

CELADE

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

Mariana Requena

DEMOGRAFIA Y SALUD

Santiago de Chile

Junio de 1968

Serie A, N° 86

A/EE
2

CELADE

CELADE

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

Mariana Requena

DEMOGRAFIA Y SALUD

Junio de 1968

Junio de 1968

Serie A, N° 86



Papel del Médico en la Historia

La función, la posición e importancia que el médico ha desempeñado o tenido en las diferentes épocas de la historia de la humanidad, ha estado en permanente variación a causa de factores ajenos a la voluntad del médico mismo. En general, estos factores han sido los siguientes: las características económicas y sociales de la comunidad en la que se desenvuelve; el valor asignado por esa sociedad a la salud y la enfermedad; el progreso técnico alcanzado para prevenir y combatir las enfermedades, y las tareas que la sociedad le asigna al médico. (1)

El médico de las sociedades primitivas gozaba de una posición importante, al mismo tiempo que múltiple. Para esas sociedades, la enfermedad era la manifestación del castigo de los dioses. El médico, en consecuencia, debía realizar tareas de hechicero y de sacerdote; ejercer como juez y como jefe de tribu. En el Antiguo Oriente debía interpretar las intenciones que los dioses tenían para enfermar al hombre. Era un sacerdote cuya misión principal consistía en aplacar las iras del poder divino.

En la Antigua Grecia primero, y en el cristianismo después, el médico fue, respectivamente, artesano y sacerdote. El griego, al colocar en alto valor al sano y despreciar al enfermo, le disminuye la importancia y jerarquía y lo relega a los niveles más bajos de la escala social. El cristianismo, por el contrario, basa su doctrina y su acción en el amor al desvalido, al débil y al enfermo. Su tarea principal pasa a ser la lucha por cuidar y salvar a ese ser, sin esperar por ello más que la satisfacción de la acción de caridad. Aunque por diferentes motivos de los de las sociedades primitivas, el médico vuelve a asumir un papel de sacerdote.

Las nuevas relaciones económicas y sociales vigentes durante los siglos pasados, determinaron que el médico fuera un servidor condicionado por una remuneración. La medicina pasa a ser una profesión que entra en la esfera de la competencia, sujeta a la ley de la oferta y la demanda. La burguesía, como nueva clase en ascenso, empieza a desempeñar una función importante. Exige, entre otras cosas, tener un servidor a imagen y semejanza del que ya poseía la corte real. Es así como nace el "médico de familia" quien, ineludiblemente, debió someterse a las normas económicas fundamentales de la sociedad en la cual ejercía su acción.

NOTA: EL AUTOR EXPONE AQUÍ SUS PUNTOS DE VISTA PERSONALES, LOS QUE NO SON NECESARIAMENTE LOS DE LAS NACIONES UNIDAS.

Hoy día somos testigos y actores de una nueva transición histórica; del cambio de la función, el lugar y la importancia del médico en la sociedad. En los últimos años, las comunidades latinoamericanas han reconocido que la salud y la enfermedad son factores importantes en el desarrollo económico y social.(2) Uno de los círculos viciosos, que tiene estancado a nuestro desarrollo, es el que gira entre el polo de la pobreza y el polo de la enfermedad. Los gobernantes, conscientes de esta relación, han señalado que es indispensable que se cuente con ciudadanos sanos e instruidos como factores determinantes del desarrollo social y económico. Estos ciudadanos, a su vez, han creído llegado el momento de imponer su derecho a la atención médica y, definitivamente, independizar su capacidad de comprarla. Junto a lo anterior, la técnica y el progreso científico de la medicina nos están cada día informando de las posibilidades con que se cuenta para promover la salud y, prevenir y curar las enfermedades. América Latina, se debate en la contradicción entre los conocimientos que el hombre dispone para manejar los factores de la salud y la enfermedad y la capacidad de entregárselos a la población. Los conocimientos y las técnicas médicas están presionando la conducta de una gran represa que somos incapaces de abrir a su cauce normal.

Todo este conjunto de factores ha traído como consecuencia más trascendente un cambio en el concepto de lo que es salud y enfermedad. Hasta hace pocas décadas, el médico había sido preparado sólo para manejar los factores de la enfermedad que se encuentran -podríamos decir- de la piel adentro. El énfasis que recibimos en nuestra educación médica, hace una década, fue alrededor de los fenómenos físicos, químicos y biológicos, que se producían en el interior del organismo humano. La imagen ideal que nos impartían nuestros profesores, era la de un profesional preocupado y diestro en la interpretación de los factores internos y en la manipulación hábil de las reacciones del organismo. Hoy día, nuestros estudiantes han ampliado su visión de lo que determina el desequilibrio del organismo humano, y han comenzado a preocuparse de los factores presentes en su medio social. Este conjunto de factores del medio, que precipitan y mantienen un desequilibrio biológico, se podría llamar factores ecológicos médicos. Nuestra capacidad para entregar a los futuros médicos este concepto más amplio de la medicina y de la atención médica, es la tarea más importante para adaptarnos a las nuevas exigencias de los gobernantes y a las legítimas aspiraciones y derechos de nuestros pueblos. Es imposible poner en práctica un sistema de atención médica basado en esta nueva visión íntegra, si a los ejecutores directos no se les puede saturar de ella.

Definición de la Demografía

Definido así el concepto del papel del médico y de la atención médica en nuestra comunidad latinoamericana, veamos ahora la otra parte de la ecuación que deseamos interrelacionar. Al tratar de definir y delimitar el campo de la demografía, lo haremos con un enfoque interesado. Como médicos, cualquiera que sea nuestra especialidad, deseamos comprender la demografía enfocada desde nuestro ángulo y desde nuestros propios intereses. Nuestra inquietud debe ser definir la demografía en función de lo que hemos llamado medicina integral.

Entre la multitud de definiciones de los demógrafos, hemos seleccionado aquella que creo interpreta y ayuda a comprender mejor nuestra problemática.

Hauser y Duncan, (3) al intentar definir la demografía, comienzan por reconocer que "... el número de científicos no demógrafos que están trabajando en alguna fase de la población humana es considerablemente mayor que el número que identificaría la 'demografía' como su preocupación principal". Acorde con lo anterior, la definición que estos autores proponen se caracteriza por una amplitud que permite a varias ciencias adaptarla provechosamente a sus intereses. Nos ha parecido, por lo tanto, pertinente usarla para nuestros propósitos. Dice así: "Demografía es el estudio del tamaño, distribución geográfica y composición de la población, sus cambios, y los componentes de estos cambios, que pueden ser identificados como natalidad, mortalidad, movimientos territoriales (migraciones) y movilidad social (cambio de status)". Sin embargo, esta definición no podría entenderse y aplicarse a las relaciones con la salud y la atención médica, si no se ahondara en alguno de los conceptos que contiene.

El concepto de "composición de la población" es amplio. Incluye, no sólo las características más convencionales de la población, como la edad, sexo, estado civil y nacionalidad, sino que, también, características como las familiares, de instrucción, laborales, religiosas, psicológicas, genéticas, etc. Aún cuando las características de la composición, que tradicionalmente se mencionan, demográficas y socio-económicas en general, tienen una relación indiscutida con la salud, las que se agregan permiten encontrar puntos comunes de interés en una variedad de campos médicos.

El otro concepto que contiene esta definición es el de "movilidad social", el cual da una perspectiva dinámica a la composición de la población. La demografía no sólo se interesa por describir las características mencionadas, sino

que de establecer cómo cambian en el tiempo, cuáles son los factores determinantes y, como consecuencia, señalar su tendencia. Se trata de estudiar cómo los individuos mismos cambian en su nivel social en cuanto a características tales como estado civil, ocupación, clase socio-económica, etc..

Una definición de demografía que tenga esta amplitud y profundidad, resulta más adecuada para el enfoque que pueda hacerse en su relación con otras disciplinas. Para la salud y la atención médica, esta definición abre inmensas posibilidades de estudio en común, de aprovechamiento mutuo de los métodos de cada disciplina y de acciones con propósitos semejantes.

Datos y Métodos de la Demografía

La comparación de los datos y los métodos demográficos, con los datos y los métodos que usa la medicina cuando ésta enfoca su preocupación a nivel de la población, tiene un número sorprendente de puntos en común. El análisis detallado de los métodos y datos de la epidemiología, (4)-rama de la medicina que sirve para analizar sus problemas a nivel de la comunidad-, nos lleva a concluir que la diferencia principal se encuentra más en la terminología de cada ciencia, que en los métodos mismos. Cualquiera que se interese en ambos aspectos, halla a cada momento que las diferencias que realmente existen se deben en la mayoría de los casos a diferencias en su vocabulario. Todo lo que la demografía tiene de diferente y propio puede ser incorporado con provecho a la epidemiología y viceversa. Esto, aún cuando parezca sorprendente, al descubrirlo no lo es, si pensamos que ambas disciplinas tienen dos cosas en común: su punto de referencia es la población, y ambas son ciencias; es decir, usan el método científico. Analicemos algunos aspectos de los datos y los métodos de estas dos ciencias.

Aunque la medicina recurre a una variedad de métodos para estudiar los problemas que le incumben, y que van desde la investigación de laboratorio y el experimento controlado hasta la epidemiología, para los propósitos de nuestro análisis comparativo con la demografía, se circunscribirá a la epidemiología como método general para estudiar la salud y la enfermedad a nivel de la población.

La demografía y la epidemiología pertenecen ambas a ciencias de "observación", es decir, los datos e información que necesitan deben buscarlos en la población tal cual ellos se producen. A diferencia de las ciencias experimentales, que en

otros niveles de estudio de la medicina son muy importantes, no existe de parte del investigador esfuerzo alguno por producir estímulos y observar estos cambios. En demografía esta situación es muy clara; no tanto así en epidemiología. Si bien la epidemiología misma sólo registra lo que pasa en la comunidad, otras especialidades médicas están preocupadas de modificar la realidad, ya sea a través de la terapia, en el caso individual, y de los programas, en el caso de la salud pública. De manera que, a pesar de que ambos básicamente estudian lo que la realidad de la población muestra, la medicina desempeña un papel más amplio al querer actuar para cambiar esa realidad.

Esta característica común determina que ambas disciplinas tengan también problemas comunes y que se complementen. La observación de la lista de datos que necesita la demografía y la epidemiología muestra que son más los que coinciden que los que no lo hacen. El tamaño total de la población; su distribución según sexo, edad, estado civil, ocupación, nivel de instrucción; la magnitud de estas características en el tiempo y en el espacio y los sucesos vitales, como las muertes, los nacimientos, los cambios de nivel socio-económico, son datos comunes de la demografía y la epidemiología.

Si bien es cierto -como se verá más adelante-, que el uso que se haga de dichos datos es diferente, los problemas de recolección, disponibilidad, evaluación y ajuste de ellos son comunes. La epidemiología tiene interés además en otros datos, especialmente los relativos a la prevalencia e incidencia de enfermedades; pero no puede trabajar con ellos si no dispone de aquellos enumerados como comunes. La medicina no podría trabajar, ni comprender la historia natural de las enfermedades en la población, sin los esfuerzos que hace la demografía para obtener una buena información sobre población y sus características a través de los censos, de las estadísticas vitales y, cada día más, también por medio de la técnica de encuestas por muestreo. No es la ocasión, de analizar las dificultades que ello representa y los problemas que quedan por resolver.

La demografía puede aportar mucho a la medicina, especialmente en el análisis epidemiológico de las enfermedades, respecto de las técnicas para evaluar, ajustar y hacer estimaciones futuras. No es necesario hacerlo en aquellos datos que son comunes -ya la demografía se preocupa de ellos-, pero sí se deben aprovechar sus técnicas a este respecto, en aquellos datos que nos son propios. Es cada día

más indispensable que podamos saber, con algunos años de anticipación, cuál será la magnitud de los problemas de salud que presentarán nuestras comunidades en lo futuro, no sólo para la planificación de nuestras acciones, sino también para determinar el tipo y la cantidad de profesionales que se necesitarán. Ello requiere saber cuál es y cuál fue la magnitud y las características de la patología existente, para poder hacer predicciones para lo futuro. La demografía ha tenido que desarrollar técnicas especiales para evaluar y ajustar la información básica(5) que en nuestros países adolece de serios defectos. Esas técnicas merecen ser adaptadas para los propósitos de las investigaciones epidemiológicas.

En el aspecto del análisis de los datos, se podría tomar como punto de partida la demografía o la epidemiología, indistintamente, cada una con su terminología, y en ambos casos se llegaría a la conclusión de que ambas coinciden. La epidemiología habla de un aspecto "descriptivo" como uno de sus dos o tres grandes capítulos. La demografía habla del aspecto "estático" de la población, como uno de sus dos grandes enfoques.(6) En este sentido, la epidemiología se refiere a la distribución de las enfermedades y a la salud en relación con las características de las personas, el espacio y el tiempo. La demografía hace lo mismo. En ambas, se recurre a formas de resumen estático y gráficas de igual naturaleza: tasas, razones, histogramas, gráficos de frecuencias, serie en el tiempo, etc..

El otro gran capítulo es la epidemiología analítica. La demografía, a su vez, habla de "demografía comparativa".(8) En ambos casos se pasa a un peldaño más alto en la investigación de los fenómenos respectivos y se usa principalmente la comparación para aclarar, si no la causalidad, por lo menos las asociaciones más sugestivas; se trata de comparar diferentes grupos de personas que tengan algún factor que los diferencie para ver si es el responsable en alguna forma del asunto en estudio. Las diferencias que se establecen en el tiempo y en el espacio, son otras dos dimensiones comunes que sirven también a un propósito analítico. De esto se deriva una serie de problemas comunes en que, de nuevo, ambas disciplinas pueden beneficiarse mutuamente. Al comparar, es indispensable cuidar de la influencia que pueden tener factores ajenos a aquéllos que se analizan. Para ello ha de existir la seguridad de que no estén interviniendo terceros factores, o variables en el lenguaje demográfico, que están determinando estas diferencias. Se recurre entonces a una variedad de técnicas, como el ajuste de tasas -especialmente de edad, que siempre perturba las comparaciones-, la utilización de modelos como la tabla de vida, la población estable y otros.(2)

También en ambos interesa refinar los factores o variables en su estudio en el tiempo y se plantean los problemas metodológicos del estudio de cortes verticales y de cohortes.

Es por todo lo anterior que aquél que sabe manejar los datos y los métodos de una de las disciplinas que estamos analizando, puede, si no dominar, al menos entender fácilmente la otra. El intercambio interdisciplinario no puede sino ser de beneficio mutuo, y llega el momento en que realmente no se pueden delimitar campos ni saber en qué lado se está actuando.

Campo de Referencia de la Salud y la Demografía

Así planteados los dos lados de esta relación -salud y demografía- se aprecian cuáles son los enfoques posibles para mirar esta interrelación. Hay tres maneras de hacerlo: primera, considerar la salud y la atención médica como variables dependientes, es decir, como efecto de los factores demográficos; segunda, mirar a la medicina como variable independiente en relación a la demografía, o sea, como factor determinante de sus cambios, de su composición y tamaño y tercera, enfocar la demografía como fuente de indicadores de salud.

En el afán de elevar el nivel de salud de nuestras comunidades, en la aplicación de la medicina y de la salud pública, interesa principalmente la demografía como variable independiente. Saber las características de la población en la cual se aplicará un programa de salud, general o específico, es indispensable para una actividad racional. Interesa, por ejemplo, que la demografía indique cuáles son las características de la población infantil o femenina de la cual se quiere resolver sus problemas de salud y que haga un pronóstico de la magnitud de las características que esa población tendrá en lo futuro.

Influencia de la Demografía en la Medicina

La demografía como variable independiente de la salud tiene su influencia más clara e importante en los aspectos administrativos y programáticos de la salud. Cualquiera acción con propósitos de salud que la medicina desee realizar sobre la población, debe adecuarla a la información que sobre las características de esa población le entrega la demografía. Estos datos de la demografía son necesarios en dos aspectos de este proceso. Por una parte, proporcionan los

datos sobre la magnitud total de la población que ha de ser atendida, según grupos, en su distribución espacial y en su proyección temporal. Por otra parte, indican algunos de los factores o variables determinantes o contribuyentes de los problemas de salud, ya sea que actúen directa o indirectamente.

El primer aspecto señalado, es decir, el conocimiento de la magnitud de la tarea que se ha de afrontar, es la base sobre la cual se determinará la cantidad y calidad de los recursos necesarios. La tarea que enfrenta la salud y la atención médica en América Latina, hoy en día, es proporcionar promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación a 260 millones de personas; cifra que, de acuerdo con el ritmo de crecimiento de la región, se incrementará alrededor de 7 y medio millones más cada año.(13) Al mismo tiempo, se debe considerar que esta población tiene un promedio de 40 por ciento de niños menores de 15 años y un 22,8 por ciento de mujeres en edad fértil. Todo ello induce a concluir que tres de cada cinco latinoamericanos están afectados a los problemas de salud materno-infantil. Estos datos indican, no sólo la magnitud del esfuerzo que hay que hacer, sino la dirección que deben tener. También, de acuerdo con estas cifras, se ha de prever la cantidad de recursos, ya escasos, que a plazos muy cortos se necesitarán: construcciones, equipos necesarios y, sobre todo, personal médico y para-médico.

Pero los datos de la demografía útiles para la programación de las acciones no son sólo estos. Ellos indican como tarea la atención de una población que en la mayoría de los países se encuentra distribuida principalmente en las áreas rurales; pero, al mismo tiempo, también señalan el acelerado crecimiento de las ciudades; que, en algunos países, se deberá enfrentar la atención de una población compuesta de hasta un 80 por ciento de analfabetos, y que, lógicamente, no podrán leer una receta ni es fácil que entiendan la necesidad de una vacuna o la de usar agua potable. A través de la elaboración de las estadísticas vitales, la demografía señalará las causas por las que mueren diferentes grupos de población y la magnitud de los partos que se deberán atender.

Los mismos datos demográficos anteriormente señalados, pueden ser mirados como variables o factores de los problemas de salud. La mortalidad infantil, por ejemplo, que en los países de la región tiene cifras que van desde tres a cinco o seis veces las de los países desarrollados, está determinada, en parte importante, por el bajo nivel de alfabetismo y escolaridad de las madres, por el tipo de ocupación en que predomina el obrero no calificado, por la alta tasa de desocupación,

etc.. Toda esta información demográfica, directamente o sólo como indicador, (7) informan de algunos de los factores que están determinando una alta mortalidad infantil.

La influencia de la Medicina en la Demografía

La interrelación entre salud y demografía se puede considerar en sentido inverso: es decir, considerando a la demografía como la variable dependiente, -o sea, el efecto-, y a la salud y la atención médica, como la variable independiente -o sea, la causa-. Las acciones de salud y la medicina, en general, son determinantes directas en los hechos vitales; la muerte, el nacimiento y, en menor grado, los desplazamientos espaciales de la población. A través de esta influencia directa, están determinando la composición de la población y su crecimiento. Este enfoque tiene, para la medicina, un interés más académico que práctico. Para el demógrafo sucede lo contrario, y es este el enfoque que más le interesa. El conocer en qué forma las actividades de salud, entre otras, actúan sobre las variables demográficas, es inherente a la ciencia demográfica y es una parte cada día más importante de sus preocupaciones. Ha de dejarse en claro, sin embargo, que el énfasis puede variar según sea el problema concreto que se enfrente. La mortalidad ha sido tradicionalmente el hecho vital que tiene una relación más obvia entre la demografía y la salud. La muerte, para la demografía, representa uno de los componentes de la ecuación que determina el número, crecimiento y estructura de la población. Para la salud y la atención médica, evitar la muerte representa su primera obligación. La conservación de la vida es en nuestra cultura un factor inamovible. Sin embargo, a pesar de esta indiscutible relación, se ha demostrado que las acciones y las técnicas de la medicina para evitar la muerte y la enfermedad no constituyen el único factor, e incluso, en algunas ocasiones y para algunas causas específicas, no es el más importante. (9) (10) (11) (12) (13) (14)

La evolución de la mortalidad ha sido relativamente rápida en los países latinoamericanos en las últimas décadas, (15) si se compara con la velocidad que esa evolución tuvo en los países actualmente desarrollados de Occidente. A comienzo de siglo, la tasa de mortalidad era, en los países de los cuales hay datos, alrededor de 25 a 30 muertes por mil habitantes. En la década de 1930, y a

excepción de la Argentina y el Uruguay, que llegaban sólo a alrededor de 11, el resto de los países tenían tasas de alrededor de 20-22 muertes por mil habitantes. A partir de 1940, aproximadamente, se produce una acentuada disminución, que determina reducciones que fluctúan en la mitad de esta cifra.

Alrededor de 1960, las tasas oscilan alrededor de 10 muertes por mil habitantes. (16) (17) Este mismo fenómeno se puede evidenciar por el aumento importante de la esperanza de vida al nacer y en forma indirecta para los países que tienen malos registros. Sin embargo, se observa que este descenso se ha estado haciendo más lento en los países que la mortalidad es relativamente más alta.

Todos los que se han preguntado cuál ha sido el papel y la importancia que la medicina desempeñó en la disminución de la mortalidad del siglo pasado en los países hoy industrializados, llegan por diferentes técnicas y enfoques a concluir que fue casi principalmente la elevación del nivel de vida el factor determinante. (14) Pero ese descenso, a diferencia del latinoamericano, fue mucho más lento. El aumento de la esperanza de vida, basado en un cálculo para seis países europeos y un estado de los Estados Unidos, (11) revela que aumentaron de 41,0 años en 1840 a 61,7 años en 1930. Esta misma ganancia de 20 años en la esperanza de vida y partiendo de la misma base, se produjo en Chile entre 1929-32 y 1960-61. En otras palabras, mientras los países europeos demoraron 90 años en ganar 20 años de esperanza de vida, países latinoamericanos, como Chile, lo lograron en sólo 30 años. MacKeown haciendo un análisis de las causas de la baja de la mortalidad en Inglaterra y Gales para la segunda parte del siglo pasado llega a concluir que ello se debió principalmente a un aumento de nivel de vida, una mejoría del saneamiento y a una más favorable relación agente-mesenero. Las acciones y los medios propios de la salud, a excepción de las acciones específicas para la viruela, no habrían desempeñado prácticamente ningún papel.

En los países latinoamericanos, como en el resto de los países subdesarrollados, el fenómeno ha sido diferente. Como lo demuestran varios autores, (9) (11) (13) la salud ha tenido un efecto más importante que el que tuvo en los países europeos en el siglo pasado y comienzo de éste. Kusakawa, (11) midiendo la mortalidad por la esperanza de vida al nacer y usando análisis de variancia, llega a establecer que la urbanización, la alfabetización, el consumo de energía y los salarios como índice de progreso económico-social, han contribuido en un 50 por ciento a la disminución de la mortalidad. A los servicios médicos corresponde sólo

un 30 por ciento. Puede que esta apreciación no sea aplicable estrictamente a Latinoamérica, por tratarse de una estimación basada en 63 países subdesarrollados. Sin embargo, persiste la conclusión más probable que, aún cuando en la situación presente de la región la ciencia médica ha contribuido a disminuir las muertes, no ha sido el factor principal.

El último hecho destacable en relación con la mortalidad y la influencia de las acciones de salud, es que, a pesar de que ha habido en América Latina un descenso importante de la mortalidad, éste tiende a mantenerse en niveles más altos que los que tienen los países europeos y los Estados Unidos. Al mismo tiempo se observa que en Estados Unidos y en Inglaterra, a los grupos sociales menos favorecidos los afecta todavía una mortalidad relativamente alta.(12) Hay aún en los países latinoamericanos mayores posibilidades de actuar sobre la mortalidad desde el punto de la medicina. Inmensas mayorías todavía no tienen acceso a la atención médica y no les alcanza incluso las medidas masivas de salud pública. Como el papel del médico es éste específicamente, es necesario saber que, mientras se hacen trasplantes cardíacos, hay niños que mueren por una diarrea no tratada. La gran participación de los médicos de la región en la disminución de la variable demográfica "muerte", estriba hoy día en los esfuerzos por poner a disposición de todos los millones de latinoamericanos la atención médica entendida en su enfoque integral.

La atención médica, la salud pública y la medicina en general, han sido acusadas de ser responsables del aceleramiento en el crecimiento de la población de los países subdesarrollados. La disminución de la mortalidad sin una concomitante de la natalidad, han sido la causa. Sin embargo, como se ha tratado de demostrar, la medicina ha desempeñado un papel que en muchas situaciones ha sido mínimo en la baja de la mortalidad. Pero, cualquiera que haya sido la influencia o la responsabilidad que tenga o haya tenido la medicina en el aumento de la tasa de crecimiento -desarrollo económico social-, los médicos deben tener una participación ejecutiva en este problema.

La medicina ha sido, sin embargo, sorprendida en esta nueva responsabilidad. Se ha encontrado frente a una nueva problemática, que si bien puede abordar en parte con sus herramientas tradicionales, necesita comenzar ineludiblemente a manejar otros factores con los cuales no tiene aún experiencia ni habilidad. Se

encuentra con una serie de limitaciones derivadas del carácter multidisciplinario de los determinantes de la fecundidad, de la falta de herramientas eficaces y confiables y de la variabilidad local y temporal de la importancia de los factores determinantes. Sin necesidad de recurrir a experiencias de otros continentes (18) (19) (20) en los cuales se ha demostrado lo complejo del fenómeno, ya en estos países se enfrenta a hechos que se deben analizar muy profundamente y relacionarlos con los pasos concretos que se han estado dando y la responsabilidad que a la salud se ha otorgado. La cantidad de dinero que se está invirtiendo en el control de la fecundidad hace mayor la responsabilidad en un medio donde la característica más saliente es la falta crónica de recursos, en áreas tan importantes -a largo y corto plazo-, como son la salud de los niños y de los jóvenes y el problema nutricional, sólo para nombrar algunos.

La Segunda Conferencia Mundial de Población de Naciones Unidas, celebrada en Belgrado en 1965, reveló, a través de los trabajos presentados, una serie de nuevas experiencias que son pertinentes para la medicina en su nueva tarea. A pesar de que la información de América Latina entre los de los países subdesarrollados fue muy escasa, lo que se mostró de otros países semejantes a los de esta región deben servir de orientación y de aviso de lo que puede pasar en esta área. La primera gran conclusión que se deduce es que no se puede aplicar a nuestras realidades la experiencia de los países hoy desarrollados y que han logrado tasas bajas de fecundidad. Las diferencias históricas en cuanto a los logros en nivel de vida y salud, los diferentes patrones culturales, la nueva situación económica y tecnológica, determinan que se siga por caminos propios. Muchas de las asociaciones entre fecundidad y nivel de instrucción, nivel económico, situación ocupacional del cónyuge, que tenían una asociación en los países en desarrollo al parecer definitiva, se encuentra con excepciones que hacen dudar de la generalización. (21)

Los trabajos de la Conferencia citada amplían también la visión de la influencia de las acciones de salud en la fecundidad. Fuera de la relación directa y evidente a través de los programas de control de la fecundidad, la disminución de la mortalidad y, en general, la mejoría de las condiciones de salud, influyen sobre la fecundidad. La mejor nutrición de la madre, un mejor cuidado prenatal, eliminación de enfermedades que afectan la fertilidad, como la lues y el paludismo,

etc., son todos factores de los cuales son directa, aunque no exclusivamente responsables los médicos y que determinan una disminución de la mortalidad fetal y perinatal, que, a su vez, producen un aumento de la fecundidad. (22)

Las experiencias que se mostraron sobre los efectos de los programas de control de la fecundidad sobre el nivel de ésta concuerdan con lo señalado por Freedman, (23) en el sentido de que ellos son sólo un factor, más o menos importante, pero que sin otros fenómenos sociales concomitantes, de muy escaso o nulo efecto. Por su parte, Morsa, (24) al resumir los trabajos presentados sobre planificación de la familia, afirma que no puede haber un efecto de los programas en la fecundidad "a menos que la mutación de las estructuras sociales avancen en forma suficiente como para dar paso a un nuevo estado mental. Un programa de planificación de la familia no puede ser establecido en abstracto; debe ser basado en deseos preexistentes de la población". Más adelante, concluye: "En este sentido, el programa es una etapa de relevo, la cual permitirá a la población acceder a la voluntad de deseos anteriores". Esta afirmación puede servir de hipótesis para explicar lo que está sucediendo en Chile en estos momentos. La fecundidad, medida ya sea a través de la tasa de natalidad, de fecundidad específica o de la tasa bruta de reproducción, muestra un descenso importante en los tres o cuatro últimos años. (25) Desde 1962, fecha en que comenzaron los programas, la natalidad ha bajado de 37,8 a 33,3 nacimientos por mil habitantes. (26) La tasa bruta de reproducción, de un nivel de 2,53 en 1962, ha llegado a 2,23 en 1966. Estas reducciones, que han hecho decir que Chile ha entrado en la tercera fase de la transición demográfica, han coincidido con la iniciación y la intensificación de los programas. Parecería evidente la relación entre estos dos hechos para que los demógrafos se explicaran la baja y los médicos estuvieran satisfechos con su esfuerzo.

Sin embargo, hay dos hechos que hacen dudar de esta explicación tan simplista. Por una parte, las investigaciones realizadas antes de iniciar los programas, revelaban que la población estaba altamente motivada para controlar su fecundidad. Ya en 1959, tres de cada cuatro mujeres interrogadas en Santiago estaban de acuerdo en que los médicos, en sus consultas y en las clínicas maternas, informasen acerca de los anticonceptivos e indicaran su uso, (27) siendo esta proporción más alta que la encontrada en Francia en 1956. El otro hecho es el aumento que desde 1930 muestra la incidencia del aborto inducido (28) (29). La

mujer que recurre a él revela una fuerte motivación y una necesidad de controlar el número de hijos.

No se pretende sacar conclusiones generales, pero sí llama la atención sobre la necesidad de establecer programas basados en los mejores supuestos de que se disponga. El esfuerzo que ellos significan deben basarse en conocimientos previos que permitan actuar con la máxima eficacia. En nuestros países, donde la fecundidad es, salvo excepciones, aún muy alta; en donde no se aprecia una tendencia a la disminución, los médicos deben estar alertas a análisis profundos que les permitan actuar más racionalmente y con mejor conocimiento de causa. Los estudiantes de medicina deben conocer estos factores, tener conciencia de su papel y de sus responsabilidades y poseer los conocimientos de las interrelaciones que les permitan conocer los resultados. Si se desea llegar realmente a una medicina integral para América Latina, el futuro médico debe tener una preparación que le permita actuar y manipular los factores que él maneja con conciencia de lo que hace.

Por todo lo expresado, resulta evidente la estrecha relación y comunidad de intereses de la demografía y la medicina. La evolución de la medicina no deja lugar a dudas que se encuentra en proceso de ser una disciplina social que no puede dejar de mirar su problemática a nivel de la comunidad como un todo. La demografía, que no sólo es, sino que siempre ha sido, social, constituye la base, aporta metodología y ayuda a definir la problemática de la medicina social. Hay una comunidad de intereses, enfoques y marcos de referencia que sorprenden cuando se intenta hacer una comparación detallada, y resultan sorprendentes las posibilidades que se tienen de intercambio y cooperación entre estas dos ciencias. La medicina que hoy necesita América Latina, no puede ignorar la interrelación con otras disciplinas y es en beneficio mutuo lo que puede hacer junto a la demografía.

B I B L I O G R A F I A

- 1) SIGERIST, H.: "On the History of Medicine". M.D. Publications, Inc. Nueva York, 1960.
- 2) HORWITZ, A.: "La salud, un componente básico del desarrollo económico". Oficina Sanitaria Panamericana, Publicaciones Varias, N° 66, 1961.
- 3) HAUSER, P.H., DUNCAN, O.D.: "The Nature of Demography". The Study of Population, Ed. Hauser y Duncan. The University of Chicago Press, 1959, cap. 2, pp: 29-44.
- 4) MACMAHAN, B., PUGH, T.F., IPSEN J.: "Epidemiologic Methods". Little, Brown and Co, Boston, 1960.
- 5) BARCLAY, G.W.: "Técnicas de análisis de la población". Comisión de Educación Estadística del Instituto Interamericano de Estadística, Rosario, Rep. Argentina, 1961.
- 6) HAUSER, P.M., DUNCAN, O.D.: "The Data and Methods". The Study of Population. Ed. Hauser y Duncan. University of Chicago Press, 1959, pp. 45-75.
- 7) HAUSER, M.H., DUNCAN, O.D.: "Demography as a Body of Knowledge". The Study of Population. Ed. Hauser y Duncan. University of Chicago Press, 1959.
- 8) MOLINA G. y NOAM, F.: "Indicadores de salubridad, economía y cultura en Puerto Rico y América Latina". Presentado en la Primera Sesión de la Sociedad Argentina de Salud Pública, agosto 1962.
- 9) BEHM H., GUTIERREZ, H.: "Structure of Causes of Death and Level of Mortality: an Experience in Latin America". World Population Conference II:391-394. United Nations Publication E/CONF/3.1967.
- 10) BOURGEOIS-PICHAT, J., CHIAN-LIN PAN: "Tendencias y determinantes de la mortalidad en las zonas subdesarrolladas". Estudios Demográficos. Ed. C.V. Kiser. La Fundación Milbank Memorial. Buenos Aires, 1967, pp. 153-167.
- 11) KUSUKAWA, A.: "Social and Economic Factors in Mortality in Developing Countries". World Population Conference II:337-341. United Nations Publications E/CONF/3.1967.
- 12) MORIYAMA, I.M., GURALNICK, L.: "Diferencias de la mortalidad por clases ocupacionales y sociales con referencia a los Estados Unidos". Estudios Demográficos. Ed. C.V. Kiser. La Fundación Milbank Memorial, Buenos Aires, 1967, pp. 196-209.
- 13) STOLNITZ, G.J.: "Comparación entre las tendencias recientes de la mortalidad en regiones subdesarrolladas y las tendencias históricas de Occidente". Estudios demográficos. Ed: C.V. Kiser. La Fundación Milbank Memorial, Buenos Aires, 1967, pp. 168-177.
- 14) MC KEOWN, TH., RECORD, R.G.: "Reasons for the Decline in Mortality in England and Wales during the nineteenth Century". Population Studies, XVI: 94-122, 1962-63.
- 15) MIRO, C.A.: "La población de América Latina en el siglo XX". CELADE A/48. Santiago de Chile, 1965.
- 16) SOMOZA, J.: "Trends of Mortality and Expectation of Life in Latin America". The Milbank Memorial Fund Quarterly, XLIII (4): 219-241, Part 2, oct. 1965.
- 17) NACIONES UNIDAS: "Boletín de Población." N°6, 1962. United Nations Publications, ST/SOA/Ser. N/6.

- 18) FREEDMAN, R., TAKESHITA, J.: "Studies of Fertility and Family Limitation in Taiwan". Public Health and Population Change. Ed. Sheps, M.C. y Ridley, J.C., University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1965, pp.: 174-197.
- 19) RIDLEY, J.C.: "Recent Natality Trends in Underdeveloped Countries". Public Health and Population Change. Ed. Sheps M.C. y Ridley J.C. University of Pittsburgh Press, 1965, pp.: 143-173.
- 20) ROBERTS, G.W.: "Factors and Patterns of Fertility in Areas where Fertility is Relatively High". World Population Conference. I:53-60, United Nations Publications, E/CONF. 41/2.
- 21) DUNCAN OTIS, D.: "Population Distribution and Community Structure". Cold Spring Harbor Symposia and Quantitative Biology. Vol. XXII, pp. 357-371. 1965.
- 22) BAIRD, D.: "Variations in Fertility Associated with Changes in Health Status". Public Health and Population Changes. Ed. Sheps, M.C. y Ridley J.C. University of Pittsburgh Press, 1965, pp. 353-376.
- 23) FREEDMAN, R.: "Fertility Statement by the Moderator". World Population Conference. I: 36-49. United Nations Publications E/CONF. 41/2.
- 24) MORSA, J.: "Studies Relevant to Family Planning". World Population Conference I: 103-113. United Nations E/CONF. 41/2.
- 25) MORALES, J.: "Revisión de la proyección de la población de Chile por sexo y grupos de edad, 1960-2000". CELADE, 1968. (Versión preliminar y de distribución interna).
- 26) GUTIERREZ, H.: "La integridad del registro de nacidos vivos en Chile: 1963-1966". Depto. de Bioestadística. Escuela de Salubridad, Universidad de Chile, 1968.
- 27) TABAH, L. y SAMUEL, R.: "Preliminary Findings of a Survey on Fertility and Attitudes Toward Family Formation in Santiago, Chile". Research in Family Planning. Ed. Clyde V. Kiser, Princeton University Press, 1962, pp. 263-304.
- 28) REQUENA, M. y MONREAL, T.: "Evaluation of Induced Abortion and Family Planning Programs in Chile". Por publicarse en el Milbank Memorial Fund Quarterly.
- 29) REQUENA, M.: "Condiciones determinantes del aborto inducido". CELADE, Serie A/61, 1967.
- 30) CANDAU, M.G.: "Human Resources for Health". XLIII Conferencia de la Fundación Milbank Memorial. Nueva York, 1967.
- 31) CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA (CELADE): "Boletín Demográfico", Año I, N° 1, enero de 1968.
- 32) CRABTREE, J.A.: "Public Health Implications of the Population Problem". Public Health and Population Change. Ed. Sheps, M.C. y Ridley, J.C. University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1965.
- 33) NACIONES UNIDAS: "Informe sobre la situación social en el mundo, con especial referencia al problema del desarrollo social y económico equilibrado". E/CN.5/346/Rev. 1, 1961.

- 34) POTTER R.G., NEW, M.L., WYON, J.B., GORDON, J.E.: "Applications of Field Studies to Research in Physiology of Human Reproduction: lactation and its effects on Birth Intervals in eleven Punjab Villages, India". Ed. Sheps, M.C. y Ridley, J.C. University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1965, pp. 337-399.
- 35) WISHIK, S.M.: "Community Programs to Modify Family Size: Indications for Organization and Planning".Ed. Sheps, M.C. y Ridley, J.C. University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1965, pp. 198-218.

