

## MODIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS CREADOS POR CAMBIOS DE LA ESTRUCTURA DE POBLACIÓN\*

Por el Dr. LOWELL J. REED

*Vicepresidente de la Universidad de Johns Hopkins, Baltimore, Md.*

Al estudiar las modificaciones que tienen lugar en la estructura de la población y su efecto sobre la salud pública, se ha hablado tanto de los cambios etarios, que para la mayor parte del público éstos constituyen el factor dominante en nuestro cuadro de población, y si bien es cierto que esas modificaciones afectan profundamente nuestros problemas de salubridad pública, también se observan otros cambios en nuestro cuadro demográfico de efectos tan definidos y quizás más profundos. Por este motivo me referiré primeramente a la influencia de los cambios etarios y procederé después a discutir los efectos que en los programas de salubridad pública, producen tales factores demográficos, como industrialización, migración estacional, migración de las zonas rurales a las urbanas, y urbanización.

Al referirnos a los cambios etarios, debemos, primero, comprender lo que quiere decir el demógrafo por "población joven" y "población vieja": Cuando una población crece rápidamente, como sucedió en nuestro país hace un siglo, y con menor intensidad hasta la época actual, la población consiste de una gran proporción de gente joven, digamos, de menores de 20 años; de una proporción que pudiéramos llamar moderada de adultos de 20 a 55 años; y de una proporción reducida de personas de 55 años en adelante, de manera que los problemas de una población así constituida atañen principalmente a los niños y personas en la primera etapa de la edad adulta, y sólo en menor escala a los de edades avanzadas. Esto es lo que se entiende por una "población joven." A medida que disminuye la velocidad de crecimiento, automáticamente aumenta la proporción de personas de edades avanzadas, considerándose "población vieja" la constituida por una proporción relativamente mayor de individuos de edad avanzada. De acuerdo con los cambios que se operen en la velocidad de crecimiento, una población joven se puede tornar con el tiempo en vieja, o viceversa.

En este país, durante el siglo y medio pasado, nos hemos ido transformando de "población joven" a "población vieja." Este cambio, que ha sido inevitable debido a la continua disminución de la velocidad de crecimiento, se ha acelerado mucho más con el descenso de las tasas de mortalidad. La mayor reducción de la mortalidad en los primeros años de vida ha resultado en una mayor proporción de personas que alcanzan edades más avanzadas. Por lo tanto, hemos ido formando una "pobla-

\* Traducido por la Oficina Sanitaria Panamericana del Am. Jour. Pub. Health, eno. 1948, p. 160.

ción vieja" como resultado de dos diferentes factores: uno, la aproximación constante de la tasa de natalidad hacia la de mortalidad; y el otro, la desproporcionada disminución de las tasas de mortalidad infantil y de niños.

Además de estos cambios, poco ha declinado la tasa de mortalidad en las edades avanzadas. Es decir que hoy en día nuestra población consta de una proporción mucho mayor de personas de edad avanzada, y éstas se hallan expuestas a tasas de mortalidad que no son mucho menores que las del pasado, resultando en el desarrollo rápido de programas dirigidos a los grandes problemas de la edad adulta y media; tales como el cáncer, afecciones cardiovaslorrenales y trastornos psiquiátricos. Claro está que para combatir esos males necesitamos primero realizar más trabajos de investigación, puesto que nuestros conocimientos actuales sobre su curación o prevención son muy limitados. Estos trabajos de investigación se están expandiendo rápidamente, pero se hallan orientados en su mayoría, hacia las personas que padecen de dichas enfermedades.

Recordando el éxito que se obtuvo con las clínicas para niños sanos, en relación con la pediatría, creo que ha llegado el momento de considerar en el campo de la salud pública el establecimiento de clínicas para adultos sanos, en relación con los problemas geriátricos. Estas clínicas no sólo proporcionarían la mejor oportunidad para hacer trabajos de investigación sobre la prevención de esos estados, sino que contribuirían a reavivar la recomendación que con tanta frecuencia se repite y tan fácilmente se desatiende, de que todo adulto debería someterse a un reconocimiento médico general con cierta regularidad. Todo plan que contemple una amplia asistencia médica necesariamente tendrá que incluir clínicas de ese tipo, es decir, a base de población más bien que a base de enfermedades. No es demasiado temprano para poner en práctica experimentos de esta índole.

Otro efecto distinto del envejecimiento de nuestra población lo constituye la escasez de personal idóneo para realizar las varias labores de salubridad pública. Actualmente los funcionarios de sanidad se muestran inclinados a imputar a los efectos de la guerra o a la falta de un buen programa de preparación, la dificultad que confrontan para llenar las vacantes ocurridas. En realidad tras la escasez de potencial humano existe una razón más fundamental que lo que se puede apreciar en la sociedad en general: el cambio que ha sufrido la composición etaria de la población, aumentando la proporción de individuos de edades más avanzadas, ha alterado el equilibrio del potencial de trabajo disponible. Al mismo tiempo, los programas sociales más vastos en el campo de la salubridad, otras formas de seguro social y educación, unidos a las demandas de nuestra civilización industrial y comercial, están forzando una competencia más aguda por el potencial humano disponible, compe-

tencia que de acuerdo con los hallazgos demográficos tiende a aumentar, lo que demuestra que la salubridad pública debería tratar de ampliar su base de preparación, para poder contar con los trabajadores necesarios en el futuro. Muchas de las profesiones de mayor éxito comienzan sus programas de preparación en el nivel colegial y creo que la salubridad pública debería hacer lo mismo, y que se debería ofrecer por lo menos en las universidades estatales, una forma de preparación mediante la cual se cree el grupo básico de individuos interesados en la salubridad pública, los que trabajarían, bien en los niveles más modestos de la salubridad, o bien continuarían recibiendo una enseñanza más avanzada y constituirían el personal profesional necesario. Ese programa no perjudicaría en lo más mínimo el plan actual de preparación profesional ni las normas profesionales que con tanto éxito mantiene la Asociación Americana de Salud Pública.

Al referirme ahora a otros cambios demográficos independientes de la edad, deseo mencionar primero la industrialización. El movimiento de nuestra vida industrial hacia su presente nivel dió origen a la creación de servicios de salubridad tanto dentro de la industria como en la salubridad pública. Esos servicios son de dos tipos: uno está específicamente dirigido a los peligros que para la salud representa una industria o trabajo dado; el otro enfoca la salud colectiva o asistencia médica de las familias de los trabajadores a través de la misma industria.

La manera específica como se analizan y eliminan los riesgos de salud de las industrias es asunto de valor tan obvio que no necesita mayor comentario aquí, no así el intento de proveer servicios médicos o de salubridad pública en general por medio de la industria es asunto que sí requiere mayor consideración. Claro está que en aquellas colectividades donde la mayor parte de la población se halla asociada con una sola industria, pueden organizarse servicios de salubridad pública o servicios médicos completos mediante la medicina industrial, pero cuando, como sucede en casi todo el mundo industrial, los habitantes de una localidad están empleados en diferentes industrias y viven en puntos diseminados de la colectividad, sería un gasto inútil tratar de servir a la población a través de sus industrias. Que esta forma de prestar servicios sanitarios aconsejada por muchas personas, ha pasado ya de la etapa de la discusión, se comprende fácilmente al contemplar los servicios médicos establecidos por algunas de nuestras industrias, o los de la Unión de Trabajadores de Ropa de Señoras, o lo que resulta más notable aún, las sumas que para dichos servicios de salubridad destina el Fondo de Bienestar de la Unión de Trabajadores Unidos de Minas. Sumas de tal magnitud invertidas en obras de Salubridad se reflejan en los precios y constituyen, por lo tanto, una forma de impuestos indirectos. Los servicios de salubridad instituidos con esos fondos se convierten en problema público y es al funcionario de sanidad del futuro que le toca confrontar el problema de incorporarlos a la salubridad pública.

Una tercera fuerza demográfica de gran importancia para el trabajador de salubridad, es el de la migración. Me refiero, naturalmente, a la migración interior, ya que la extranjera es relativamente baja. La migración interior cae mayormente dentro de dos clasificaciones: la de los grandes movimientos estacionales con fines de trabajo o recreo, y la que por decenios ha existido de las zonas rurales a las urbanas. Un ejemplo de la migración estacional lo constituyen los trabajadores agrícolas, quienes se trasladan con regularidad de unos Estados a otros, de acuerdo con las cosechas, lo que se ha reconocido como problema federal, que se halla fuera de la competencia del Estado específico en que pueden hallarse los trabajadores en un momento dado.

Otro problema de naturaleza semejante, cada vez de mayor consideración, es el que surge de los movimientos de población por razón de vacaciones, lo que parece exigir mayor atención federal ya que en un Estado dado pueden surgir ciertas dificultades para cuya corrección sea necesario traspasar los límites estatales.

El problema de migración más importante, sin embargo, es el que resulta del aumento constante de la proporción de población urbanizada, con cuyo movimiento ha coincidido el aumento sorprendente de nuestros conocimientos en materias médicas y de salubridad, y una complejidad cada vez mayor del tipo de servicios suministrados.

Como resultado de estos dos movimientos la extensión y calidad de los servicios disponibles en las zonas rurales, han tenido un descenso relativo. El reconocimiento de este problema ha traído como consecuencia que se proyecte el establecimiento de un mayor número de hospitales rurales directamente relacionados con la salubridad pública, los que se hallarían bajo la dirección del funcionario de salubridad del condado. Las medidas que se apliquen en este sentido tenderán a obtener una solución satisfactoria del problema, especialmente si puede hallarse la forma de concertar una relación funcional entre esos hospitales y los del centro urbano.

Desde el punto de vista urbano, los dos factores mencionados han creado nuevos problemas al funcionario de sanidad, entre ellos no sólo una complejidad cada vez mayor de los servicios de saneamiento, alimentos y agua, sino la responsabilidad directa o indirecta, asumida con respecto a la vivienda. El resultado más importante del aumento tanto de densidad de población, como de complejidad de servicios médicos, ha sido el establecimiento de clínicas de salubridad pública para la solución de problemas sanitarios sobre una base individual, y no colectiva. Esto ha producido un acercamiento de la salubridad pública hacia el campo de la asistencia médica, en tal forma que hoy se reconoce que la salubridad debe desempeñar su papel en este complicado problema de asistencia médica.

Al contemplar este problema en cualquier centro urbano importante, tres grupos sobresalen como los más profundamente afectados: los centros médicos asociados con nuestros hospitales dentro de los cuales hallamos las facilidades más complejas relacionadas con la salud y su conservación; el médico general que atiende al individuo, ya sea a domicilio, en su consultorio o en uno de los hospitales; y el complejo íntegro que representan las facilidades de salubridad pública, tales como clínicas, laboratorios, facilidades de diagnóstico para diferentes enfermedades, suministro de productos biológicos para ciertos servicios, etc.

Salta a la vista que ninguno de esos tres factores por sí solos, ni los tres conjuntamente, podrán proporcionar buena salud a todo el mundo, a menos que se establezca una eficiente coordinación de sus actividades. Para llegar a una integración de esos tres servicios, será necesario contar con una dirección hábil y aunque la profesión médica ha tomado y continuará tomando parte activa en la coordinación de esos factores, no se obtendrá éxito a menos que se cuente con la cooperación activa del funcionario de salubridad. En mi opinión la consecución de una dirección sabia y constructiva en el problema de la asistencia médica, es la tarea más importante que confronta el funcionario de salubridad.

---

## PRIMER CONGRESO PANAMERICANO DE FARMACIA

que se celebrará en La Habana, Cuba  
del 1° al 8 de diciembre de 1948

El Comité Organizador del Primer Congreso Panamericano de Farmacia—constituído al amparo de las Delegaciones designadas por: las Facultades de Farmacia y Ciencias de la Universidad de La Habana, Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales, Asociación Farmacéutica Nacional, Sociedad Cubana de Botánica, Asociación de Laboratorios Cubanos, Sociedad Cubana de Química, Ministerio de Salubridad y Asistencia Social y Fuerzas Armadas de la Nación en sus departamentos de Sanidad del Ejército, Marina y Policía—Organismo representativo de la Farmacia, Botánica y Química a los fines de este Congreso en la República de Cuba

### CONVOCA

A todas las Facultades de Farmacia, Ciencias, Organizaciones Farmacéuticas, Sociedades y Academias Científicas de Farmacia, Química y Botánica e Instituciones Oficiales del Continente Americano afines a los objetivos del Primer Congreso Panamericano de Farmacia que tendrá su sede en la ciudad de La Habana y por fecha de apertura el 1° de diciembre de 1948.