

# POLITICA DE SALUD

El presente trabajo que debemos a la amabilidad del autor, a través del Dr. Hugo Behm, es un análisis crítico de las formas en que se han encarado los problemas de salud pública en el pasado y encierra una nueva proposición de cómo deberán ser abordados en la actualidad. En este contexto, se pone el énfasis en la necesidad de que la prevención de la enfermedad no debe circunscribir su acción sólo a los programas educativos, recursos sociales de importancia que apelan al cambio del comportamiento individual, sino que debe desarrollar políticas sociales que implican necesariamente cambios en el ambiente derivados del estudio racional de la integral estructura económica, social y política de la sociedad.

La ineficacia de los esfuerzos centrados únicamente en el cambio del comportamiento individual encuentra su mejor comprobación en los resultados prácticamente nulos de las grandes campañas que periódicamente se emprenden contra algunos riesgos corrientes, como son el hábito de fumar y el alcoholismo.

De mucho interés son las consideraciones relativas a la prevención de enfermedades infectocontagiosas y ocupacionales y a la atención preventiva de las personas aparentemente sanas, elementos esenciales de una política social de salud.

## Una nueva política social para la Salud\*

MILTON TERRIS, M. D. \*\*

Ha llegado a ser una costumbre contrastar los antiguos problemas de salud pública que podían ser solucionados a través de cambios del medio ambiente, con los nuevos problemas de salud pública que exigen cambios del comportamiento individual. Esta noción teórica ha producido un significativo efecto sobre el concepto y la práctica de salud pública. Se hace necesario, por lo tanto, examinarla con espíritu crítico para verificar si ella está de acuerdo con la realidad.

Indudablemente algunos de los antiguos problemas de salud pública tales como el cólera, la tifoidea y la malaria, fueron resueltos en gran medida a través de cambios del medio. Por su parte, otros como la difteria, pertussis, tétanos y poliomielitis sucumbieron a los programas de inmunización voluntaria que requerían sostenidos esfuerzos educativos dirigidos a la modificación de las actitudes y comportamiento del individuo. La educación de las madres representó un papel importantísimo en la prevención de las diarreas infantiles.

Por lo demás, los problemas de salud ambiental difícilmente pueden ser relegados al pasado. Una sociedad industrial en desarrollo ha dado origen a nuevos e importantes riesgos para la salud tales como la radiación, la contaminación atmosférica, los automóviles, los nuevos productos químicos y las nuevas drogas. Con relación a las enfermedades crónicas que constituyen la mayoría de nuestros principales

problemas sanitarios del presente, resulta prematuro afirmar que ellas serán controladas fundamentalmente por programas enfocados al cambio de actitudes y comportamiento individuales. Nuestro conocimiento de la epidemiología de estas enfermedades es aún demasiado limitado para garantizar tal generalización. Con toda probabilidad será necesario variar la forma del ataque a diferentes enfermedades o grupos de enfermedades, como es el caso de las enfermedades transmisibles. Algunas de las enfermedades crónicas serán prevenidas principalmente a través de medidas ambientales, otras por el cambio del comportamiento individual, y otras aún, mediante una combinación de ambos enfoques. Un ejemplo de esto es la caries dental: ¿quién habría pensado a comienzos de este siglo que una parte substancial de esta enfermedad podría ser evitada a través de un sencillo cambio del medio?

Deberá reconocerse también que la aguda dicotomía entre los enfoques del comportamiento y del medio ambiente es posible sólo cuando el medio es concebido en un sentido puramente físico. El individuo, sin embargo, vive en un medio tanto físico como social. Es la sociedad humana la que ha creado los riesgos que ahora

\* Mensaje Presidencial, presentado a la Reunión Anual de la Asociación Americana de Salud Pública. Miami Beach, 24 de octubre de 1967.

\*\* Profesor de Medicina Preventiva, Colegio Médico de New York.

enfrentamos en el ambiente físico: contaminación atmosférica, automóviles y radiación son creados por el hombre. Y es la sociedad humana, el ámbito social, lo que determina las actitudes y el comportamiento individuales.

Hay una firme tendencia actual a divorciar el comportamiento individual de su base social. Las ciencias sociales están siendo redefinidas como ciencias "del comportamiento", y se coloca el énfasis en el estudio del comportamiento individual en sí mismo. Esta orientación general está reflejada en la tendencia de la teoría de salud pública a concentrarse en el comportamiento individual y perder de vista los parámetros que determinan tal comportamiento. El resultado es un empobrecimiento del arsenal de salud pública, que por este motivo es perturbado en su acción de captar las complejas realidades de los nuevos problemas y forjar las herramientas necesarias para su solución.

Antiguos o nuevos, los problemas de salud pública son en esencia de carácter social y sólo pueden ser resueltos en términos de política social. La tarea de los trabajadores de salud pública es de convencer a la sociedad a emprender las medidas sociales específicas, gubernamentales u otras, que sean necesarias para resolver los problemas específicos. Soslayar esta necesidad de desarrollar políticas sociales de salud efectivas en favor de una única concentración sobre los problemas de comportamiento individual es no solamente una simplificación excesiva, sino una evasión de la responsabilidad en salud pública.

Es, en realidad, una suerte que los reformadores de salud pública del siglo XIX no se hayan empecinado en el concepto de que el único recurso disponible es el de cambiar el comportamiento individual. De otra manera ellos podrían haber limitado su actividad a instruir a las personas sobre la necesidad de hervir el agua en lugar de luchar con ardor por la construcción de seguros abastos públicos de agua y sistemas de disposición de excretas. En modo semejante, dictar leyes de indemnización que ofrecieran incentivos a la industria para prevenir los daños y enfermedades ocupacionales, resultaba más útil que meramente educar a los obreros en la prevención de los riesgos. El enriquecimiento obligatorio del pan y la harina era, también, más efectivo que confiar por entero en el individuo para que éste obtuviera una dieta adecuada. Esto no significa negar el gran valor de los programas educativos en el cambio del comportamiento individual; ellos son medidas sociales de importancia en el cuidado de la salud. Sin embargo, no debe fiarse de ellos excluyendo otros enfoques que se requieren para la efectiva prevención de la enfermedad.

La historia del criterio y la acción en salud pública con respecto al consumo de cigarrillos constituye un interesante ejemplo de las materias teóricas y prácticas implicadas. Al presente, los trabajadores de salud han actuado principalmente sobre la base de la formación teórica de que los nuevos problemas de salud serían resueltos en términos del cambio del comportamiento individual. Se ha llevado a la práctica una modesta cuota de educación sanitaria, se han establecido clínicas y cursos breves para curar a los fumadores del hábito, y hemos emprendido una diversidad de interesantes y provechosos estudios sobre los efectos de la práctica de fumar de compañeros y padres, como también de otros factores sobre el hábito de la juventud. En su totalidad, estos esfuerzos se han demostrado ineficaces; las ventas de cigarrillos han continuado en aumento.

La razón del fracaso es que el comportamiento, no ocurre en el vacío; está condicionado por la historia pasada, por la integral estructura económica, social y política de la sociedad. Los débiles intentos de educación sanitaria sobre el consumo de cigarrillos son una reminiscencia del combate de Don Quijote contra los molinos de viento; **¿Qué efecto podrán lograr aquellos intentos al competir con los aproximadamente 300 millones de dólares invertidos anualmente por las compañías tabacaleras para una desviada información al público?**

El cigarrillo es una causa mayor de muerte y de incapacidad. Es la causa principal del cáncer pulmonar, de la bronquitis crónica y del enfisema pulmonar, y una causa importante del cáncer de la laringe. Es un significativo factor de riesgo en la enfermedad coronaria, y existe creciente evidencia que esta relación es de orden etiológico. El hábito de fumar se encuentra asociado a la enfermedad encéfalo-vascular tanto como a los cánceres de la boca, faringe, esófago y vejiga urinaria. Alrededor de un tercio de todas las muertes en los hombres de 35 a 60 años son pérdidas de exceso que no ocurrirían si los fumadores presentaran las mismas tasas de mortalidad que los no-fumadores. Se estima que cada año en los Estados Unidos se restan al trabajo 77 millones de días-hombre, 88 millones de días-hombre se pierden enfermos en cama, y 306 millones de días-hombre de restringida actividad ocurren a causa de las mayores tasas de incapacidad de los fumadores.

Es pues esencial formular e implementar una política social que asuma plena conciencia de la gravedad del riesgo ambiental de salud planteado por el hábito de fumar. Algunos elementos de tal política que merecen una severa consideración son:

Primero, la prohibición de la publicidad sobre los cigarrillos. No existe ninguna posibilidad de hacer cualquiera incursión real en el problema del cigarrillo a menos que esta prohibición sea establecida. Es esta una acción que necesita ir aparejada con una vasta y sostenida campaña para utilizar también los medios masivos, previamente utilizados por las compañías de tabaco, para educar al público con respecto a los peligros del consumo de cigarrillos. Esta última medida tendrá el valor adicional de ayudar a eliminar la oposición de las industrias publicitarias y de televisión hacia la prohibición de los anuncios de cigarrillos. Ella contribuirá a liberar a estas industrias de la poco envidiable posición en que, junto con las compañías de tabacos, se han colocado, la posición de ser, en el hecho, mercaderes de la muerte.

Segundo, la provisión de subsidios y otra asistencia tanto a los agricultores que en la actualidad cultivan el tabaco a fin de permitirles cambiar a otros productos, como a las compañías tabacaleras a fin de ayudarlas a cambiar sus operaciones a la producción de frutos no letales.

Tercero, un agudo incremento en el impuesto de los cigarrillos. Esto podrá servir a dos propósitos: por una parte, ayudará a financiar los grandes gastos que implica la implementación de las anteriores medidas y, por otra parte, ayudaría a reducir la demanda de cigarrillos por partes del consumidor. El último efecto puede tomar algún tiempo para hacerse manifiesto, por cuanto los fumadores habituales pueden no resultar grandemente afectados por cuestiones de precio. Su mayor efecto ocurrirá probablemente en los no-fumadores y en la gente joven, quienes podrán resultar frustrados del propósito de empezar el vicio por precios que son cuatro o cinco veces más altos que los corrientes en la actualidad.

No hay ninguna garantía de que cualquiera de éstas u otras medidas sociales sean efectivas; sólo la experiencia podrá determinar cuál de ellas se demuestra útil. No obstante, la significación del hábito de fumar como causa de enfermedad y muerte es tan grande que los remedios propuestos deberán ser algo más que simples gestos. Cualesquiera que sean las medidas finales que se adopten, deberán ser equivalentes a la tarea social apremiante de eliminar este grave riesgo para la salud.

Otro ejemplo es el alcohol. La actual orientación enfatiza el concepto de que el alcoholismo es una enfermedad, y la atención se dirige fundamentalmente a los factores psicológicos que hacen que ciertos individuos sean particularmente susceptibles al alcoholismo. Las medidas educativas relativamente secundarias que son adoptadas están condicionadas por este concepto. Como con el tabaco, el enfoque está

planteado en términos de comportamiento individual; las iniciativas mayores de la política social tienden a ser ignoradas, y los programas son de todos modos ineficaces.

Una alternativa más productiva es la de utilizar el clásico enfoque de la salud pública de controlar los agentes de enfermedad. Desde este punto de vista, el hecho central es que el alcohol produce enfermedad. Se trata de un agente que causa aguda intoxicación crónica, cirrosis del hígado, psicosis tóxicas, gastritis, pancreatitis, afecciones del miocardio y neuropatías periféricas. Existe una progresiva evidencia de que aquél está relacionado con el cáncer de la boca, faringe, laringe externa y esófago. El alcohol es un importante factor etiológico del suicidio, de los accidentes automovilísticos y otros, y de lesiones y muertes debidas a violencias. Los problemas de salud son ciertamente sólo una parte del detrimento social total, incluyendo la desorganización de la familia, el crimen, y la pérdida de productividad, de que el alcohol es responsable.

El mejor índice disponible de la extensión del alcoholismo es la tasa de mortalidad por cirrosis del hígado. En los Estados Unidos, esta tasa era de 13 por 100.000 en 1914. Durante el período de la prohibición en tiempo de guerra, cayó rápidamente hasta la reducida de 7 en 1920; este nivel se mantuvo a través de la época de prohibición de postguerra. Desde 1933 se ha presentado un continuado aumento en el consumo per cápita de alcohol en licores y vino, y un alza concomitante en las tasas de mortalidad por cirrosis: ésta ha alcanzado ya el nivel de 1914, de 13 por 100.000. La cirrosis del hígado es en la actualidad la quinta de las principales causas de muerte para los hombres en su edad productiva de 25 a 64 años.

En el Reino Unido, por otra parte, la tasa de mortalidad por cirrosis ha caído de 10 por 100.000 en 1914 a sólo 3 en el presente. Esto se ha acompañado por una marcada declinación en el consumo per cápita de alcohol por licores y vino que fue el resultado principalmente de la extremadamente pesada tributación impuesta a estas bebidas. En el Reino Unido, la política social con respecto al alcohol ha sido evidentemente provechosa para reducir la mortalidad por cirrosis en un 70 por ciento.

Estos datos sugieren que el enfoque básico de las enfermedades producidas por el alcohol debe ser el desarrollo de una política social que coloque barreras efectivas entre el agente ambiental y la población. Tal como en el caso del tabaco, los principales elementos de política que deben ser considerados incluyen la prohibición de la publicidad, el establecimiento de un programa educativo en gran escala sobre los peligros del alcohol, el empleo de

subsidios y otras ayudas a los intereses agrícolas e industriales comprometidos, a fin de permitirles el cambio a la producción de productos no letales, y la pesada aplicación de impuesto a licores y vinos. Una vez más, la utilidad de cualquiera de estas u otras medidas sociales sólo podrán ser determinadas por la experiencia. La salud y otros riesgos resultantes del alcohol son demasiado serios, sin embargo, para permitir la permanente dilación de una efectiva política social en esta área.

El problema de salud más importante de los Estados Unidos es la enfermedad coronaria. Sabemos que el riesgo de adquirir la enfermedad coronaria está en relación directa con el nivel de colesterol en el suero, y que este nivel puede ser significativamente disminuido mediante dietas que tengan un contenido relativamente bajo de ácidos grasos saturados. La evidencia actualmente disponible parece indicar que el cambio a tales dietas disminuirá en efecto el riesgo de la enfermedad coronaria; será necesaria, sin embargo, la ulterior confirmación antes de que esta materia pueda ser colocada en la agenda para la determinación de una política social. Suponiendo que esta confirmación ocurra, estaremos enfrentados a la necesidad de actuar sobre una serie de posibles medidas. Estas incluirían no sólo los programas delineados para modificar el comportamiento, tales como las campañas educativas en gran escala, y los programas de selección para encontrar los individuos con altos niveles de colesterol en el suero que deben ser enviados para ser aconsejados sobre su alimentación, sino que también las acciones que deben tomarse para cambiar el medio ambiente, tales como el desarrollo por la industria de alimentos de métodos destinados a alterar los tipos de grasa contenidas en diversos alimentos, y las disposiciones que exijan el empleo de grasas poliinsaturadas en la preparación comercial. Tal como el logro de una dieta adecuada llegó a ser una cuestión de política social en la primera mitad de este siglo, la consecución de una dieta que sea tanto adecuada como preventiva de la enfermedad coronaria puede llegar a ser un problema mayor de política social en los próximos años. En tal evento, las contingencias implicadas en términos de enfermedad y muerte serán demasiado grandes para permitir a la sociedad evadir la responsabilidad de implementar las medidas preventivas indispensables.

## CUIDADO DE LA SALUD

Existe un área en que la política social de salud ha sufrido recientemente un cambio decisivo. La significación histórica de MEDICARE es que éste marca el comienzo de un programa

nacional de salud que está basado en una combinación de seguro social e impuesto general y elimina la sujeción a encuestas de renta. Marca el primer paso hacia la abolición del sistema de medicina caritativa, sistema que necesariamente provee atención de segunda clase para los ciudadanos de segunda clase. La verdadera naturaleza de la medicina de caridad determina que ésta esté crónicamente desfinanciada, con el resultado de que un personal de salud demasiado exiguo en número debe atender a muchísimos pacientes; que instalaciones inadecuadas sean exigidas más allá de su capacidad, y que los servicios sean episódicos, fragmentarios y pobres en calidad. A causa de que los pacientes reciben la atención como una dispensa más bien que como un derecho, ellos no están en situación de exigir consideración; inevitablemente el servicio tiende a ser impersonal, precipitado, y entregado sin relación a las necesidades humanas de aislamiento, dignidad y compasión.

La abolición de la medicina de caridad es el próximo paso esencial en el desarrollo de una política social de atención médica en los Estados Unidos. Somos la última de las naciones industrializadas que está entrando en esta dirección; no nos detengamos en el camino. Un programa nacional de atención de salud, amplio en el alcance de los servicios y que cubra a toda la población, podrá alcanzarse fácilmente mediante el financiamiento a través de fondos del seguro social y de impuestos generales. Cuando esto se haya realizado, la atención de salud dejará de ser una mercadería que deba comprarse en la plaza del mercado, o una caridad dispensada a regaña-dientes a quienes están dispuestos a someterse a un test de rentas. Ello llegará a ser un derecho de todos los norteamericanos, un derecho para el cual están plenamente capacitados por su seguro social y otras contribuciones impositivas.

Tal programa nacional de atención de salud dará por resultado la demanda de más servicios de salud para cumplir las necesidades que no están siendo satisfechas en la actualidad. Se hará esencial incrementar grandemente el personal y recursos de salud disponibles. Será también necesario, en el interés de proporcionar la mejor atención posible sin gastos inútiles ni extravagancias, racionalizar el actual sistema de entrega de servicios de salud. Esto significa, inevitablemente, un más alto nivel de organización de los servicios. La atención de salud será provista cada vez más por grupos de personal de salud que trabajen estrechamente unidos en centros de salud comunitarios con base hospitalaria. Los programas regionales enlazarán los centros más pequeños con los grandes centros docentes de manera

que el mejor conocimiento y recursos disponibles puedan ser entregados a los pacientes sin atender a su ubicación geográfica. Una amplia planificación de salud a todo nivel —local, estatal, regional y nacional— será necesaria para asegurar que los servicios de salud sean provistos de modo racional.

A medida que nos acerquemos a servicios más altamente organizados, será importante ponerse en guardia contra el peligro de que éstos se tornen burocráticos, indiferentes e impersonales. La dotación de personal de salud deberá ser suficiente para permitir ocupar el tiempo adecuado con los pacientes individuales, mientras que los medios físicos deberán facilitar el aislamiento y dignidad para todo el que recibe atención. Los centros de salud comunitarios de base hospitalaria deberán ser de tamaño moderado, suficientemente grandes para prestar servicios efectivos, pero suficientemente pequeños para permitir los estrechos contactos profesionales y estimular el tratamiento cálido y humano de los pacientes. Los servicios del centro de salud deberán ser construidos en la vecindad del médico que mantiene el principal contacto con el individuo, hace las consultas necesarias a los especialistas y demás personal de salud, y permanece totalmente responsable de la atención y estado de salud del individuo. La educación del personal de salud y todo el sistema de servicio necesita estar imbuido de objetivos e ideales humanitarios.

Si la atención médica va a transformarse realmente en atención de salud, su alcance tendrá que ser considerablemente ampliado. El interés del tratamiento deberá consistir no sólo en la detención del proceso patológico, sino en la rehabilitación del paciente al máximo nivel posible de su función social. De mayor importancia aún es la necesidad de ir más allá de la habitual preocupación del diagnóstico y tratamiento para hacer de la prevención el principio guía de la atención de salud del individuo. Además de los procedimientos de inmunización, los médicos y demás personal de salud necesitan adoptar como aspectos principales de su ejercicio dos estrategias de salud pública que derivan de los programas de control de la tuberculosis. Estas son: 1) *diagnóstico precoz*, y 2) *supervisión preventiva*.

La estrategia del diagnóstico precoz se basa en el principio de que la modificación o detención de los procesos patológicos puede ser más fácil de alcanzar en las etapas primarias. En tuberculosis, el examen de rayos X de personas sanas hizo posible descubrir la enfermedad en la etapa presintomática, antes que ocurriera una grave diseminación que agravara considerablemente el potencial de curación.

Probablemente la aplicación más intensiva de este enfoque en las enfermedades no infecciosas haya sido en el cáncer, en que los resultados de la terapia en la etapa precoz de localización, son, para la mayor parte de las localizaciones, muy superiores a los de las formas malignas que han tenido tiempo para extenderse a otros tejidos. Esta estrategia deberá ser explorada vigorosamente en todos los tipos de enfermedad. Necesitamos desarrollar índices del grado de eficacia del diagnóstico y tratamiento precoces en las diferentes afecciones, buscar los mejores métodos de la pesquisa precoz de casos, y hacer de los exámenes de control de personas sanas una función importante de la atención de salud.

La otra estrategia mayor que necesita ser vastamente adoptada es la supervisión preventiva. En tuberculosis, la supervisión preventiva, incluyendo medidas para la alimentación adecuada, reposo, y cambios de ocupación, como asimismo exámenes periódicos de rayos X, ha jugado un significativo papel para prevenir y reducir las reactivación del proceso mórbido.

La mayoría de nuestros actuales problemas de salud son las aflicciones a largo plazo en que las reapariciones agudas y las complicaciones constituyen un peligro siempre presente. En estas enfermedades, el tratamiento del episodio inicial es solamente el primer paso; deberá ser seguido por la supervisión y terapia preventivas por largos períodos, y a menudo por toda la vida del paciente. Si bien la supervisión preventiva no es una panacea, y su eficacia varía en las distintas enfermedades, ella es, no obstante, procedimiento valioso que puede detener el avance del proceso patológico, reducir la incidencia de recaídas y complicaciones, evitar o mitigar la incapacidad física, psicológica y social, y prevenir o posponer la muerte.

La adopción de estas estrategias preventivas —pesquisa temprana del caso, por un lado, y supervisión preventiva por el otro—, tienen el significado de una nueva orientación para los médicos y demás personal de salud. Ellos dejarán de quedarse satisfechos esperando pasivamente que aparezca el paciente con una afección manifiesta; por el contrario, su enfoque cambiará para colocar un mayor énfasis en la atención preventiva de salud de la persona aparentemente sana.

Este cambio es parte de una reorientación básica que es indispensable para los servicios de salud tomados como un todo. La preocupación excesiva por la terapéutica de parte de las profesiones de salud predomina demasiado a menudo hoy día en la conducta de la educación profesional y en la determinación de la política social de salud. El resultado es la tendencia a descuidar el hecho elemental de que, por ejemplo, será mucho más valioso tanto para los individuos como para la sociedad prevenir la

aparición de la enfermedad coronaria que adaptar máquinas sofisticadas a la atención de aquellos que se encuentran en las etapas finales del proceso patológico.

Jamás deberá olvidarse que las grandes victorias contra la tifoidea, cólera, diarrea infantil, malaria, viruela, difteria, coqueluche, tétanos y poliomielitis fueron alcanzadas por la aplicación de la medicina preventiva. La erradicación virtual del escorbuto, el raquitismo y la pelagra, y la severa reducción de las enfermedades ocupacionales, fueron asimismo el resultado de medidas preventivas. El tratamiento es sólo una línea secundaria de defensa. He ahí por qué los programas elaborados para prevenir la ocurrencia de la enfermedad necesitan ser asignados con la primera prioridad. La epidemiología deberá ser trasladada a la línea frontal de la actividad de investigación, y el desarrollo de nuevos métodos y técnicas de prevención debe tener el principal énfasis. La política social de salud debe estar basada justamente en el principio de la primacía de la prevención.

### POLITICA SOCIAL GENERAL

Deberá también reconocerse que en el área del desarrollo social general deberán encontrarse importantes determinantes de la enfermedad. Una política social de salud no puede ignorar el hecho que la pobreza y la discriminación racial persisten como causas poderosas de mala salud. Intervienen así no sólo en razón de su influencia sobre la calidad y cantidad de servicios de salud recibidos, sino también y principalmente por su papel en la patogenia de la enfermedad. En el primer caso, la política de salud puede y debe ser cambiada para eliminar las discrepancias en los servicios obtenidos por ricos y pobres, por blancos y no-blancos. En el último caso, la política de salud como tal es menos importante; aquí una política social que mejoraría la salud será en efecto una política general para la erradicación de la pobreza y de la discriminación racial. Es en este punto donde la política de salud se funde con la política social general, donde los profesionales de salud necesitan trasladarse más allá de sus intereses específicos para respaldar aquellos elementos de política social general que harán posible la eliminación de la pobreza y la discriminación racial como factores etiológicos de enfermedad.

En el mundo considerado como un todo, la pobreza subsiste como el principal elemento desalentador para la salud. Las naciones pobres que conservan economías agrícolas atrasadas no pueden simplemente construir y mantener los necesarios abastos de agua y sistemas de elimi-

nación de excretas, plantas de pasteurización, y medios de refrigeración. No pueden hacer frente al adiestramiento de cantidades adecuadas de personal de salud ni construir los hospitales y centros de salud necesarios. Sus pueblos, golpeados por la pobreza, están subalimentados y son ignorantes, y las tasas de morbilidad y mortalidad permanecen en niveles atterradoramente elevados.

Estas condiciones responderán sólo parcialmente a las meras medidas de política sanitaria. Ni tampoco se harán desaparecer por simples programas de control de natalidad, ya que éstos no podrán eliminar el atraso económico y social. En realidad es dudoso que los programas de control de natalidad en sí mismos puedan alcanzar cualquier buen éxito notable en las economías agrícolas caracterizadas por su extrema pobreza, la falta de educación, y la ausencia de incentivos para limitar los nacimientos. La clave sigue siendo la industrialización y el desarrollo económico. Sólo a través de estos medios se hará posible disponer de máquinas y fertilizantes indispensables para incrementar la producción agrícola y prevenir el hambre; proporcionar la base para construir y equipar las instalaciones requeridas para el saneamiento y otros servicios de salud; crear incentivos ocupacionales y educativos para que hombres y mujeres limiten la natalidad; y ampliar y mejorar la educación de la población y su personal de salud. En tales países, una efectiva política social de salud no puede ser alcanzada sólo en el área sanitaria. Los profesionales de salud interesados en las necesidades de estas naciones tienen la responsabilidad dual de desarrollar tanto los programas específicos de salud como el apoyo a las medidas sociales generales de industrialización, desarrollo económico y modernización.

La relación de la política social general con la salud tiene otro importante aspecto que ya no puede ser ignorado. Las cargas impuestas por los gastos militares crean obstáculos formidables a las medidas destinadas a mejorar la salud y bienestar de la población. En los Estados Unidos, por ejemplo, en el período que se inicia en 1946, el 57 por ciento del presupuesto federal ha sido destinado a fines militares, en comparación al escaso 6 por ciento para todos los programas de salud, educación, trabajo y bienestar, habitación y desarrollo de la comunidad.

La guerra misma es un enorme problema de salud pública. Durante el siglo veinte ella ha destruido muchos millones de gentes y ha incapacitado a incalculables cantidades mediante la acción militar y sus secuelas de hambre y destrucción. Por otra parte, la tendencia es hacia la destrucción aún mayor de la vida y la salud

humana. El nuestro se ha convertido en un siglo de horror, en el cual poblaciones enteras son sometidas a la acción del bombardeo, del napalm, y al hambre por la "defoliación". Se está haciendo mofa de la salud pública al aplicar el vivificante conocimiento de microbiología y epidemiología a la creación de armas bacteriológicas. A partir de Hiroshima y Nagasaki, hemos llegado ahora a un punto en que nos

enfrentamos al último riesgo para la salud pública, la posibilidad de que la guerra nuclear cause la extinción total de la población de nuestro planeta.

Los trabajadores de la salud son autores principales en el drama que vive la humanidad. Hagamos todo lo que esté a nuestro alcance para llevar la paz al mundo y la salud a toda su población.