

COMO AFECTAN NUESTRAS CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS  
EL PROGRAMA DE SALUD PUBLICA

José L. Janer, M.Sc.  
Guillermo Arbona, M.D.

Hace ya más de un cuarto de siglo que el Profesor Winslow nos dió una definición de lo que debe entenderse por "salud pública", que con el transcurso de los años no ha podido ser modificada en lo más mínimo y que a la luz del momento en que vivimos tiene todas las apariencias de convertirse en la expresión definitiva de lo que debe entenderse por esa actividad.

Entiende Winslow por salud pública, "la ciencia y el arte de evitar las enfermedades, prolongar la vida y mejorar la salud física y la eficiencia por medio de los esfuerzos organizados de la comunidad en pro del saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades infecciosas, la educación de los individuos en los principios de la higiene personal, la organización de los servicios médicos necesarios para el pronto diagnóstico y tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo de la maquinaria social necesaria para asegurar a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de su salud." (1)

Podemos observar que esta definición se compone de dos partes: una, la que señala los objetivos de la salud pública, y la otra, la que indica los medios para lograr los objetivos.

Autoridades que posteriormente han tratado de definir el término salud pública no han hecho más que repetir la definición del Profesor Winslow aunque cuidándose, no sabemos por que razones, de no incluir, al menos en forma explícita, precisamente aquella parte de la definición original que cada día se perfila más y más como el medio principal sin el cual nunca se podrían lograr los objetivos perseguidos por dicha actividad, o sean:

- (1) La prevención de las enfermedades,
- (2) La prolongación de la vida,
- (3) El mejoramiento de la salud física y la eficiencia de los individuos.

Nos referimos, desde luego, al "desarrollo de la maquinaria social necesaria para asegurar a cada individuo (y por lo tanto a cada familia) en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud". Jamás podrá estructurarse un programa de salud pública que logre plenamente sus propósitos u objetivos sin utilizar como medio principal el mejoramiento de los niveles de vida de la comunidad hasta el grado que nuestros conocimientos permitan.

Es precisamente este aspecto de la salud pública el que nos obliga, en perfecto acuerdo con Winslow, a considerarla antes que nada un campo de actividad social al servicio del cual deben ponerse todas las ciencias o disciplinas que puedan contribuir a la consecución de sus objetivos.

Y es precisamente este aspecto el que también nos explica la razón por la cual los programas de salud pública correspondientes a las distintas comunidades tienen que variar fundamentalmente entre sí en la medida en que cada una de ellas se haya acercado al nivel de vida ideal para el mantenimiento de la salud de los individuos que la integran.

Para medir el nivel de vida que haya alcanzado una comunidad nos podemos valer frecuentemente de un estudio de sus características demográficas y no es muy raro, cuando esto hacemos, hasta hallar una relación de causa y efecto entre ambas cosas.

Las comunidades que han logrado los más altos niveles de vida en nuestra época se distinguen inmediatamente por dos condiciones esencialmente demográficas: (a) una mortalidad baja, y (b) una natalidad igualmente baja. De la misma manera las más atrasadas se distinguen por una mortalidad muy alta, y una natalidad igualmente elevada.

Aquellas comunidades que se encuentran a mitad de camino en su evolución progresiva hacia altos niveles de vida se caracterizan por una mortalidad relativamente baja o en pronunciado descenso y una natalidad elevada. Como consecuencia de este desequilibrio entre natalidad y mortalidad durante esta etapa de transición se experimenta un rápido crecimiento de población que en algunos casos puede llegar a amenazar con cambiar el curso del proceso evolutivo de la comunidad y hasta tornarlo en retrógrado. Este es precisamente el riesgo que se corre en casos como el de nuestra Isla, en que el rompimiento del equilibrio biológico que marca el comienzo de esa etapa de transición se produce tardíamente cuando ya la densidad poblacional de la comunidad se aproxima a límites que sobrepasan a la capacidad de sus recursos.

Nuestro distinguido economista y actual Auditor de Puerto Rico, el Dr. Rafael de J. Cordero, en una interesante conferencia que sobre los problemas económicos de nuestra Isla, dictase desde el paraninfo de nuestra Universidad y cuya lectura no debe escapar a ninguna persona que sienta preocupaciones por el porvenir de nuestro pueblo, ha descrito la situación con admirable acierto en los siguientes párrafos:

"Si pensamos que los ingresos actuales de los obreros (puertorriqueños) y sus niveles de vida distan mucho de ser satisfactorios, debe ser también objetivo de nuestra actividad económica el mejorarlos. ¿Puede todo esto asegurarse sin detener o reducir el crecimiento de la población? Yo creo que es imposible y que a menos que se logre detener el crecimiento actual de nuestra población no habrá solución satisfactoria a ninguno de nuestros problemas, tanto los económicos como los de naturaleza social.

"De no haber intervenido ..... factores fortuitos de ayuda extraña ..... el problema se podría observar en toda su crudeza de mayor desempleo y desamparo, de aumento en enfermedades y mortalidad, de impotencia del gobierno para atender, con menores recursos, dificultades recrecidas.

"El aumento actual de la población es el resultado de una elevadísima natalidad y de una continua reducción en la mortalidad. En términos matemáticos,

podría reducirse el aumento natural reduciendo la natalidad al nivel de la mortalidad, aumentando ésta hasta el nivel de la natalidad, o reduciendo la natalidad y aumentando la mortalidad hasta que sean iguales. Pero en términos de bienestar social y de conciencia humana, sólo podemos considerar como deseable la reducción de la natalidad.

"Muchas personas creen que esto no puede alcanzarse sin un aumento considerable en los niveles de vida porque esta es la experiencia de otros pueblos. Si esto fuera cierto, tenemos que esperar muchos años tal vez siglos, para duplicar esa experiencia. El mismo razonamiento podríamos aplicarlo al desarrollo industrial. No hay duda de que bajo condiciones de vida de elevado ingreso económico y de alto nivel cultural, especialmente en las ciudades modernas, se desarrolla un ambiente propicio y estímulos presionantes para la limitación de la prole. No existen probabilidades de que en Puerto Rico se desarrollen rápidamente los niveles económicos y culturales que produzcan el ambiente propicio para la limitación espontánea de la prole y mucho menos para llevar esta limitación a un nivel en que evite el crecimiento de la población. Es más probable que el crecimiento actual contribuya pronto al deterioro de los niveles económicos que hoy prevalecen en nuestra Isla.

"El gobierno tiene que enfrentarse a este problema con parecidos entusiasmo y energía con que está haciendo frente al problema de la industrialización. Hay que educar intensa y extensamente para crear conciencia del problema, para desarrollar intereses y ambiciones por una vida más plena y más elevada, para fomentar un mayor grado de responsabilidad paterna y para que se entiendan mejor los problemas que nos afectan a todos. Y hay que instruir e informar al pueblo con respecto a los medios más apropiados, dentro de nuestras circunstancias, para que se procreé reglamentadamente, a la medida de los deseos y recursos de cada familia, y facilitar estos medios a los que por falta de recursos no puedan adquirirlos del mismo modo que se dan medicinas y servicios médicos gratuitamente a los que no pueden pagarlos." (2)

Actualmente la densidad de nuestra Isla sobrepasa la cifra de 600 habitantes por milla cuadrada y casi todos ellos derivan su subsistencia de una economía esencialmente agrícola. Esta cifra supera por mucho la densidad de población de países industrialmente desarrollados como Suiza, Dinamarca, Bélgica, Holanda e Inglaterra, teniendo en consideración, desde luego, las posesiones de cuya explotación derivan estos tres últimos las facilidades para sostener niveles de vida más o menos adecuados pero no óptimos, dentro de su territorio. No olvidemos, sin embargo, los bajos niveles de las poblaciones indígenas que componen esas colonias, detalle éste que entre otros aún más importantes, es frecuentemente olvidado por aquellas personas que con extrema candidez tratan de probar la no existencia de problema poblacional alguno en nuestra Isla presentando como ejemplo a esos países.

Abundan en nuestra Isla, por consiguiente, las condiciones de penuria que abonan el terreno a las enfermedades infecciosas, y aunque nuestra mortalidad general ha bajado considerablemente, quizás en más de un sesenta por ciento, durante el transcurso de los últimos cincuenta años, todavía siguen siendo las enfermedades infecciosas nuestras principales causas de muerte, y nuestra mortalidad infantil, no obstante lo mucho que se ha reducido, continúa siendo elevada en comparación con la correspondiente a otras comunidades más adelantadas. Así, la tuberculosis, las diarreas y enteritis, y las

pulmonías, enfermedades todas cuya importancia como causas de muerte ha disminuido considerablemente en muchos países, continúan contribuyendo en Puerto Rico con cerca de un cuarenta por ciento al total de las defunciones registradas anualmente. Más aún, si nuestra mortalidad infantil, ese bien conocido índice de progreso y civilización, bajase de su nivel actual de cerca de 80 defunciones de niños menores de un año de edad por cada mil nacidos vivos a por ejemplo 23, que es la cifra que corresponde actualmente al estado de Connecticut, se salvarían de morir anualmente en nuestra Isla más de cinco mil niñitos menores de un año que no viven para celebrar su primer cumpleaños.

Significa ésto, por lo tanto, que nuestra mortalidad, a pesar de haber descendido en estos últimos años al nivel más bajo que registra nuestra historia, puede ser considerablemente reducida todavía.

En los países más adelantados las enfermedades infecciosas han sido ya desplazadas de los primeros puestos como causas de muerte y en su lugar han surgido como las causas más importantes enfermedades orgánicas características de la vejez. Como consecuencia de ello, las probabilidades de sus habitantes alcanzar a vivir hasta edades avanzadas han aumentado considerablemente y sus programas de salud pública cada día se orientan más y más hacia la solución de los problemas de salud asociados con la vejez.

Si en nuestra Isla prevaleciesen los riesgos de mortalidad actualmente característicos de los distintos grupos de edad que constituyen la población, en los países más adelantados, nuestra mortalidad en estos momentos sería en lugar de 12 unas 8 defunciones anuales por cada 1,000 habitantes. Es decir, se reduciría en más de un 33%. Simultáneamente nuestro promedio de vida actual de 56 años, el más elevado que registra nuestra historia, aumentaría en más de diez años hasta alcanzar una cifra aproximada a los setenta.

Por no haberse logrado hasta ahora una reducción simultánea en la natalidad, el descenso en la mortalidad que se iniciase en Puerto Rico a principios de siglo cuando ya esta Isla tenía una densidad de población mayor que la densidad actual de Suiza y Dinamarca, ha hecho que el ritmo de crecimiento natural de sus habitantes, o sea la diferencia entre natalidad y mortalidad, haya ido aumentando hasta convertirse hoy día en el más elevado del mundo, con un aumento neto anual de unas 30 personas por cada mil habitantes. Esto quiere decir que en la actualidad por cada persona que fallece en Puerto Rico nacen alrededor de tres para sustituirla, y que si nuestra mortalidad se redujese a los niveles actuales de los países más adelantados, pero continuando nuestra natalidad constante al presente nivel, cada persona fallecida sería sustituida por unos cinco nacimientos. Esta alta fertilidad de nuestro pueblo unida al hecho de que nuestras principales causas de muerte continúan siendo enfermedades infecciosas que limitan considerablemente las probabilidades del individuo llegar a edades avanzadas, tiene un efecto demográfico de suma importancia que no debe escapar a la consideración de aquellas agencias u organizaciones que laboran en pro de la salud pública de nuestro pueblo. Me refiero a la distribución de nuestra población por grupos de edad.

Si consideramos como dependientes a los individuos menores de 15 y a los mayores de 64 años de edad, y como fuerza trabajadora real o potencial al grupo de 15 a 64 años, e ignorando el hecho de que por nuestras desfavorables condiciones de vida y de salud tengamos dentro de este último grupo una mayor proporción de personas no aptas para trabajar y producir que los países más adelantados, nuestra situación con respecto a algunos de ellos sería la siguiente: (3)

DISTRIBUCION RELATIVA DE LOS GRUPOS DE EDAD PRODUCTIVOS Y DEPENDIENTES EN LAS POBLACIONES DE ALGUNOS DE LOS PAISES MAS ADELANTADOS Y EN PUERTO RICO, EN ANOS RECIENTES

País	Año	Por ciento de población en cada Grupo de edad (en años)			
		-15	15-64	65 o más	Total
Puerto Rico	1940	40.6	56.0	3.4	100.0
Bélgica	1941	21.6	69.0	9.4	100.0
Dinamarca	1940	24.0	68.2	7.8	100.0
Estados Unidos	1940	25.1	68.1	6.8	100.0
Holanda	1942	27.6	65.2	7.2	100.0
Suecia	1940	20.4	70.2	9.4	100.0
Suiza	1941	22.1	69.3	8.6	100.0

En otras palabras, mientras en los demás países arriba indicados, la producción depende, en términos generales, de cerca de un setenta por ciento de la población total, en Puerto Rico depende de solamente el cincuenta y seis por ciento. Más aún, si excluimos a Bélgica y Holanda, países estos que poseen grandes territorios coloniales y de cuya explotación derivan grandes beneficios, y comparamos la densidad del grupo productivo en Puerto Rico con la correspondiente a Suiza, Dinamarca, Suecia y Estados Unidos continentales, observamos que mientras en Puerto Rico el número de personas de 15 a 64 años de edad, era en 1940, de más de 300 por milla cuadrada, en Suiza era de 185, en Dinamarca de 158, en Estados Unidos continentales de 30 y en Suecia de 26. De manera que siendo el nuestro un país más pobre en recursos naturales, sostiene una densidad de trabajadores potenciales casi dos veces mayor que Suiza y Dinamarca y más de diez veces mayor que los Estados Unidos continentales y Suecia. Todo esto al mismo tiempo que una mayor proporción de personas dependientes que derivan su subsistencia de lo que dicho grupo trabajador pueda producir. Esto exige necesariamente, que el trabajador puertorriqueño produzca en mayor cantidad y con mayor eficiencia que el trabajador de esos países para junto a su familia poder gozar de un nivel de vida por lo menos igual al que hoy día constituye un promedio para esas poblaciones.

El cuadro hasta aquí descrito nos ha presentado, a grandes rasgos, algunas de las características demográficas fundamentales de nuestro pueblo que deben ser tomadas en consideración en la estructuración de cualquier programa de salud pública en nuestra Isla.

Las observaciones que hemos hecho señalan la necesidad de basar todo programa de salud pública en las condiciones particulares de la comunidad en que se ha de desarrollar y al mismo tiempo advierten los peligros de copiar de otras comunidades aquellas fases de sus programas de salud pública que no sean las que se ajusten a la realidad de nuestro pueblo.

Quizás en pocos sitios pueda apreciarse mejor que en Puerto Rico, el acierto que constituye considerar la salud pública como un campo de actividad social.

Las enfermedades infecciosas que tan efectivamente malogran la longevidad de nuestros habitantes son, más que otra cosa, el producto de bajos niveles de vida, y los bajos niveles de vida de nuestro pueblo, como ya nos ha dicho nuestro distinguido economista Cordero, (4) difícilmente pueden ser mejorados si no conseguimos detener el rápido crecimiento de nuestra población por medio de una reducción de la natalidad.

Creemos en la posibilidad de lograr esto último sin sacudir los cimientos cristianos sobre los que descansa nuestra civilización. Países profundamente cristianos, entre los que figuran algunos tan católicos como el nuestro lo han logrado hace tiempo y ellos nos pueden dar mucha luz sobre los medios a emplear. Ejemplos de ello lo son: España con una natalidad de 24 nacimientos anuales por cada mil habitantes, Portugal con 24 también, Italia con 23, el Estado Libre de Irlanda con 19, y Bélgica con 13. Si pudiesemos reducir en breve tiempo la natalidad actual de nuestra Isla de 42 nacimientos anuales por cada mil habitantes, a los bajos niveles alcanzados por estos países, nos acercáramos considerablemente a la solución de nuestros más presionantes problemas.

La situación que hemos señalado exige para su solución una mayor responsabilidad y una más amplia orientación en sus actividades de parte del Capítulo puertorriqueño de la Asociación de Salud Pública Americana que de los otros capítulos hermanos del continente.

Tenemos el deber ineludible de ayudar a orientar, en mayor grado de lo que lo hemos hecho hasta hoy, a nuestras agencias de gobierno, a nuestras instituciones privadas y a nuestro pueblo en general sobre la forma más efectiva de organizar los esfuerzos de la comunidad, hacia la consecución de aquellos objetivos que más rápidamente puedan reflejarse en una drástica reducción en el ritmo de crecimiento de nuestra población, para que así la lucha por alcanzar los niveles de vida necesarios para proporcionar a nuestros habitantes, el disfrute de una felicidad colectiva por lo menos igual a la alcanzada por los países más adelantados, no sea en vano, y (a) la prevención de las enfermedades, (b) la prolongación de la vida y (c) el mejoramiento de la salud física y la eficiencia de los individuos puedan alcanzar un nivel que esté limitado únicamente por la insuficiencia de nuestros conocimientos.

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

- (1) Winslow, C.E.A. - The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign - Yale University Press, 1923.
- (2) Cordero, Rafael de J. - La Economía de Puerto Rico y sus Problemas. Conferencia dictada bajo los auspicios del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad de Puerto Rico el día 7 de febrero de 1949.
- (3) National Office of Vital Statistics - Summary of International Vital Statistics 1937 - 1944, U. S. Gov't. Printing Office, Washington, 1946.
- (4) Cordero, Rafael de J. - Op. cit.