantitativamente, sino, en muchas ocasiones, también cualitati-

vamente. Cuando las países industrializados de la zona templada se encontraban en una etapa sanitaria similar a la que vivimos hoy nosotros, las enfermedades transmisibles tendían a ser en gran parte agudas, y la gente que las sobrevivía quedaba en su mayoría sin lesiones residuales. Por el contrario, muchas de las enfermedades infecciosas y parasitarias que nos afligen afectan a una proporción mayor de la población, producen relativamente una baja tasa de letalidad y tienden a causar un cierto grado de incapacidad permanente. Por este motivo, la acción sanitaria tiene un papel mucho más importante en la América Latina de lo que jugó en los países de la zona templada cuando se encontraban en etapa similar, y por ello, la reducción de las enfermedades infecciosas y parasitarias entre nosotros no sólo significa una disminución del número de muertes, sino un claro aumento de calidad en los que sobreviven.

Al resumir lo dicho acerca del hombre y del ambiente latinoamericanos interesan los puntos siguientes:

1. Que debido a las características culturales imperantes el concepto de prevención de la enfermedad ha recibido mucha menos atención que el de curación de los enfermos.
2. Que por su origen el componente rural de nuestra población es el más atrasado educacional y económicamente, y por consiguiente, el menos apto para comprender las razones de la acción

sanitaria y el más impedido para contribuir a su costo.

3. Que la mayor extensión de nuestros países está en la zona tropical en donde los factores que afectan la salud, no son sólo cuantitativamente, sino también cualitativamente, diferentes de los de la zona templada.
4. Que el mayor predominio de los factores morbigenos en las áreas rurales hace que sus habitantes requieran mayor atención sanitaria que los urbanos, lo contrario de lo que sucedía en la zona templada.

*
* * *

A los factores humanos y ambientales antes señalados, que indican la necesidad de un enfoque especial para los problemas que afectan la salud en nuestra América Latina, deben agregarse otros, originados en las maneras con que hemos pretendido darles solución, las cuales pueden en determinados casos habernos desviado del rumbo más correcto, o por lo menos, haber introducido ciertas dificultades.

Primeramente, debemos tener en cuenta que la administración sanitaria que hemos adoptado la hubimos de aprender en los países más industrializados de la zona templada. La orientación que en tales países existe en cuanto a administración sanitaria, ha estado gobernada por las más graves condiciones que prevalecieron en las ciudades, lo que hace que dicha orien-

tación sea bastante diferente de la necesitada por países en donde los problemas sanitarios más serios han sido característicos de las zonas rurales. No se trata de que nuestras condiciones de salud en las ciudades no dejaran y no dejen todavía mucho que desear, pero aun cuando pueden ser malas, son, sin embargo, mucho mejores que las rurales. Debido a esto, y a las mayores dificultades de llevar la acción sanitaria conveniente a las zonas rurales, ha habido una tendencia a crecer desequilibradamente, y a dar un peso mayor a los problemas sanitarios urbanos que a los rurales, en contradicción con la verdadera situación epidemiológica. Por consiguiente la orientación en administración sanitaria que recibimos no fue por lo general, la más adecuada para responder a las condiciones de salud existentes en nuestros países.

En segundo lugar, encontramos hoy en las naciones más industrializadas de la zona templada una preocupación creciente por la medicina curativa y por la atención médica. Esto es producto de la etapa sanitaria que allí se vive, en donde, habiéndose ya reducido considerablemente las enfermedades transmisibles, es natural, que la preocupación se concentre sobre aquellas otras que requieren se impida que quienes ya enfermos por males actualmente inevitables, mueran o sufran daños crónicos que pueden prevenirse por tratamiento adecuado. El avance que se observa en tales países en este sentido nos desorienta, puesto que todavía no hemos nosotros llegado a la etapa sanitaria en la cual las enfermedades trans-

misibles hayan dejado de jugar el papel importante que todavía tienen entre nosotros. Es natural que en las escuelas de higiene ubicadas en la zona templada se conceda en la enseñanza gran cuidado a estos asuntos de la atención médica, los cuales, al ser aprendidos por estudiantes latinoamericanos, contribuyen a confundirlos sobre el papel que deben jugar nuestras organizaciones sanitarias. Por otra parte, las revistas de la especialidad procedentes de dicha zona prestan, como es lógico, mayor consideración a los problemas que tienen en este campo, y muy poca a los que más nos afectan, lo que contribuye a nuestra desorientación.

En tercer lugar, los requerimientos del desarrollo económico y social han llevado a otorgar gran importancia a todo lo relacionado con la planificación. No puede, por consiguiente, esquivar a esta técnica todo lo que concierne a la acción sanitaria. Pero inquietan en este respecto dos cuestiones en la metodología que se ha venido desarrollando. La primera me parece que se origina en la influencia dada por las técnicas vigentes en el ramo de la planificación económica, cuyo papel fundamental es aumentar la producción. Me parece que frente a la salud, la planificación que se recomienda sólo pretende por lo común el incremento de servicios o de facilidades, sin tomar en cuenta los beneficios que deben lograrse con la labor ejecutada. Considero tal hecho digno de serio cuidado, porque me parece que se están olvidando los verdaderos objetivos. Creo que esto tiene su origen en una confusión,

pues se me ocurre que no se le está prestando suficiente atención a los factores causales que realmente aquejan la salud de una población dada, y en cambio, se le da importancia a la demanda de asistencia que esa población cree necesitar. Esto puede tener una repercusión desfavorable a los propósitos más correctos, pues la que se solicita puede no ser la que alivie verdaderamente la situación. El segundo asunto que me preocupa es el de que las metas que este tipo de planificación aconseja se refieren especialmente a las facilidades que se ofrecen y a las unidades de trabajo ejecutado. Como no siempre la utilización de esas facilidades o el recibo de esas prestaciones producen beneficios mensurables en cuanto a reducción de la morbilidad y de la mortalidad, o del mejoramiento de la salud, que es lo que en fin de cuenta se persigue, la gran atención al cumplimiento de esas metas puede estar contribuyendo a crear una desorientación que al final puede resultar perjudicial. Este enfoque se extiende, a veces, al análisis de costos y beneficios, en los que a menudo se toman por estos últimos a los servicios suministrados. Al pensar de esta manera se está olvidando que los verdaderos objetivos de la acción sanitaria son la reducción de la morbilidad y de la mortalidad, para mejorar la salud con el fin de prolongar la vida y suministrar el bienestar necesario para gozarla.

Los especialistas conciben la planificación como el instrumento que sirve para determinar y establecer las necesidades fundamentales existentes en un

campo dado, así como para proponer y evaluar soluciones que permitan formular programas adecuados con el fin de atender dichas necesidades, y para introducir, de acuerdo con las circunstancias, las modificaciones que pueden requerir los cambios que se experimenten en tales necesidades. Tengo la impresión de que nuestros planificadores en el campo que interesa incurren a menudo en una equivocación, al interpretar lo que en la definición antes citada se comprende por necesidades. En nuestro ámbito debe entenderse por necesidades, todas las acciones requeridas para aminorar o eliminar factores de morbilidad o mortalidad, o para producir el bienestar físico, mental o social de la colectividad. Existe, sin embargo, una interpretación, que me parece más común, mas no por ello correcta. Tal es la de que necesidades son los servicios que puede requerir una población para sentirse atendida en lo relacionado con las enfermedades que la afligen. Estas dos maneras de ver envuelven conceptos muy diferentes, pues mientras la primera se dirige a resolver total o parcialmente el problema para adelantar la situación, la segunda se encamina apenas a aliviar el problema sin cambiar generalmente la situación. Esto se origina, creo yo, a que frecuentemente los objetivos finales de la acción sanitaria se confunden con los objetivos inmediatos del programa, representados por los servicios que se prestan. Al obrar en esta última forma existe la tendencia a evaluar las metas de las actividades realizadas y se olvida verificar si se han conseguido o no los ver-

daderos objetivos perseguidos. De otra manera no puedo entender que en un artículo publicado en nuestra lengua, en una de las más importantes revistas de la especialidad, se afirme que en la acción sanitaria existen dos alternativas: Una mínima para "mantener la política de satisfacer la demanda, sin pretender influir en las tasas de mortalidad y de morbilidad"; y otra máxima que "implica introducir modificaciones en la política de salud de modo de influir favorablemente en el nivel de salud". Es evidente que si un país en pobres condiciones sanitarias adopta la primera alternativa, continuará por todo el tiempo sin introducir mejora alguna que favorezca a su población, puesto que los fondos disponibles se invertirán en atender una demanda para mantener el *statu quo*. Sinceramente creo que quienes formulan una alternativa mínima de ese tipo están equivocados, pues no podemos pretender que un país adelante si todo el esfuerzo que hace es para conservar el mismo grado deficiente de su salubridad. Si esa primera alternativa aconsejada tomara cuerpo, y fuera aceptada por algunas de nuestras administraciones sanitarias para las zonas rurales, no dudo de que habrá de irse al estancamiento y al fracaso. Quienes adopten esa manera de pensar se transforman sin darse cuenta en unos de los agentes más sutiles de la reacción.

En tercer lugar, otro de los factores concurrentes a la desorientación de nuestra acción sanitaria lo constituyen las pobres estadísticas vitales de que frecuentemente disponen nuestros paí-

ses. Hagamos lo que hagamos, digamos lo que digamos, si no estamos en capacidad de respaldar con cifras precisas los beneficios conseguidos con nuestras actividades, no podremos convencer ni a la presente ni a las futuras generaciones de que hemos trabajado con propiedad. Para asegurar que hemos fomentado la salud con nuestra gestión, y que de ello no cabe duda, debemos respaldar tal aseveración con números que indiquen con precisión en cuánto se ha reducido el número de enfermos y de muertes y, como consecuencia de ello, en cuánto se ha prolongado la vida. Si no solicitamos esa confirmación, ¿cómo podremos aseverar que estamos haciendo lo que realmente necesitan nuestros pueblos? La despreocupación que se observa generalmente por nuestras estadísticas vitales es grande, y a veces pienso que tiene su origen en el subconsciente porque es posible que no estemos seguros de la efectividad de nuestras labores.

Que ninguno de nuestros países haya adoptado el sistema de crear áreas de registro de muertes y de nacimientos, como base para el mejoramiento de sus estadísticas vitales, método que emplearon exitosamente los Estados Unidos de América hace más de medio siglo, es una clara indicación de la indiferencia con que hemos visto este problema. El hecho de que sea en estos últimos tiempos cuando un comité de especialistas aconseje su adopción, es una ratificación de lo que acabo de decir.¹ Otra señal de esa apatía es la ausencia de la mayoría de nuestros países en el Anuario Mundial de Estadísticas Sani-

tarias publicado por la Organización Mundial de la Salud, pues sólo cinco aparecen incluidos regularmente, entre ellos, por fortuna, México y Venezuela. Para emprender la revolución sanitaria que necesitamos no hay dudas de que es urgente resolver esta situación. Hemos alcanzado en amplios sectores de nuestros países un desarrollo administrativo que permite una franca mejora de las estadísticas vitales. Pero no basta recogerlas bien, se precisa presentarlas oportunamente y en forma adecuada para que puedan servir de guía útil a la acción sanitaria. Sabedores de que en las áreas rurales los valores de las tasas de mortalidad son más del doble que en las de los urbanos² convendría publicar todos los datos separadamente para demostrar cómo va disminuyendo la diferencia. Como miembros de una misma cultura sería un signo elegante de hermandad editarlas con uniformidad, para lo cual se requeriría reunir un grupo de expertos que asesoraran al respecto. La realización de un proyecto de esta naturaleza, al permitir con regularidad fácil acceso a los datos, obligará a su empleo frecuente para la útil orientación de la gestión, y permitirá las comparaciones internacionales que servirán de estímulo a nuestras empresas. Como aliento para reparar las fallas que tenemos en este campo debemos recordar a diario que una empresa que no se preocupe por la contabilidad está expuesta a fracasos.

En resumen, los factores concurrentes que han tendido a desorientarnos en la acción sanitaria son los siguientes:

1. La influencia de una administración sanitaria desarrollada en países industrializados de la zona templada, donde han prevalecido condiciones diferentes a las nuestras, aplicada con frecuencia sin la debida adaptación a éstas.
2. La tendencia a confundir los objetivos inmediatos del programa con los objetivos finales que debe perseguir la acción sanitaria.
3. La deficiencia en nuestras estadísticas vitales que, por una parte, nos lleva a carecer de cifras útiles para precisar cuáles son las labores que deben recibir realmente prioridad, y por otra, nos impide evaluar oportunamente los beneficios que se estén consiguiendo en cuanto a la reducción de la morbilidad y de la mortalidad, y a la prolongación de la vida.

*
* *

En la historia de la Humanidad se revelan dos hechos que han tenido profunda repercusión en el mejoramiento de la salud: el aumento de la producción de alimentos y la disminución en la hostilidad del ambiente. La orientación adecuada de la revolución sanitaria que necesitamos no puede conseguirse sin una comprensión cabal de esos dos factores.

El primer signo de mejor salud es la supervivencia del ser humano, la cual se caracteriza porque un número mayor de individuos llega a la etapa de

reproducción, como consecuencia de lo cual se eleva la densidad de la población. El número de componentes de las colectividades humanas principió a aumentar cuando de simple recolector de alimentos en la era paleolítica el hombre pasó en la era neolítica a ser un productor de cosechas y rebaños. Así pues, el aumento de alimentos fue la causa de la primera explosión demográfica, la cual no ha dejado ejercer su influencia en los milenios que le siguieron. Por ejemplo, creo que es muy posible que el crecimiento de la población que se comenzó a observar después de 1650 en Europa haya sido en gran parte la consecuencia de la importación y de la intensificación del cultivo de la papa que se llevó de América. Por lo tanto, la producción de alimentos adecuada es el primer paso para mantener un buen grado de salud. El sanitarista no puede entonces dejar de preocuparse de las estadísticas de producción de alimentos, las cuales tienen que indicar un tasa de aumento por lo menos igual al de la población. En nuestros países, en donde el consumo es menor que el necesario, esa tasa tiene que ser mayor para que haya verdadero progreso. Con el fin de confirmar que no se está fallando en este campo se precisa levantar quinquenalmente por lo menos, por el método de muestreo, cuál es el aumento que experimenta en cada una de nuestras repúblicas, el consumo de calorías y proteínas por habitante, pues si no se produce el incremento necesario, resultan inútiles los esfuerzos de muchas otras ramas de la acción sanitaria. El progreso en este

campo no está en manos del sanitarista, pero él deberá estar convencido de que si no se avanza en este terreno no podrán resultar cabales los beneficios de su esfuerzo. Por tal motivo, la acción sanitaria deberá estar dirigida en gran parte a promover las facilidades para una mejor producción de alimentos, y en ningún caso, a limitarla, por razón de que absorba fondos mayores de los necesarios para la etapa socioeconómica en que se encuentre el país en cuestión.

La hostilidad del medio, como para todas las demás especies animales y vegetales, es otro factor limitante de la vida del hombre. Aquí encontramos también que buena parte de la disminución de la hostilidad del ambiente se debe a labores extrañas a la acción sanitaria, por lo cual esas labores pueden y deben ser promovidas por efecto de la política sanitaria.

Ahora bien, la hostilidad del medio depende de la influencia de sus componentes físicos, biótico y social, los cuales juegan un papel diferente sobre la salud del hombre, de acuerdo con la etapa sanitaria en que se viva. Todavía los riesgos de origen biótico constituyen entre nosotros uno de los problemas fundamentales, particularmente en las zonas rurales, mientras que en las áreas urbanas e industriales son ya los riesgos de origen físico y social los que vienen imponiendo condiciones desfavorables a la salud, y que requieren, por lo tanto, una atención igualmente apropiada. Por tal motivo debemos comprender que, en este aspecto, la acción sanitaria no es otra cosa que un esfuerzo para

acomodar las relaciones ecológicas entre el hombre y los componentes adversos del ambiente en favor del primero y en contra de los segundos.

Conviene ahora recordar que los riesgos para la salud procedente de componentes del ambiente, particularmente los agentes de origen biótico, al oponer resistencia al hombre, tienen efectos sobre la mortalidad semejantes en cualquier región del mundo. Por tal motivo, la reducción de la mortalidad para cada grupo de edad sigue tendencias similares en los diferentes países, cualquiera que sea su posición geográfica. Los riesgos pueden ser distintos, pero en su conjunto el efecto de las condiciones ecológicas desfavorables al hombre es muy parecido. Esto nos debe llevar a estudiar cómo se redujo la mortalidad en cada grupo de edad en los países hoy día industrializados, a fin de identificar cuáles son los grupos que entre nosotros están quedando retardados. Es posible, entonces, al analizar las causas más importantes, responsables de la situación, escoger entre ellas las más fácilmente dominables por los medios disponibles, y atacarlas con medidas específicas y directas, para lograr así en el tiempo más breve la mejora que buscamos. Este enfoque, sobre el cual he venido insistiendo durante estas dos últimas décadas, lo considero indispensable si queremos llevar a cabo realmente la revolución sanitaria que necesitamos. Esto debe permitir lograr con celeridad una mayor suma de beneficios con los fondos de que disponemos.

De lo anteriormente dicho podría pensarse que al aumentar la supervivencia del hombre mediante el mejoramiento de sus condiciones de salud, sólo se produce un incremento del número de habitantes, ya que eso es lo que origina la reducción del número de muertes si la natalidad permanece igual. Pero el objetivo fundamental de la acción sanitaria no puede ser ese simple hecho. Lo que verdaderamente interesa es mejorar la calidad del ser humano, para lo cual se requiere conservar y fomentar la capacidad física y mental con que ha nacido, a fin de que llegue, por lo menos, al mismo grado alcanzado por quienes viven en los países industrializados más avanzados de la zona templada. En este sentido es interesante observar que si las enfermedades infecciosas y parasitarias, por sí solas o en combinación con deficiencias nutricionales reducen permanentemente el cociente de inteligencia de los habitantes de una región en 5 por ciento, entonces el número de hombres con capacidad potencial para dirigentes disminuye en 25 por ciento. Lo que en realidad importa es pues, no simplemente que los que nazcan no se mueran, sino que a los que sobreviven les sea posible disfrutar del pleno goce de la vida y ser elementos útiles al país. Sin embargo, la verdad es que no podemos, por algún tiempo, aumentar la calidad de nuestros habitantes sin que al mismo tiempo acrecentemos su cantidad.

Por otra parte, conviene estar alerta acerca del peligro que eso puede significar, resultante de una acción sani-

taria mal dirigida. En efecto, la práctica elemental del arte de curar que se lleva a cabo en muchos establecimientos mantenidos para tal objeto, especialmente en las áreas rurales, puede que sólo contribuya a incrementar la explosión demográfica y que poco represente para el progreso de la colectividad. Esto especialmente si la consecuencia de la introducción de dicha medicina curativa elemental es la reducción, por carencia de fondos, de las posibilidades de aplicar las medidas preventivas, particularmente del campo del saneamiento ambiental, que reducirían o eliminarían las grandes epidemias y demás causas responsables de la situación.

Al mencionar la explosión demográfica como consecuencia de la acción sanitaria conviene hacer ciertas consideraciones adicionales. Como en los tiempos en que vivimos ya la hemos producido y los niños que causan problemas ya están nacidos, pienso por ello en la necesidad de que nos aboquemos con mayor cuidado a ver cómo podríamos resolver el problema ya causado. Esto implica que prestemos atención a dos aspectos diferentes. Primero, las ventajas a largo plazo que para muchos de nuestros países significaría el aumento de población, al disponer de un amplio territorio actualmente no bien utilizado por el hombre. Esto implica desventajas inmediatas que tienen que resolverse. Segundo, no debemos olvidar que un país que no acrecienta anualmente su ingreso per cápita puede, sin embargo, todavía considerarse que se está desarrollando adecuada-

mente si al mismo tiempo está logrando un aumento en la calidad de su pueblo, especialmente en salud y educación, lo cual representa indudablemente un progreso del grupo social. Para nuestro desarrollo integral no debemos dejarnos obsesionar por los problemas del campo puramente económico. Por supuesto, la solución requerida como consecuencia de estos dos enfoques reclama un estudio multidisciplinario, guiado por conceptos originales, verdadera y completa respuesta a las necesidades nacionales y continentales.

En fin, se requiere comprender bien que sin aumento de la producción de alimentos y sin reducción de la hostilidad del ambiente no es factible alcanzar un nivel adecuado de salud. Además, precisa tener presente que es posible acelerar el progreso si se aplican medidas específicas y directas para prevenir las infecciones más fácilmente evitables. Asimismo, conviene siempre recordar, que es el mejoramiento de la calidad del ser humano, que sólo se puede lograr con una acción sanitaria bien conducida, lo que fundamentalmente interesa a nuestras repúblicas.

*
* *

Es preciso tener muy claramente en cuenta que la acción sanitaria que debemos desarrollar en nuestros países tiene en todo momento que responder a las cuatro calificaciones siguientes: eficiente, equilibrada, armónica y proporcionada.

Es eficiente cuando puede probarse estadísticamente que la labor ejecutada ha producido un mejoramiento de la salud y un crecimiento del bienestar de los diversos sectores de la población. La eficiencia de la acción sanitaria depende de la atención que se preste a los objetivos finales que se persiguen, y de ninguna manera de las facilidades ofrecidas y de los servicios suministrados. Esto es importante porque, dada la ausencia original en nuestra cultura, del concepto de prevención de enfermedades, debemos tener presente que no son solamente las necesidades sentidas las que nos pueden servir de guía para aplicar métodos útiles para reducir los factores que dañan la salud. Si por desorientación quisiéramos responder a tales necesidades, lo que lograríamos sería un alivio puramente psíquico, pero no un progreso sanitario auténtico en la exacta e íntegra significación del concepto.

Que no llevamos con nosotros la orientación necesaria nos lo indican varios hechos. Uno de los pasos que primeramente dieron los países hoy día avanzados industrialmente fue el de suministrar agua bacteriológicamente pura a sus poblaciones. En el Plan Decenal de Salud de la Alianza para el Progreso, adoptado en la Carta de Punta del Este, se estableció como uno de los objetivos para la década de los 60, el de "suministrar agua potable y servicio de alcantarillado por lo menos al 70 por ciento de la población urbana y al 50 por ciento de la población rural". Al revisar las cifras para 1969 encontramos que Barbados, Guyana,

Jamaica, Trinidad y Tobago tienen una proporción de población urbana con agua conectada a sus domicilios mayor que Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela, países con ingresos per cápita mucho más altos que los cuatro primeramente nombrados.³ Si las antiguas colonias británicas han conseguido dotar de agua a los domicilios del 80 al 97 por ciento de su población urbana, es porque la orientación del sistema sanitario británico es diferente de la nuestra y no por falta de fondos, puesto que los ingresos per cápita de los países latinoamericanos nombrados son considerablemente más grandes. Con un enfoque de esta naturaleza no es de extrañar que las condiciones sanitarias de aquellos países del Caribe sean superiores a las de los latinoamericanos de iguales y aún de algunos con mayores ingresos. Todo lo señalado quiere decir que los países orientados por el sistema británico tienen hoy una acción sanitaria mucho más eficiente que la que por lo general estamos empleando en la América Latina. Esto precisa de una profunda meditación, porque ciertamente debe dolernos que países con mucha menos tradición que nosotros hayan tomado la delantera, por haber dispuesto de una orientación más acorde con la etapa sanitaria en que viven.

La Carta de Punta del Este trae también otros dos objetivos en cuanto a mejoramiento de la salud, respecto de los cuales quiero también llamar la atención. Se trata de la reducción de la mortalidad de los menores de cinco años de edad a la mitad de las ta-

sas de principios de la década y a la adopción del objetivo de aumentar en cinco años la esperanza de vida al nacer durante la década de los 60. Desde que se adoptaron esos objetivos en dicha Carta es porque se consideró factible su alcance. Sin embargo, no tengo conocimiento de que en los planes de salud que se han venido formulando para algunos de nuestros países se haya establecido el procedimiento para alcanzar tales objetivos. Estos dos objetivos son para mí de especial interés. Creo haber sido acaso yo el primero en llamar la atención sobre el hecho de que si no se rebaja la mortalidad del grupo de 1 a 4 años y no nos proponemos aumentar la esperanza de vida en por lo menos seis meses por cada año de trabajo, no podremos acelerar el mejoramiento de la salud, como es posible con los métodos de que hoy se dispone.⁴

Tenemos, entonces, que si no acatamos las orientaciones del Plan Decenal de Salud de la Carta de Punta del Este, no podremos calificar como eficientes servicios en donde se olviden los objetivos allí propuestos.

La acción sanitaria es equilibrada cuando los beneficios producidos en cuanto a reducción de la mortalidad y de mortalidad, y del mejoramiento de la salud, están equitativamente distribuidos a manera de eliminar desigualdades regionales. A ese fin es necesario en cada región se atiendan los problemas fundamentales que afectan la salud de acuerdo con la gravedad que revisten. Para poder cumplir con este propósito se precisa que la organización sanitaria establezca servicios

y comparta el presupuesto ajustándose a esos problemas regionales. Una distribución del presupuesto por habitante, de acuerdo a las divisiones políticas mayores y a los sectores urbano y rural, dará la indicación más cabal sobre si se está llevando a cabo una acción sanitaria equilibrada. Que en esto existe también desorientación, lo revela el hecho, bien conocido, de que en la mayoría de nuestros países las tasas de mortalidad en las zonas rurales son mucho mayores que las urbanas. Ese desequilibrio es uno de los problemas fundamentales de nuestras administraciones sanitarias, y mientras no lo resuelvan no podrá decirse que están atacando, como merecen, los problemas que deben atender.

Ordinariamente se asienta que las estadísticas vitales, particularmente el registro de defunciones, no se llevan bien en las zonas rurales. Si muchas muertes quedan sin registrar, es natural que las tasas correspondientes sean menores que las reales, y si las tasas conocidas son mayores en las zonas rurales que en las urbanas, quiere decir que la diferencia es mucho más grande de lo que revelan las cifras. Lo mismo puede decirse de la expectativa de vida al nacer, la cual, por el contrario, aparece incrementada por las deficiencias del registro. Por ejemplo, un área del sector rural seleccionada por su buen registro de mortalidad, tenía en 1958, en Venezuela, una esperanza de vida al nacer de casi 10 años menos que otra área del sector urbano igualmente con buen registro. Que es posible enmendar aceleradamente esta disparidad

lo revela el hecho de que en menos de un quinquenio la diferencia de la expectativa de vida entre dichos sectores bajó a cinco años. Fenómeno parecido habrá de encontrarse entre los índices procedentes de los barrios insalubres de las grandes ciudades con respecto a los de sectores de las mismas en donde se desarrolla la vida dentro de un ambiente higiénico. Hasta que no se trate de corregir este defecto, no se puede decir que se obra con una acción sanitaria equilibrada.

La organización sanitaria tiene también que ser armónica, además de eficaz y equilibrada. La desigualdad del desarrollo económico y social en diferentes regiones de nuestros países, en los cuales simultáneamente se encuentran sectores industrializados ya bien avanzados y sectores que todavía tienen condiciones primitivas, es otro factor que ha producido variaciones regionales de las condiciones de salud. La atención requerida por tan diferentes situaciones implica el uso de métodos también distintos. Por tal motivo, no se puede romper con el pasado como se ha pretendido en muchos casos, pues mientras unos viven en la época actual de los países industrializados, para otros el presente es en realidad el pasado. Quienes olvidan esto sólo contribuyen a agrandar el desequilibrio y a retardar la obtención de los beneficios deseados. Así, mientras que en unas áreas se pueden aplicar procedimientos de los más modernos, en otras habrá de atenderse a problemas ya desaparecidos hace muchos años en los países adelan-

tados u originados por las condiciones tropicales del medio.

Mantener la armonía de la acción sanitaria es uno de los problemas fundamentales de nuestro tiempo. Por ejemplo, en la rama del saneamiento ambiental los riesgos físicos y sociales comunes a la industrialización y a la urbanización preocupan grandemente a los sanitaristas de los países avanzados. Así se pone en ellos mucha atención a la contaminación del aire, del agua y del suelo; a los problemas del ruido y de la disposición de los desechos sólidos, a los del hacinamiento y del transporte. Pero en otras zonas nuestras, los riesgos bióticos todavía gobiernan el panorama sanitario, y son la malaria y la enfermedad de Chagas, las helmintiasis intestinales, el suministro de agua potable, la vivienda primitiva y otros los problemas a cuya solución hay que abocarse. Por consiguiente, un departamento de saneamiento ambiental, para ser armónico deberá al mismo tiempo mantener dependencias que atiendan ambos problemas, lo que complica mucho nuestras administraciones sanitarias, cuestión que no sucede en los países industrializados, en donde los riesgos de origen biótico ya no tienen casi importancia para la salud de sus habitantes.

Lo mismo sucede en el campo de la medicina preventiva, y muy particularmente en el de la curativa. Mientras que en los sectores atrasados de nuestros países las afecciones que requieren tratamiento, pueden ser bien atendidas a través de una práctica médica sencilla con instituciones modestas.

porque sobran las facilidades de las más complejas, en otros lugares las enfermedades que prevalecen necesitan instalaciones hospitalarias modernas. Así también, mientras que en los centros industrializados de nuestros países la preocupación de los sanitaristas puede estar dirigida, por ejemplo, al despistaje del cáncer y de la diabetes, en otros sectores es la vacunación contra la viruela y el control del tétanos infantil lo que debe constituir una de las actividades de importancia.

La acción sanitaria es proporcionada cuando guarda una relación adecuada con la precisada para atender a otros problemas cuya solución es también requerida para el progreso del grupo social. La obsesión que padecemos por haber sido países retrasados sanitariamente nos ha llevado a veces a dar más énfasis al mejoramiento de la salud, en relación con el puesto para el cuidado de otros problemas, ante cuya persistencia no podemos adelantar económica o socialmente. Tengo la impresión, por ejemplo, de que el nivel de salud existente en muchos de nuestros países es considerablemente superior al que le corresponde en la etapa de desarrollo que viven, esto en especial si la comparación se hace con el de educación, lo cual ha sido, en la mayoría de los casos, la resultante de una presión mayor puesta por los sanitaristas. En este sentido, no debemos olvidar que la salud no es un fin aislado, sino que son las oportunidades de desarrollo integral del ser humano, que ella permite, lo que interesa fundamentalmente a una nación. Si para man-

tener un grado de salud dado, desviamos una cantidad de fondos mayor de lo que justamente corresponde, contribuimos a crear una desproporción entre el desarrollo de los servicios sanitarios y los demás que interesan al Estado. Así vemos con frecuencia que los hospitales universitarios han sido erigidos con una arquitectura mucho más costosa que los demás edificios empleados en los otros departamentos de la misma universidad. Cosa semejante encontramos al comparar la arquitectura de ciertos centros de salud y la de los liceos en las mismas ciudades, lo mismo que entre la de los dispensarios rurales y la de las escuelas ubicadas en el mismo sector. Dudo de que esa sea una política apropiada a las circunstancias en que vivimos, pues no comprendo bien el razonamiento que lleva a colocar a un enfermo en un ambiente lujoso en comparación con la vivienda de donde proviene y a proporcionar un ambiente mucho más modesto para la formación de los jóvenes que van a ser tarde o temprano los dirigentes de nuestras repúblicas. Ese contraste entre la atención ofrecida para las etapas posiblemente finales de la vida, frente a la suministrada para los estudios formativos de los mejores componentes de nuestra población, es algo que debe merecer nuestra atención, porque puede ser el fruto de un altruismo mal entendido, o toda una interpretación errada de las circunstancias.

En resumen, es preciso que nos empeñemos en que la acción sanitaria sea eficiente, equilibrada, armónica y proporcionada. De otra manera no

podremos los sanitaristas ejercer el papel de buenos dirigentes que nos corresponde, y más bien podríamos transformarnos en estorbo para las otras líneas que debe atender el Estado en su propósito de acelerar el desarrollo integral en lo económico y en lo social de que estamos tan urgidos.

*
* *
*

De lo anteriormente dicho se desprende que para ser verdaderamente eficaz, la organización sanitaria tiene que responder integralmente a las necesidades de las diversas etapas de desarrollo que en el campo de la salud vive el país al que sirve. Muchos de los problemas que afectan a las distintas regiones de nuestros países no los padecieron las naciones industrializadas de la zona templada, o fueron afectadas de manera muy diferente, por lo cual no se vieron precisadas a utilizar todos los medios que debemos emplear nosotros hoy para ser realmente eficaces. Hemos heredado de ellas las técnicas en este campo y si queremos que éstas respondan a nuestras urgencias precisamos no adoptarlas sino adaptarlas, para aplicarlas en la forma que mejor resuelvan nuestros problemas. Se requiere entonces un cambio al cual debemos abocarnos sin miedo para tener así la oportunidad de demostrar con claridad el espíritu revolucionario, si es que en verdad somos lo que pretendemos ser.

Que en la zona tropical se pueden conseguir en breve tiempo las mismas

condiciones sanitarias que en la templada, lo demuestra la evolución del nivel de salud que ha experimentado uno de nuestros pueblos latinoamericanos, Puerto Rico. Para 1940 la esperanza de vida al nacer era allí de 17 años; para 1960 se había elevado a 71 años, o sea un incremento de más de un año en la expectativa de vida por año de trabajo. Ese progreso acelerado se debe con seguridad a una orientación diferente a la que hemos seguido la mayoría de nosotros. Así no dudo de que si ponemos más cuidado al mecanismo de reducción de la mortalidad y del mejoramiento de la salud, y aplicamos aquellas medidas ya hoy bien conocidas como activas y de potentes y manifiestos resultados, podremos producir, en el menor tiempo y con el menor costo, los beneficios que requieren nuestras repúblicas para progresar mucho más velozmente en sus niveles de salud. Tengo, sin embargo, la preocupación de que en la actualidad poco cuidado se dedica a las posibilidades que acabo de señalar. Tal vez provenga esto en el hecho de que se estén olvidando principios que hace unos cuantos años eran los que gobernaban las administraciones sanitarias de los países avanzados. Se ponía entonces más atención a la prevención de ciertas enfermedades evitables que a la curación de los enfermos, ya que mientras menor sea el número de éstos más provechosos serán los fondos disponibles. En efecto, si un Estado considera que 5 ó 6 camas de hospital por 1000 habitantes son suficientes para las condiciones de morbilidad en que se

encuentra, otro país que tenga una prevalencia doble de enfermedades, requeriría 10 a 12 camas por 1000 habitantes. Esta orientación lo colocaría más allá de sus condiciones económicas, y lo llevaría a inversiones en medicina curativa perjudiciales a las que deben hacerse en medicina preventiva y en saneamiento ambiental para reducir más considerablemente sus tasas de morbilidad.

Dijimos que la sobrevivencia y la calidad del hombre reposan fundamentalmente en la nutrición que recibe desde el momento mismo de nacer. Fomentar la buena nutrición debe constituir, por consiguiente, uno de los empeños primordiales de la organización sanitaria. Si bien la base de la atención de este problema, es decir, el incremento de la producción de alimentos, no es cuestión específica de la acción sanitaria, también es cierto que ella puede contribuir enormemente al objetivo en consideración, al velar por la salud del hombre rural. Sin una producción abundante que mantenga los precios de los alimentos a un nivel accesible de acuerdo a la situación económica de la mayoría de la población, no se podrá pensar en una mejora de la nutrición. Pero esto sólo no basta, pues muy frecuentemente se observa en algunos de nuestros países que los hábitos de consumo están pervertidos, y que muchas familias que se encuentran en transición de grupos social prefieren economizar en alimentación para dedicar los fondos disponibles a los esfuerzos requeridos por el fin que persiguen, o aún a la adquisición de

artículos de lujo que nada significan para su verdadero bienestar. Dada la gran movilidad existente en nuestra población, cada vez dichas familias constituirán una proporción mayor de nuestro pueblo. Por este motivo el empeño que se requiere en este sentido en el campo de la educación sanitaria debe de ser todos los días mayor, puesto que las deficiencias nutricionales al deteriorar el organismo pueden constituirse en verdadero impedimento a los propósitos aspirados por dichas familias. Conviene, por lo tanto, que la educación sanitaria se percate de los puntos fundamentales que debe atender y no diluya sus gestiones en asuntos totalmente sin interés, como muchas veces sucede.

El segundo problema importante lo constituyen las grandes endemias, particularmente en las zonas rurales, pues son otro de los factores de deterioro más pernicioso del ser humano. No sólo las que producen alta mortalidad, como la malaria, deben interesarnos, sino también aquellas que pasan con frecuencia desapercibidas en sus efectos y que sin embargo constituyen agentes de gran perjuicio. Por ejemplo, es evidente que en aquellas zonas en donde prevalecen la enfermedad de Chagas, el daño miocárdico no permite al trabajador ejecutar la ruda labor que se espera de él. La ascariasis, ese mal común de muchos de nuestros niños, no sólo aumenta la necesidad de camas de hospital por las intervenciones agudas del abdomen a menudo requeridas, sino que además disminuye altamente su grado de nutrición al compartir con

los vermes las pocas proteínas que reciben para su alimentación. Los cerebros anemiados por la anquilostomiasis no van a permitir el aprendizaje debido en los años pasados en la escuela. Cada ataque de una enfermedad diarreica o febril significa otro severo golpe al estado nutritivo del afectado. Tales ejemplos, y el recuerdo de otros males nos llevan a la conclusión evidente de que no será posible mejorar la calidad de suficiente número de nuestros conciudadanos a menos que se den pasos seguros para la reducción de las causas de estas graves dolencias.

Existe otro campo cuyo descuido en buen número de nuestras administraciones sanitarias me causa gran preocupación. Me refiero a los homicidios y a los accidentes de tránsito. Por mucho empeño que puse no pude lograr en el quinquenio en que fui Ministro de Sanidad y Asistencia Social organizar dependencias que se ocuparan de estos dos problemas, pues el sentir de muchos sanitaristas éstos no constituían enfermedades, por lo cual no creían ser de interés para los médicos fuera del hospital. Sin embargo, en gran número de nuestros países los homicidios y los accidentes de tránsito alternan entre la primera y la segunda causa de muerte en el grupo de edad entre 20 y 40 años, cuando los individuos son más altamente productivos. Y no sólo son las muertes, sino también las invalideces consecuenciales a las reyertas y a los percances automovilísticos las que dañan grandemente a nuestra población. A pesar de la gravedad que estos factores significan, la epidemiología de los

homicidios y de los accidentes de tránsito es bastante desconocida entre nosotros, señal de la desorientación que con frecuencia padecemos al no interpretar convenientemente los problemas que nos afligen. A menos que respondamos mejor a este nuevo reto, nuestras organizaciones sanitarias no podrán calificarse de eficaces, y sin eficacia no podrá haber revolución.

Desde este último punto de vista, como desde los otros, nuestras actividades de higiene mental están por lo común atrasadas. Se encuentran dominadas por la atención de aquellos casos que presentan trastornos psíquicos evidentes, y descuidan el comportamiento diario de los seres humanos y las repercusiones que sobre la mente pueden tener las deficiencias nutricionales y las originadas por las grandes epidemias. El hacinamiento que produce la urbanización y la congestión del tránsito son también factores que están afectando mentalmente a las personas y que al pasar desapercibidos producen grandes trastornos sociales que no reciben la atención apropiada. ¿Cómo podría decirse que cumple con su deber un departamento de higiene mental que no se preocupe del daño que producen en los cerebros de los niños la desnutrición o las grandes epidemias? Para ser revolucionarios tenemos también que despertar en este campo de inquietud y de acción e introducir las modificaciones requeridas.

Con las consideraciones que acabo de hacer, creo haber presentado argumentos suficientes para demostrar la necesidad de introducir cambios en

nuestra organización sanitaria a fin de hacer que la acción que allí se lleve a cabo responda más cabalmente a las necesidades de nuestras naciones. Primeramente, se requiere modificar nuestra actitud sobre asuntos que no parecen incumbir directa y visiblemente a los departamentos de sanidad, pero que deben interesarles vivamente, pues sin su solución poco pueden adelantar en su propio campo. Mientras más aparentemente lejanos, más deben llamar nuestra atención tales aspectos, pues ello les hace más proclives a ser descuidados u olvidados, cuando su importancia puede ser de grandes repercusiones. Por otra parte, se requiere introducir innovaciones en la estructura misma de los ministerios respectivos para ponerlos verdaderamente acordes con los problemas que deben atender. La experiencia demuestra que a menos que se le dé igual énfasis a las actividades de saneamiento ambiental y a las que se dedican a la medicina curativa y a la preventiva, no será posible resolver los problemas de las grandes endemias ni atender los originados por los fenómenos de la urbanización y de la industrialización, que al contaminar en alto grado el ambiente lo están volviendo cada vez más perjudicial a la salud y a la vida del hombre. Esta manera de pensar me llevó en 1960 a introducir en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, una estructura que atendiese a tales asuntos y que por razones legales y de tradición se conoce bajo el nombre de Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental, con jerarquía igual a las otras

grandes dependencias de dicho despacho. Que tuve razón al obrar así lo ha venido a confirmar un comité de expertos sobre la materia, perteneciente a la Organización Mundial de la Salud, que se reunió en Ginebra el año pasado,⁵ el cual en su informe aprobó una recomendación en tal sentido. Es natural que éste me haya complacido mucho, al confirmar cómo por haber sido pioneros, obramos como revolucionarios. Otro motivo de complacencia lo constituye el hecho de que una de las recomendaciones del Comité de Expertos sobre Malaria de la misma Organización, en su reunión del mes pasado⁶ se refirió a la necesidad de estudiar el patrón que debe tener la organización que se encargue del mantenimiento de la erradicación de dicha enfermedad. Creo sinceramente que los deficientes resultados consecuencia de haber puesto esta fase de la campaña en mano de los servicios ordinarios de medicina preventiva, conducirán a confiar a un gran servicio de saneamiento ambiental la conservación de la erradicación de la malaria, así como las medidas que impidan su reintroducción en las zonas ya saneadas.

Desde el punto de vista que acabo de señalar, siempre me ha llenado de satisfacción ver que la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México es uno de los ministerios del ramo que ha venido prestando más atención a las cuestiones relacionadas con el saneamiento ambiental. Sin embargo, en general, podríamos decir que en todos los países latinoamericanos existe desarmonía en el desarrollo que tales actividades re-

quieren. Este hecho está produciendo graves daños, pues la necesidad de muchos de los recursos empleados en medicina curativa es resultado de las deficiencias en el saneamiento ambiental en que se encuentran grandes sectores de nuestras poblaciones. Así mientras que no nos percatemos de esta desorientación, no podremos considerarnos revolucionarios. Mediante una innovación de la naturaleza a que he hecho referencia, las administraciones sanitarias contribuirán a que nuestra América Latina deje de ser la sociedad estática que en muchos campos ha venido siendo hasta el presente, demasiado dispuesta sin previo y suficiente juicio a acatar ideas y a imitar técnicas procedentes de los países más industrializados, en vez de comenzar ya a abrir rumbos propios que puedan servir para orientar por caminos más adecuados a otros países del tercer mundo. Sí, a comenzar por rumbos propios que respondan a la estrategia que ya he mencionado al referirme cómo nuestro camino ha de ser, no el de simples adopciones, sino el de adaptaciones que combinen con las nuestras las experiencias ajenas, teniendo a la vista nuestro propio ambiente en todos sus aspectos.

Por lo dicho se desprende que es posible obtener con rapidez un nivel mucho más alto que el actual en el mejoramiento de la salud y de la calidad de nuestros conciudadanos de la América Latina. Tengo la impresión que en la mayoría de nuestros países los presupuestos dedicados a la acción sanitaria podrían producir beneficios mayores que los logrados en el presente.

Pero me preocupa hondamente ver que en muchos casos se aspira a hacer mayores gastos en líneas que no van a mejorar la situación, sino que están sólo dirigidas a aliviar a la gente enferma y traer tranquilidad a la sociedad en donde se encuentran, y a servir de satisfacción no integralmente fundamentada a las autoridades sanitarias mismas, quienes creen que con lo que realizan están al decir de muchos haciendo algo que es mejor que nada. Me aterra ver que ya se ha llegado en algún caso a dedicar una proporción mayor del cinco por ciento del ingreso nacional a atender estos problemas, y que sin embargo, las condiciones de salud allí presentes no han alcanzado una posición por encima de la media en nuestro mundo latinoamericano. Debemos guardarnos de un error de esta naturaleza, ya que los fondos invertidos en una mejora insuficiente de la salud, si están por encima de la proporción adecuada, podrían dañar el desarrollo económico y social de nuestros pueblos, sin el cual, al fin de cuentas, no podrá obtenerse un alto y estable nivel de salud. Pienso, en efecto, que en algunos casos, de lo que se está urgido es de una redistribución de los fondos disponibles y de un pleno y eficaz empleo de los mismos, y no siempre ni necesariamente de un crecido aumento cuantitativo de ellos.

Quiero al terminar, pronunciar una voz de alerta. Dije que por el momento no nos es posible en la América Latina mejorar la calidad de nuestros habitantes sin que al mismo tiempo se aumente su cantidad. Creo que en la mayoría de nuestras repúblicas la po-

blación dependiente menor de 15 años no va a aumentar más de lo actual en proporción con el total. Hemos llegado ya al punto crítico. Pero pienso también que el período en que nos encontramos no puede ser muy largo, porque la tasa de aumento de la población no habrá de mantenerse durante mucho tiempo más, puesto que tendrá que reducirse a medida que se acrecienta el desarrollo, tal como pasó en los países industrializados en pasadas décadas. Además, con los conocimientos que hoy tenemos y con los medios de comunicación de que se dispone será natural que esa tasa disminuya en un tiempo menor de lo que aconteció en aquellos países. Por este motivo no me preocupa la tan comentada explosión demográfica, pues creo que muchos de los que por ella se inquietan, a menudo sirven conscientemente o no a intereses foráneos a los de su propia república. Se bien, por otra parte, que las condiciones varían de una región a otra, pero no permitamos que se obre de acuerdo con la moda, sino en concordancia con nuestros propios intereses, pues de otra manera no podremos llevar a cabo la revolución sanitaria que necesitamos.

NOTAS

¹ Por insinuación mía se principió en 1959 en Venezuela la organización de un "Área Representativa del Registro de Mortalidad" (ver los Capítulos VIII y XXV de mi libro *Una política sanitaria*. Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas 1965). Por resolución No. 15-DSP, del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social del 12 de diciembre de 1963, Gaceta Oficial No. 27,327 del 21 de diciembre de 1963, se creó el "Área Representativa de Registro de Mortalidad" con los municipios enumerados en

el Tomo III del Anuario de Epidemiología y Estadística Vital de Venezuela correspondiente a 1961, en donde se presentaron todos los detalles que acompañaron a su establecimiento. Lamentablemente este adelanto se discontinuó en estos últimos años. El "Regional Advisory Committee on Health Statistics" de la Organización Panamericana de la Salud se dio cuenta tarde de este asunto, pues es sólo en su tercer informe (Sc. Publ. No. 103) en junio de 1964 cuando adoptó una recomendación (1a No. 2b) en este sentido, no sólo para las muertes, sino también para las causas de muerte y los nacimientos. Dice el Comité: "La creación de tales áreas es esencial en países en los cuales el registro no es satisfactorio en todo el territorio. Tales áreas deben extenderse progresivamente hasta cubrir todo el país". Han pasado ya seis años de esta recomendación y, que yo sepa, ningún país latinoamericano ha dado pasos para llevarla a la práctica, ni la Oficina Sanitaria Panamericana ha hecho diligencias para ponerla en marcha. Mientras eso no se haga las estadísticas vitales de todos nuestros países continuarán siendo recibidas en los círculos correspondientes con mayores reservas que las de Ceilán, cuyos datos son tenidos por los especialistas como bastante aceptables para un país tropical. Es de advertir que el ingreso anual per cápita de Ceilán es más bajo que el de la más pobre de nuestras repúblicas.

² Informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana 1968, Documento Oficial No. 95, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1969.

³ Ver Cuadro No. 20 del Informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1969, Documento Oficial No. 102, Organización Panamericana de la Salud, Washington, agosto de 1970.

⁴ Ver particularmente los Capítulos I, VIII y X de mi libro *Una política sanitaria*, antes citado.

⁵ National Environmental Health Programmes: Their planning, organization and administration. Report of an Expert Committee. World Health Organization, Tech. Rep. Series No. 439, Geneva, 1970. En la segunda parte de la recomendación 4 se dice: "Los departamentos de Sanidad, que tienen responsabilidad especial en este campo (el de saneamiento ambiental), deben establecer un buen ejemplo de acordar al saneamiento ambiental un status igual al dado a la higiene personal, y en asegurar

que se dé énfasis apropiado tanto en el tipo de organización dentro de los respectivos ministerios como en el programa general de salud. Sólo de esta manera recibirán debida atención los esfuerzos dedicados a la prevención".

⁶ Expert Committee on Malaria, Fifteenth Report, World Health Organization, Tech.

Rep. Series, en prensa, Geneva 1971. En la Recomendación 5.2 se dice que "Reconociendo las dificultades experimentadas en una propia integración de estos programas (los de erradicación de malaria) dentro de los Servicios Sanitarios generales" y que "se lleven a cabo estudios especiales para el desarrollo de patrones apropiados de organización en este respecto".