

LA IMPORTANCIA DE LA DEMOGRAFÍA EN LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD Y EL BIENESTAR EN LA AMÉRICA LATINA

JOSÉ L. JANER Y GUILLERMO ARBONA

La experiencia ha demostrado muy convincentemente que la planificación cuidadosa, comprensiva e inteligente, es un arma esencial en el desarrollo social, económico y cultural de todas las sociedades humanas. Mientras más complejo su desarrollo, mayores sus necesidades para el uso del proceso de planificación. De otra parte, los países en desarrollo, debido a sus recursos limitados y a sus aspiraciones de desarrollarse rápidamente para ponerse a nivel con los países más desarrollados, tienen una necesidad aún mayor de una planificación cuidadosa.

La planificación puede definirse como la preparación inteligente de las acciones dirigidas hacia el logro de objetivos específicos. Su propósito principal es asegurar la posibilidad y efectividad de toda acción mediante un proceso que generalmente consiste de los siguientes pasos:¹

1. Investigación analítica del problema
2. Consideración de los recursos disponibles
3. Definición de los objetivos realizables a corto y a largo plazo
4. Formulación de los programas de acción necesarios
5. Formulación de procedimientos para una oportuna evaluación de la efectividad de estas acciones.

Todas las actividades que resulten de la planificación, deben tener objetivos claramente definidos. Hasta donde sea posible, dentro de las condiciones prevalecientes, estos objetivos deben basarse en un minucioso conocimiento y en una cabal comprensión del caso o de la situación que ha dado motivo a las actividades.

Esto significa que siempre que los problemas que hayan dado motivo a las acciones sean de una naturaleza colectiva y envuelvan poblaciones humanas, la garantía de éxito buscada a través del proceso planificador dependerá mayormente del uso apropiado de los conocimientos demográficos pertinentes. Que esto es así, y que la efectividad de cualquiera acción encaminada a resolver problemas que envuelven el bienestar de poblaciones humanas puede ser seriamente obstaculizada por una simple ignorancia de sus elementos demográficos de parte de los planificadores, queda claramente establecido por cualquiera de las definiciones aceptadas de lo que es "demografía".

La demografía ha sido definida en distintas formas por diferentes autores. Wolfenden, por ejemplo, la ha definido como "el estudio estadístico o colectivo de las poblaciones humanas";² Barclay como "la representación numérica de las poblaciones humanas";³ Hauser y Duncan como "el estudio del tamaño, la distribución territorial y la estructura de las poblaciones, sus cambios internos y los componentes de dichos cambios, que pueden identificarse como la natalidad, la mortalidad, los movimientos territoriales (migración) y la movilidad social (cambio de status)".⁴ Esta última definición nos parece la más satisfactoria, desde el punto de vista que acentúa explícitamente la naturaleza dinámica de las poblaciones al mencionar el estudio de sus cambios como uno de los propósitos más importantes de la demografía. De esta definición podemos inferir que hay por lo menos tres funciones importantes que puede desempeñar la demografía en todo proceso de planificación motivado por los problemas colectivos de cualquier población en particular. Carleton ha identificado estas funciones como: "la función *descriptiva*, la función *diagnóstica*, la función *predictiva*".⁵

En su *función descriptiva*, la demografía es capaz de proveer una descripción confiable de un problema o una situación poblacional específica. Esta puede considerarse como la función principal de la demografía en la planificación, porque la posibilidad y confiabilidad de la parte diagnóstica y de la parte predictiva dependerán mayormente de la calidad y extensión de la información descriptiva. La demografía realiza su función descriptiva a través de la recolección, tabulación y publicación de los datos demográficos correspondientes. Para la recolección de los datos requeridos se pueden usar distintos procedimientos

tales como: enumeraciones censales; registros continuos, periódicos o especiales; encuestas continuas, periódicas o especiales, etc. La importancia del método de encuestas está aumentando rápidamente y la metodología relacionada con el mismo se mantiene en estado de constante desarrollo. "Este método incluye procedimientos ad hoc y medios de recoger información que no se conseguirían de otro modo".⁶ Generalmente, una encuesta tiene propósitos bien definidos y una duración limitada. En algunas circunstancias especiales, sin embargo, los estudios pueden organizarse sobre una base periódica o continuada y para recoger una información amplia y variada.⁷ Entre los asuntos demográficos más frecuentemente investigados mediante el método de encuesta pueden mencionarse los siguientes: la conducta reproductiva, frecuencia con que se enferma la gente, frecuencia con que recibe tratamiento médico y costo de éste, los patrones migratorios, el movimiento económico, los hábitos nutricionales, etc.

En su *función diagnóstica*, la demografía es capaz de detectar cualquier síntoma de enfermedad social, así como su seriedad, y sus probables causas. Esto es posible mediante la aplicación de técnicas analíticas apropiadas a material descriptivo adecuado. Entre los síntomas más importantes de los problemas sociales que rutinariamente vigilan todas las comunidades altamente desarrolladas, pueden mencionarse el desempleo y el sub-empleo, las migraciones masivas de zonas rurales a urbanas, el analfabetismo, altas tasas de mortalidad, altas tasas de delincuencia, alta incidencia de ciertas enfermedades específicas, fecundidad demasiado alta o demasiado baja, etc. El poder descubrir estos síntomas y establecer su respectiva magnitud, su curso o tendencia y sus causas probables, le ha dado gran realce al papel de la demografía en el proceso de planificación y ha convertido a esta disciplina en un instrumento de la mayor utilidad para la sabia y apropiada selección de las medidas correctivas o acciones necesarias.

En su *función predictiva* la demografía es capaz de proyectar a cualquier fecha futura o pasada que se escoja, el tamaño y la composición de cualquier población en particular. Estas proyecciones se hacen a base de algunas suposiciones específicas que establecen para los factores de crecimiento envueltos, sus correspondientes patrones de cambio a través del intervalo de tiempo comprendido entre la fecha básica y la de la proyección. Seleccionando cuidadosamente las suposiciones más razonables respecto a cuáles habrán de ser las respectivas tendencias futuras de estos factores de crecimiento, las proyecciones poblacionales pueden asumir un papel predictivo de indiscutible utilidad en la planificación inteligente de programas de desarrollo a largo plazo.

Por supuesto, lo razonable de las suposiciones que pueden dar a las proyecciones poblacionales su valor de predicción dependerá siempre de varios factores entre los cuales pueden mencionarse los siguientes: amplitud del intervalo de tiempo envuelto en la extrapolación que representa la proyección, naturaleza y confiabilidad de los datos descriptivos en los cuales se basan las suposiciones; habilidad para prever la ocurrencia y magnitud de los acontecimientos futuros que sean capaces de afectar substancialmente cualesquiera de los factores de crecimiento envueltos, etc.

Por lo tanto, no debe haber ninguna duda del papel importante que desempeña la demografía en la planificación de toda actividad para promover el bienestar colectivo de las sociedades humanas. Pasemos ahora a su papel en la planificación específica para la salud y el bienestar. El término "bienestar" se define como la condición de "estar bien". También significa los esfuerzos corporativos o colectivos de la comunidad organizados para el mejoramiento social de una clase o un grupo, como cuando se dice que alguien está dedicado al bienestar del niño, etc. El término "salud" lo ha definido en su constitución la Organización Mundial de la Salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".⁸ Esta definición, que ha ido rápidamente ganando aceptación, implica el reconocimiento del hecho que la salud no es exclusivamente un problema médico o sanitario. Es cierto, no obstante, que el hacer extensivo a todas las personas los beneficios de los conocimientos afines a la medicina y la psicología y la provisión de condiciones sanitarias apropiadas, son esenciales al logro más completo de la salud, pero ningún gobierno puede cumplir plenamente su responsabilidad para con la salud de su pueblo a menos que adopte medidas adecuadas de carácter social y económico en adición a las de carácter médico y sanitario.⁹ Por lo tanto, al igualar prácticamente salud con felicidad y bienestar, la definición ofrecida por la Organización Mundial de Salud puede interpretarse como significativa de que todos los problemas que afectan las poblaciones humanas pueden considerarse relacionados con la salud y, por lo tanto, de interés para todo funcionario de salud. Esta conclusión se deriva lógicamente del hecho de que los problemas humanos, ya sean de índole individual o colectiva, tienen frecuentemente su origen en las acciones del hombre en busca de su felicidad.

En su relación funcional con las aspiraciones, la felicidad es siempre una variable dependiente. Cuando la realización de sus aspiraciones se ve seriamente obstaculizada, ya sea por la estructura socio-cultural

prevaleciente en la comunidad de la cual él es un miembro, o por el ambiente físico o natural que le rodea, la felicidad del hombre se pone en peligro. Pero las aspiraciones humanas no son uniformes ni constantes. Aquí tenemos que recordar que la diversidad es una de las facetas más importantes en la naturaleza del hombre. Por eso es que se ha dicho que "en el curso de la evolución la naturaleza se ha tomado grandes molestias para hacer a cada individuo diferente a los demás",¹⁰ y "pretender igualar a todos los seres humanos, no importa el pretexto para ello, debe ser considerado como un ultraje a la naturaleza biológica del hombre".¹¹ Por lo tanto, los requisitos para lograr la felicidad deben variar considerablemente de un individuo a otro. Aún más, las aspiraciones de donde derivan estos requisitos están continuamente cambiando en cada individuo a través de toda su vida. Y como si esto fuera poco, estas aspiraciones y requisitos individuales pueden resultar excesivamente incompatibles entre sí desde el punto de vista de su satisfacción o realización, debido a su propia naturaleza o a la estructura socio-cultural de la comunidad. Esto significa que una condición de felicidad colectiva resulta necesariamente algo muy difícil de definir y alcanzar en la práctica.

Por lo tanto, la planificación para cualquier clase de mejoramiento en la condición de bienestar o felicidad colectiva de una comunidad, deberá siempre involucrar la promoción de cambios en el marco de referencia de las aspiraciones de sus miembros capaces de reducir en número y magnitud los elementos en conflicto planteados por los requisitos individuales para la realización de la felicidad o el bienestar. La evaluación apropiada de la naturaleza y magnitud de los cambios que se persigan en la etapa de la planificación y, más adelante, la de la efectividad de las acciones llevadas a cabo para lograr los cambios, envuelven con mucha frecuencia, un uso considerable de análisis demográfico.

Las acciones finalmente decididas, no necesitan ser siempre las más efectivas desde un punto de vista absoluto. Ha de tomarse en cuenta la estructura socio-cultural de la comunidad en la cual se van a poner en práctica. Tiene que ser así, porque tanto la posibilidad de ponerlas en práctica como su efectividad van a depender en gran parte de esa estructura. En algunos sitios, la estructura socio-cultural prevaleciente puede ser tal que excluya toda posibilidad de éxito de cualquier acción orientada hacia la consecución de un substancial mejoramiento económico-social y un mayor grado de bienestar general. Donde esto suceda, el objetivo primario de toda planificación inteligente debe ser promover aquellos cambios en la estructura socio-cultural prevaleciente que se

consideren esenciales para el mejor éxito de las acciones que se van a emprender y que son necesarias para lograr las metas que hayan sido fijadas.

Aunque hay muchos elementos que contribuyen a modelar cualquier estructura socio-cultural específica, Merton, el distinguido sociólogo norteamericano, señala dos que él considera como los más importantes: "El primero consiste de las metas culturalmente definidas, los propósitos y los intereses mantenidos por una sociedad como los objetivos legítimos de todos sus miembros o de miembros diversamente situados en ella". Constituyen aquellas cosas por las cuales vale la pena luchar en la vida, y por lo tanto, la escala de valores de la sociedad. El segundo elemento "consiste de las normas reguladoras que controlan los medios aceptables para alcanzar estas metas".¹²

Desde el punto de vista de estos dos elementos, los más importantes en toda estructura socio-cultural, puede definirse una sociedad saludable como aquella cuya escala de valores está en consonancia con la clase de aspiraciones individuales que se amoldan perfectamente a las normas reguladoras que establecen los medios para su realización. Son sociedades en las cuales las satisfacciones provienen a sus miembros no solamente de la realización de sus aspiraciones respectivas, sino también del propio uso de los medios legítimos accesibles para lograrlas.¹³

Consecuentemente, el grado de disociación entre objetivos y medios para alcanzarlos puede considerarse siempre como una medida de patología o mala integración social. Esta disociación puede fluctuar entre los dos extremos representados por los siguientes casos de opuesta naturaleza.

El primero de estos dos casos opuestos es aquel en que "las metas triunfales que se exaltan, virtualmente sobre todo lo demás, para la población en general, no están al alcance de la mayoría de la gente, porque la estructura social prevaleciente restringe o cierra totalmente a estos individuos cualquier acceso a los medios aprobados mediante los cuales podrían llegar a ellas".

El segundo caso extremo y contrario al anterior, es aquel en que "los medios o instrumentos prescritos institucionalmente para luchar por alcanzar las metas se convierten en prácticas autosuficientes carentes de objetivos ulteriores". En otras palabras, en estos casos la mala integración resulta de haber convertido en metas lo que han debido ser los medios para alcanzarlas.¹⁴

Es la hipótesis central de Merton que la conducta extraviada de los individuos puede considerarse sociológicamente como un síntoma de

disociación entre las aspiraciones culturalmente prescritas y los caminos socialmente estructurados para realizar estas aspiraciones. Y está bien consciente del hecho que aunque “ninguna sociedad carece de normas que rijan su conducta”, pueden haber grandes diferencias entre una sociedad y otra respecto al grado en que están efectivamente integradas en ellas las creencias y las costumbres populares y los controles institucionales, con las metas predominantes en la jerarquía de los valores culturales.¹⁶

Aunque la sociedad perfectamente integrada es algo que ninguna porción apreciable de la humanidad ha podido lograr todavía, no puede haber duda de que el subdesarrollo es casi siempre el resultado lógico de una prolongada, persistente y crasa mala integración socio-cultural. Esto significa que si han de tener éxito los esfuerzos para sacar a un país de un estado de subdesarrollo y elevarlo a los más altos niveles de vida que la civilización moderna ha hecho posibles, se requeriría producir grandes cambios en su estructura socio-cultural, arraigada en la tradición. Pero siempre existe el peligro de que tratando de lograr tal proeza mediante una planificación fragmentaria, el resultado final de estos esfuerzos venga a ser un caso de mala integración peor que el que existía antes. Fue precisamente su mente alerta a este peligro y una clara comprensión de cuál debe ser el propósito final de todos los esfuerzos humanos, lo que llevó al Gobernador de Puerto Rico, Luis Muñoz Marín, a formular su Programa Operación Serenidad, poco después de haber puesto en marcha, con buenos resultados, el bien conocido programa “Manos a la Obra”.

De acuerdo con Muñoz Marín, Operación Serenidad es “un intento de dar al esfuerzo económico y a la libertad política objetivos que puedan encomendarse a sí mismos al espíritu del hombre en sus funciones de líder, en vez de sirviente, del proceso económico. . . .

“Una sociedad en que Operación Serenidad haya tenido éxito, usará cada vez más intensamente su poder económico para ampliar su horizonte de libertad, del conocimiento y de la imaginación comprensiva, antes que para lograr una rápida multiplicación de artículos en ardiente persecución de una multiplicación más vertiginosa aún de deseos. . . .

“Aunque sin duda alguna, debe darse prioridad a combatir ese tradicional estado de pobreza que consiste en grandes masas de gente mal alimentadas, con malas viviendas, mal vestidas, ignorantes, indefensas ante las enfermedades, la orfandad y la vejez, hay que estar conscientes de una nueva y peligrosa pobreza: la de la producción febril inventando nuevos deseos que muchos nunca podrán colmar”.¹⁶

Se deduce claramente de las palabras de Muñoz Marín que la tarea principal de las sociedades subdesarrolladas, en su esfuerzo por sacudirse de su estado de subdesarrollo, debe ser lograr, lo más rápidamente posible, esos cambios radicales en sus respectivas estructuras socio-culturales que son imprescindibles para reducir su grado de mala integración a niveles más compatibles con sus anhelos de progreso y sus justas aspiraciones de bienestar colectivo.

Al hacer planes para estos cambios, ha de ponerse en práctica un gran cuidado para evitar los peligros que ya hemos mencionado de una planificación impropia, disociada, la cual puede conducir a una pérdida de todos los esfuerzos dedicados a tan buena causa, y sólo lograr el simple intercambio de un tipo de crasa mala integración por otro igualmente malo o aún peor.

Una forma en que puede ocurrir esto es confundiendo las verdaderas metas de las mejoras económicas y de las actividades médicas y paramédicas convirtiendo en fines lo que en la planificación propiamente integrada hubieran sido sólo los medios para lograr su realización.

Más aún, la verdadera situación de los cambios reales que hayan podido ocurrir en el bienestar común puede ser fácilmente encubierta por una evaluación fragmentaria e inadecuada de los logros. Entre los indicadores de progreso de los cuales se abusa con más frecuencia, pueden mencionarse las tasas de mortalidad, la expectativa de vida y el ingreso per cápita. Sólo es necesario recordar las muchas cosas que puede dar a entender, en relación con el bienestar común, un aumento del ingreso per cápita cuando es aceptado *prima facie*. Por ejemplo, en más de un caso, un aumento en el ingreso per cápita solamente representa una simple elevación del límite superior de la pobreza o una laguna mayor entre ricos y pobres.

Por lo tanto, el adelanto de la salud en general o del estado de bienestar de un conglomerado o comunidad, tiene las mayores oportunidades de realizarse con éxito, planeando todos los programas que van a ponerse en práctica siguiendo el dictamen de los dos amplios objetivos que se citan a continuación:

1. Una producción efectiva de bienes, tanto materiales como espirituales. Esto puede lograrse solamente mediante la exaltación de las potencialidades creadoras del hombre y mediante la provisión de oportunidades iguales para cada individuo de modo que se le facilite desarrollar plenamente cualquier talento natural que posea, con lo cual pueda contribuir a la producción de bienes materiales o espirituales de utilidad.

2. Una distribución equitativa de los bienes materiales y espirituales ya mencionados, basada en la formación de individuos con hábitos racionales de consumo.

Entre todas las regiones del mundo que están en la actualidad luchando desesperadamente por librarse de su estado de subdesarrollo, probablemente ninguna llame tanto la atención mundial al presente como la América Latina. La tremenda significación que tiene la economía de los países de la América Latina para la estabilidad y el crecimiento de la economía doméstica de Estados Unidos, así como para el comercio y el desarrollo político del mundo, hace imperativa una amplia comprensión de los problemas de estos países y una constante reevaluación de los programas de mejoramiento para ellos.¹⁷

Aunque América Latina está muy lejos de representar un grupo homogéneo de naciones, Toynbee ha señalado la presencia de lo que él considera dos elementos importantes de unificación, que tienden a contrapesar la diversidad de estas naciones y que sin duda, pueden facilitar la planificación apropiada de programas de mejoramiento efectivos y amplios: "1. una lengua común y un fondo común de hábitos, ideas e ideales, heredados de la Madre Patria. 2. caminan unidos en el grupo de países subdesarrollados que luchan por ponerse a la par con América del Norte y con la parte Norte de Europa Occidental en el avance social y económico de la humanidad".¹⁸

En varias reuniones que se han celebrado en los últimos años para discutir el problema de cómo afrontar de la manera más eficiente esta condición de subdesarrollo, se ha visto con entera claridad que muchos líderes de la América Latina están plenamente conscientes de la verdadera situación de sus respectivos países como consecuencia de su arraigada mala integración social. Los documentos más importantes originados en estas reuniones son quizás: El Acta de Bogotá¹⁹ redactada en septiembre de 1960, y la Carta de Punta del Este²⁰ redactada en agosto de 1961. Ambos documentos contienen una serie de recomendaciones que realmente demuestran un acercamiento muy comprensivo al problema de contrarrestar el subdesarrollo. De ellos se desprende claramente que hay la conciencia de la necesidad absoluta de atacar el problema, simultáneamente desde todos sus distintos ángulos. Como era de esperarse, en las recomendaciones de ambos documentos, hay algunas que se refieren específicamente al mejoramiento de la salud pública. Pero estas recomendaciones específicas deben siempre enfocarse como parte de un todo más amplio. De lo contrario, pueden conducir a acciones que eventualmente han de redundar en perjuicio

del bienestar de la comunidad donde se han puesto en práctica, que es de hecho lo que ha ocurrido ya en más de un sitio.

Desgraciadamente, y por razones obvias, el tipo de ataque desde frentes múltiples que es esencial para el éxito de los esfuerzos que tienden a sacar a un país de su estado de subdesarrollo, es una tarea muy difícil de lograr.

Las bien atrincheradas minorías con fortuna, confabuladas frecuentemente con intereses extranjeros interesados solamente en sus ganancias, deben señalarse como responsables de la intensa mala integración socio-cultural que prevalece en estos países. Estas minorías controlan tan eficientemente la vida política, económica, social, y las fuerzas militares de sus respectivos países y son tan cortas de vista, que hacen muy difícil, si no imposible, el poner en práctica cualquiera de las medidas de progreso propuestas por sus líderes más ilustres y de mayor visión. Esto es más cierto, si hay la más leve evidencia de que la medida de mejoramiento pueda poner en peligro su privilegiada posición de poderío. La consecuencia lógica de esta actitud es siempre un programa de acción mal balanceado con el cual es muy posible que eventualmente se intensifiquen los problemas de mala integración socio-cultural ya existentes. Esta actitud realmente representa una falta de visión suicida por parte de estos grupos minoritarios. En muchos casos, puede atribuirse esta actitud de las minorías privilegiadas a su completa ignorancia de las consecuencias socio-demográficas que a la larga derivan del enfoque fragmentario del problema de subdesarrollo general que aqueje a cualquier sociedad humana específica.

Entre las pocas medidas de progreso que nunca se han visto obstaculizadas por estas poderosas e influyentes minorías, se destacan muy prominentemente las actividades médicas y sanitarias, dirigidas a mejorar las condiciones de la salud pública. La aceptación unánime de estas medidas puede explicarse fácilmente por sus efectos inmediatos, beneficiosos y tangibles, sobre la población en general, y también por su aparente inocuidad para la posición de privilegiada influencia y poderío de las clases dirigentes. Pero muchos de los líderes latinoamericanos más inteligentes y algunos bien intencionados expertos extranjeros han contribuido también a la adopción de programas de salud pública efectivos, pero fragmentarios, completamente desligados de la estructura demográfica y socio-económica de la comunidad, subrayando repetida y vehementemente la importancia de la salud para el desarrollo económico y la producción, y expresando tan solo muy débilmente, si acaso la expresan, la importancia que tienen para la salud el desarrollo económico, la educación y la justicia social. Esta

tendencia a hablar más frecuentemente en términos de la importancia de la salud para la producción económica y el desarrollo, olvidando los requisitos socio-económicos, educacionales y de justicia social para la salud, implica realmente una transmutación de la producción y el desarrollo económico, que en cualquier sociedad bien integrada hubieran sólo representado los medios para su realización, en las metas finales de los esfuerzos humanos. Esto, naturalmente, conduce a la posposición de todas las medidas económicas y sociales que hace tiempo debieron haberse tomado, para concentrar primero en los programas médicos y de salubridad. Bajo este pretexto de consideraciones de prioridad, se advierte una ignorancia absoluta de que la educación y el bienestar socio-económico son quizás en nuestros días, los componentes básicos de una buena salud individual, tanto física como espiritual, y al mismo tiempo los requisitos más importantes para poder lograr alcanzar los niveles de producción exigidos por cualquier economía moderna.

De este modo, en estos países subdesarrollados, la salud viene a ser un objetivo fugaz, capaz de desafiar todos los esfuerzos por su consecución a través de medidas médicas y sanitarias únicamente, agotando infructuosamente a la larga, todos los recursos que se utilicen para estos propósitos específicos.

El profesor Preston James, Jefe del Departamento de Geografía de la Universidad de Syracuse, en una entrevista concedida a una de las revistas noticieras de mayor circulación en los Estados Unidos, comentó agriamente sobre esta desafortunada ausencia de una planificación inteligente, comprensiva y bien balanceada en la mayor parte de las naciones latinoamericanas, la cual pudiera promover entre su gente ese "estado de completo bienestar físico, mental y social" identificado ahora como "salud". El profesor James acusó lisa y llanamente de irresponsables a todos los programas fragmentarios médicos y sanitarios que se han estado llevando a cabo en esas naciones desde 1930, por haber olvidado por completo los problemas vitales de alimentación adecuada, producción económica y justicia social.²¹

Lo único que se ha logrado hasta ahora con la aplicación de estas medidas de salud pública, ha sido reducir las tasas de mortalidad, lo que no significa necesariamente un mejoramiento de la salud, pero que ciertamente ha producido en América Latina el más rápido ritmo de aumento poblacional registrado hasta ahora en cualquier sitio del mundo. Un logro dudoso, después de todo, porque tal aumento de la población constituye ahora el mayor obstáculo para el desarrollo socio-económico y el bienestar de las respectivas poblaciones de los

países que componen esa área y las ha lanzado al más peligroso de los círculos viciosos. Es un hecho bien conocido que el crecimiento excesivo de la población tiende a obstaculizar el desarrollo socio-económico y degrada todos los valores estéticos y espirituales, mientras que el subdesarrollo socio-económico y la degradación de los valores estéticos, y espirituales, fomenta aún más el crecimiento poblacional.²² En un informe reciente de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, su presidente, el doctor Frederick Seitz, expresa su convicción de que el rápido y desmedido crecimiento poblacional que afecta en la actualidad a la mayor parte de las zonas subdesarrolladas del mundo, como consecuencia lógica de la adopción en ellas del tipo de los programas fragmentarios de salud ya mencionados, puede considerarse como una de las situaciones críticas de nuestro tiempo; que esta situación afecta el bienestar y la felicidad de todos los ciudadanos del mundo y que exige la atención de todo país y de toda sociedad, no importa que esté tecnológicamente desarrollada o subdesarrollada. Para dar frente a este reto, el doctor Seitz considera que debe usarse todo el conocimiento que pueda ofrecer la ciencia y la tecnología, no sólo en los aspectos biomédicos que envuelve, sino también en los socio-culturales y económicos.²³

Esta sola consecuencia desfavorable de una planificación mal balanceada para el bienestar común de las poblaciones humanas, debe constituir evidencia suficiente para demostrar la necesidad que existe de programas de planificación bien integrados y comprensivos cuando se trata de arrancar a un país de su estado de subdesarrollo. Esta planificación comprensiva debe basarse en una formulación clara y en el más claro entendimiento de cuáles han de ser realmente las metas finales del desarrollo social, económico y espiritual de la sociedad. También en la visión de las consecuencias socio-demográficas que deben esperarse razonablemente al poner en práctica las actividades decididas en el proceso de planificación. De este modo, puede evaluarse oportunamente la compatibilidad de las actividades con las metas u objetivos que se hayan fijado. Una planificación comprensiva, es sin duda alguna, una necesidad más urgente en las sociedades subdesarrolladas que en las de nivel de vida más alto. Esto es fácilmente explicable por el progreso simultáneo que está ocurriendo de continuo en casi todos los aspectos de la vida social, económica y espiritual de las sociedades más avanzadas, cuyo resultado final equivale en suma a lo que hubiera sucedido si todas las acciones envueltas hubieran sido el resultado de una planificación comprensiva. Sin embargo, en las sociedades subdesarrolladas, el mejoramiento de las condiciones en ciertas áreas de su organización

socio-cultural, económica o espiritual no suele ir acompañado simultáneamente de programas de acción en otras zonas complementarias de su vida social. Esto, necesariamente da origen a la clase de programas mal balanceados, que tienden a generar problemas que a la larga vienen a ser mucho más serios que aquellos, cuya solución provocara las acciones que se pusieron en práctica.

La planificación comprensiva para la promoción del bienestar general de las poblaciones humanas no debe dejarse nunca enteramente en manos de los economistas, ni en las de especialistas en ningún campo del saber que sólo represente los medios para realizar las metas deseadas. Por regla general, esto es lo que se ha hecho hasta ahora. Los educadores, sociólogos, antropólogos sociales, y demógrafos sociales, deben desempeñar un papel prominente, sobre todo al decidir cuáles van a ser realmente, las metas que su comunidad debe alcanzar y cómo coordinar las distintas zonas envueltas de planificación especializada, de modo que el programa específico de acción en cada zona, esté de acuerdo con el objetivo principal del programa más amplio. Hay tres zonas amplias de planificación especializada, fácilmente identificables, que merecen atención simultánea para asegurar el desarrollo bien balanceado y saludable que se persigue. Estas son:

1. Servicios médicos y sanitarios
2. Educación y recreación
3. Desarrollo económico

En todas estas tres zonas de planificación especializada, el conocimiento demográfico es esencial por las mismas razones específicas ya mencionadas cuando explicamos el papel que desempeña la demografía en la descripción, el diagnóstico y la predicción, al trazar los planes para toda actividad que envuelva a poblaciones humanas y que afecte cualquier aspecto de su bienestar colectivo o general.

Por lo que hemos dicho sobre el sitio de la demografía en la planificación de la salud y el bienestar, es claramente evidente que se ha hecho en realidad imperativo incluir la demografía social entre las materias requeridas en el plan de estudios de cualquier curso que tienda a preparar individuos para todo campo profesional especializado para la solución de cualquier tipo específico de problemas humanos de naturaleza colectiva. Este requisito es aún más apremiante en el caso de profesionales que van a trabajar en zonas subdesarrolladas.

Al aprobar el Decreto de Bogotá, al cual nos hemos referido anteriormente, las Delegaciones al Comité Especial expresaron su convicción de que la gente de América Latina podrá lograr una vida mejor sola-

mente dentro del sistema democrático, y reafirmaron su determinación de asegurar para su gente las medidas más amplias de bienestar bajo condiciones de libertad y de respeto para la dignidad suprema del individuo.²⁴

En el libro escrito recientemente sobre América Latina por el doctor Milton Eisenhower, y que ha sido considerado como "un libro asombrosamente franco y de una honradez casi penosa", el autor expresa su certeza de que la revolución es inevitable en esos países y que las únicas posibles alternativas están entre la justicia y la injusticia, la libertad y la esclavitud, la pobreza y la abundancia; entre una revolución pacífica que conduzca al progreso social y una revolución violenta que lleve a la tiranía²⁵. Si ha de prevalecer el primer tipo de revolución sobre el segundo, seguramente dependerá de la consideración dada a los factores socio-demográficos envueltos en los programas dirigidos a la promoción de la justicia, de la libertad y de la abundancia. Sólo así se podrá contrarrestar la solución violenta que conduce a la tiranía porque "el hambre no tiene conciencia",²⁶ y no está en disposición de esperar mucho tiempo más.

SUMARIO

La demografía representa hoy día una de las herramientas más útiles en la planificación de cualquier programa cuyo objetivo envuelva la promoción en poblaciones humanas de cualquier aspecto de su condición de bienestar. Su utilidad en este sentido es mayor aún en los países sub-desarrollados que en los tecnológicamente avanzados. Por tales razones para la planificación de este tipo en América Latina, resulta indispensable la ayuda de la demografía si, como es natural, se desea asegurar el éxito y la eficacia de las acciones que se decidan. Esta importancia de la demografía en tan vital actividad hace imperativo que se incluya la enseñanza de esta materia en todos los cursos de adiestramiento profesional dirigidos a la capacitación de personas para bregar inteligente y efectivamente con los diferentes tipos específicos de problemas colectivos que afectan a las sociedades humanas.

REFERENCIAS

¹ Arbona, Guillermo, Métodos para la Formulación de Planes Nacionales de Salud Pública; trabajo presentado ante la Novena Reunión del Consejo Ejecutivo

de la Organización Sanitaria Panamericana, celebrada en Antigua, Guatemala, en septiembre de 1956 (mimeografiado).

² Wolfenden, Hugh H., *POPULATION STATISTICS AND THEIR COMPILATION*, Chicago, The University of Chicago Press, 1954.

³ Barclay, George W., *TECHNIQUES OF POPULATION ANALYSIS*, Nueva York, John Wiley & Sons, Inc., 1958.

⁴ Hauser, Philip M., y Duncan, Otis D., editores, *THE STUDY OF POPULATION*, Chicago, University of Chicago Press, 1959, Capítulo 1.

⁵ Carleton, Robert O., *El Análisis Demográfico*, Centro Latinoamericano de Demografía, Santiago, Universidad de Chile, 1963 (mimeografiado).

⁶ Expert Committee on Health Statistics, Seventh Report, Technical Report Series No. 218, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1961.

⁷ ———, *op. citado*.

⁸ *CONSTITUTION CHRONICLE OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1947, Vol. 1, no. 1-2, págs. 29-43.

⁹ ———, *op. citado*.

¹⁰ Huxley, Aldous, *BRAVE NEW WORLD REVISITED*, Nueva York, Harper & Brothers, 1958, pag. 26.

¹¹ ———, *op. citado*.

¹² Merton, Robert E., *SOCIAL THEORY AND SOCIAL STRUCTURE*, Nueva York, The Free Press of Glencoe, 1962, Parte 2, Capítulos 4 y 5, págs. 121-194.

¹³ ———, *op. citado*.

¹⁴ ———, *op. citado*.

¹⁵ ———, *op. citado*.

¹⁶ Muñoz Marín, Luis, *Comentarios en la Universidad de Harvard el Día de la Apertura de Clases*, jueves 16 de junio, 1955 (mimeografiado).

¹⁷ *Economic Development in South America; Informe del Subcomité sobre Relaciones Económicas Interamericanas*, Comité Económico Conjunto, Congreso de los Estados Unidos, Washington D. C., Government Printing Office, 1962.

¹⁸ Toynbee, Arnold J., *The Present Revolution in Latin America*, Segunda Conferencia Weatherhead celebrada en la Universidad de Puerto Rico, 7 de febrero, 1962 (mimeografiado).

¹⁹ Decreto de Bogotá, *Medidas para Mejoras Sociales y Desarrollo Económico dentro del Marco de la Operación América*, Washington D. C. Unión Panamericana, Washington D. C., 1961.

²⁰ Alianza para el Progreso, *Documentos Oficiales Emanados de la Reunión Especial del Consejo Interamericano Social y Económico*, en el Nivel Ministerial, Punta del Este, Uruguay, agosto, 1961, Washington, D. C., Unión Panamericana, 1961.

²¹ *A New Look at Latin America; Entrevista con el Profesor Preston James*, *U.S. News and World Report*, 8 de julio, 1963, págs. 72-83.

²² Spengler, Joseph J., *The Aesthetics of Population*, *Population Bulletin*, Vol. 13, págs. 61-75, junio 1957.

²³ *The Growth of World Population; report of the Committee on Science and Public Policy of the National Academy of Sciences*, Washington, D.C. National Academy of Sciences-National Research Council, 1963.

²⁴ Decreto de Bogotá, *op. citado*, pag. 14.

²⁵ Eisenhower, Milton S., *THE WINE IS BITTER*, Nueva York, Doubleday & Company, Inc., 1963.

²⁶ ———, *op. citado*.

Doctor James S. McKenzie-Pollock: En primer lugar, debo expresar que para mí es un placer formular observaciones al trabajo del doctor Arbona. Al fin y al cabo, fue el doctor Arbona quien implantó tan eficazmente la regionalización del concepto de planificación de salud, que contribuye al fin a dar cierta unidad a las múltiples especialidades que integran la salud en su totalidad, adaptándolas al cuadro económico general.

Hace muy poco tiempo que estoy al frente de la Oficina de Planificación Nacional de Salud en la Organización Panamericana de la Salud. Este término "Oficina de Planificación Nacional de Salud" es discutible, pero si el doctor Silver llama "Departamento de Medicina Social" a su departamento, nosotros podemos llamar "Oficina de Planificación Nacional de Salud" al nuestro.

En realidad, fue en años anteriores cuando tuve la primera ocasión de conocer y apreciar al doctor Arbona, cuando me dedicaba a enseñar salud internacional en Harvard, donde, por cierto, la familia Reed sigue manteniendo bien enhiesta la antorcha de la demografía, por medio del hijo del doctor Reed, el doctor Bob Reed. En aquel tiempo, no podía ilustrar el concepto de análisis de salud exhaustivo, la materia que a mí me gusta denominar "la gran estrategia en salud", incluso en el gran complejo médico de Boston. Todos los años, en enero, tenía que trasladar mi clase a Puerto Rico. Debo confesar que, en esa isla, existían ciertos atractivos tanto climatológicos como técnicos en dicha época del año.

Ni siquiera en Puerto Rico, que está a la cabeza de la mayoría de los demás países en lo relativo a planificación de salud; la proyección demográfica, como medio de planificación económica, ha sido llevada a cabo en proporciones suficientes para nuestras necesidades. En definitiva, lo que hacemos hoy en materia de salud ejerce una influencia muy profunda en el volumen y distribución por edad de la población futura. Por lo tanto, los "cálculos aproximados" de carácter científico relativos a la composición de la población no sólo son útiles para el planificador de salud sino que, como el doctor Arbona ha indicado, tienen asimismo interés porque facilitan al educador y al economista el cálculo de la posible fuerza laboral.

En salud pública no podemos estructurar la población a la medida de las necesidades del desarrollo industrial y económico, si bien esto parece ser lo que algunos economistas dan a entender cuando nos acusan de alterar los cálculos al salvar a demasiada gente de una muerte prematura.

Así pues, la planificación de salud, como el doctor Arbona la define, no constituye por sí misma una entidad, sino que representa simplemente un aspecto de un proceso de planificación más extenso. Sea como fuere, el economista ocupa hoy el puesto de mando en lo que se refiere a la asignación de recursos y por nuestro propio interés debemos traducir nuestras necesidades a cifras que puedan ser transferidas a la misma máquina computadora que el economista usa.

Como resultado de la operación "Manos a la Obra", a la cual se ha referido el doctor Arbona, según el ejemplar de esta semana de la *Saturday Review*, un niño nacido en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico tiene en la actualidad una expectativa de vida de 70 años, como promedio. A veces nos dicen que las inversiones en salud solamente aumentan la población y hacen más difícil el progreso económico de los pocos que lo logran. Yo afirmo categóricamente que a menos que se realicen inversiones en salud pública, no será posible la estabilidad política, de la cual depende el desarrollo económico.

El economista estableció sus índices en el período de la revolución postindustrial, cuando ya se había producido el ajuste a la industrialización y la abrumadora carga de las enfermedades transmisibles había sido sometida a control. Este proceso requería importantes inversiones y adaptaciones de la colectividad y, a mi juicio, en esta materia es donde el sociólogo puede ayudar, como ya se nos ha dicho, en la coyuntura actual. Este proceso de ajuste, de mirar a la mágica bola de cristal para ver el efecto que causará dentro de 10 años lo que estamos haciendo hoy, es lo que yo llamo "macrosociología", no "microsociología".

Después de un largo período de aislacionismo, según queda ilustrado en el trabajo del profesor Janer y el doctor Arbona, nosotros, los trabajadores de salud, estamos intentando al fin colaborar estrechamente con nuestros colegas economistas en lo relativo al proceso general de planificación. La experiencia realizada en Puerto Rico, como el doctor Arbona ha señalado, indudablemente ilustra el hecho de que la planificación de salud, destinada a encajar en la estructura de la planificación económica para el desarrollo regional o nacional, puede llevarse a cabo.

Sin embargo, aunque convengo con el doctor Arbona en que las actividades esporádicas de salud pública en los últimos 30 años han tendido únicamente a aislarnos en la escena de la planificación nacional, deseo impugnar seriamente su insinuación de que las medidas sanitarias han sido causa del incontenible crecimiento de la población en los últimos treinta años. Temo que así lo da a entender en su trabajo el doctor Arbona. Desgraciadamente, salvo quizá el control de la

malaria, la salud pública no es tan eficaz como pretende el doctor Arbona.

A mi juicio, ninguna de las pruebas que poseemos confirma esa opinión; en efecto, en los sectores periféricos, en los que casi no ha tenido intervención alguna la salud pública, las poblaciones están creciendo en la actualidad más rápidamente que en las zonas objeto de gran concentración de actividades de salud. No me cabe duda de que alguien me discutirá esta manifestación, pero la expreso teniendo presentes las salvedades del caso.

Mi impresión es que la salud pública no es la única causa del desbordamiento de la población. Es la influencia general del mundo moderno, que penetra en la periferia más profundamente de lo que la salud pública ha sido capaz de penetrar. La influencia del aldeano que regresa a su pueblo después de una visita a la ciudad o de haber trabajado en la misma, lleva en sí mucho más refinamiento procedente del gran mundo exterior de lo que, a mi juicio, estamos dispuestos a admitir. La publicidad moderna ha penetrado en la periferia más de lo que reconocemos. Yo he visto en muchos lugares apartados, muy distantes del centro de salud más cercano, fotografías anunciadoras de jabones, goma de mascar y medicamentos patentados.

Así, pues, atribuyamos la culpa a quien corresponda. No continuemos achacando sólo a las actividades de salud el crecimiento incontenible de la población.

Algunas veces, el ataque es la mejor forma de defensa, de modo que, por una vez, digamos que también la industria y el modo de vida moderno ejercen una gran influencia en esta explosión de la población.

Considero que la planificación de salud, según la define el doctor Arbona en su trabajo, puede dividirse en dos categorías principales. En la parte superior tenemos lo que yo desearía llamar "macroplanificación". Esta se relaciona con la función de las actividades totales de salud, en su estructura más amplia, dentro de la economía nacional. Considera a la vez los sectores público y privado, así como la financiación de sus respectivos servicios. La "microplanificación" consiste en el proceso de establecer normas de salud y programas de operaciones para equiparar, lo más eficazmente posible, las necesidades con los recursos, teniendo en cuenta las prioridades relativas.

Para lograr la aceptación de las materias de salud en el nivel de la planificación económica, es conveniente elaborar un plan mínimo, el costo de la continuación de los servicios actuales durante los próximos 10 años, calculado sobre la base del aumento de población y del sector de ésta que tiene acceso a dichos servicios. A mi juicio, esto puede

considerarse como el punto de partida desde el punto de vista técnico y quizá también político, porque ningún político podría defender un programa que redujera los niveles actuales de la salud pública.

Creo que debemos asimismo elaborar lo que yo llamo un plan máximo, en el cual se calculan las mejoras convenientes en lo relativo a la protección de la salud y la atención médica.

Luego, una vez cumplida esta tarea, nos encontraremos en situación de acudir al economista, a la comisión central de planificación y manifestar lo siguiente: "He aquí lo que cuesta proseguir la labor actual durante los próximos diez años y he aquí el costo de lo que nos gustaría muchísimo llevar a cabo. ¿Dónde está, entre estos dos extremos, el punto que la economía puede soportar?"

Planteando el problema en estos términos a los economistas, son ellos quiénes han de dar la solución. He visto el efecto de este sistema bien recientemente en El Salvador y Panamá, donde la labor preparatoria se ha hecho según las directrices del plan mínimo, plan máximo y costo del mismo durante 10 años. Es muy interesante comprobar dicho efecto en la comisión central de planificación, cuando nosotros, los trabajadores de salud, hemos realizado la suficiente labor preliminar para presentar el caso en esta forma.

Como yo digo, el plan operativo es el punto situado entre ambos extremos que, a juicio de la comisión central de planificación, la economía pueda soportar.

Convengo con el doctor Arbona en que los índices de evaluación indudablemente no son buenos en el momento actual. Sin embargo, quizá hayamos logrado más de lo que en realidad hemos medido con exactitud. A consecuencia de la erradicación de la malaria, hay ciertamente menos personas débiles y se dispone de tierras aptas para la colonización. No obstante, dudo de que hayamos encontrado ya los métodos para medir y expresar tales ganancias debidamente. Considero que una gran responsabilidad en esta materia corresponde al demógrafo. Tal vez hayamos concedido demasiada importancia a la mortalidad como índice de las actividades de salud. La debilidad causada por la enfermedad se pone mucho más de relieve a medida que el número de defunciones disminuye. A mi juicio, la nueva ciencia de la economía médica está procurando expresar por todos los medios el daño que las enfermedades causan a la colectividad. El demógrafo debe ayudarnos a este respecto.

Está bien que concedamos importancia a la demografía, pero tengo la impresión -y considero que el doctor Arbona está de acuerdo con este punto en su trabajo- de que no debiéramos limitarnos a contar

los nacimientos y defunciones. Necesitamos medidas de la calidad de la población y de la productividad -real y virtual- que nos sirvan de índices para la evaluación de la futura labor de salud pública.

Tiene que llegar el día en que seamos capaces de medir tanto la calidad como la cantidad de los recursos humanos, para poder estar a la altura del economista.

El señor Janer es Jefe de la Sección de Bioestadística, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Puerto Rico. El doctor Arbona es Secretario de Salubridad, Estado Libre Asociado de Puerto Rico.