

INQUIETUDES SANITARIAS

Discurso leído por el
EXCMO. DR. D. GERARDO CLAVERO DEL CAMPO
Académico de Número,
en la Solemne Sesión Inaugural de Curso 1955-1956
el día 1 de diciembre de 1955,

Señores Académicos:

Cumplo con el mayor agrado el deber reglamentario de dirigiros la palabra en la apertura del curso académico 1955-56, y lamento por vosotros que este cometido corresponda a un representante de ciencias afines.

Sin embargo, Farmacia y Medicina son, más que ramas de un mismo tronco, facetas de un mismo cuerpo. En su más amplio sentido, de la Biología Normal y Patológica. Las razones que hubo para separar ambas profesiones son de orden técnico. La técnica nos sumerge en la visión microscópica de los detalles. A las Academias corresponde la labor de recordar, año tras año, los puntos de vista generales. Recordarlos no para vivirlos diariamente, sino para volverlos casi a olvidar. Su exposición periódica señalará su perenne vigencia.

Yo deseo hablaros en este discurso sobre problemas médicos planteados y enfocados desde un punto de vista sanitario, es decir, desde una situación preferentemente preventiva, administrativa y social.

Los que trabajamos en una profesión, aunque las circunstancias no sean totalmente adecuadas para "profesarla" auténticamente, estamos obligados a mantener con nosotros mismos

coloquios íntimos o diálogos de vida interior, en los cuales recapacitamos sobre nuestra situación en la ruta que la misión, impuesta o elegida, nos impone. Si nos separamos de aquélla, al menos debemos tener conciencia de la deriva. Poco importa que hayamos o no tenido éxitos favorables en los propósitos. Nuestra "personalidad", como ha dicho Ortega, "esto que somos consiste en un haz de actividades, de las cuales unas se ejecutan y otras aspiran a ejecutarse" .

Los sanitarios sienten ciertas dudas sobre si pueden exactamente calificarse de sanitarias algunas actividades que "la circunstancia" nos encomienda. Analicemos la situación.

No debe abusarse de definiciones" aunque sean necesarias alguna vez, para centrar puntos de vista o zonas de actuación. Sin embargo, como los trajes, no sirven más que temporalmente, se gastan, pasan de moda o pierden la medida.

De MORODER son estas juiciosas palabras: "Como ciencia nueva, la Sanidad tiene una nomenclatura prestada o arcaica con denominaciones que no encajan exactamente en los conceptos actuales." Otro sanitario, español, VIÑES, se ha creído en el caso de intentar el entendimiento de la terminología de esta nuestra "Babel médica". Señala que CLAUDIO BERNARD afirmó: "Conservar la salud y curar, las enfermedades es el problema planteado por la Medicina en su origen, y que así quedó la Medicina separada en Higiene, arte de prevenir, y Panacea, nombre hoy en desuso, arte de curar." Hasta aquí no existe discrepancia alguna; comienza con la introducción del vocablo sanidad; unos le consideran como sinónimo de higiene; otros le usan para expresar toda la Medicina, hablando, por ejemplo, de las clases sanitarias e incluyendo en ellas los médicos, farmacéuticos, veterinarios, personal auxiliar, etc., cualquiera que sea su función. Otros, en fin, más acertadamente, llaman sanidad o salubridad al conjunto de servicios gubernativos encargados de proteger la salud del común de los habitantes de un país.

En el fondo, lo más acertado sería prescindir para nuestra ciencia del calificativo Sanidad, que tiene tantos pretendientes, y llamarla Medicina preventiva. Dejemos para la Sanidad el más lato e incluso abusivo concepto, soslayando las definiciones. Así puede hacerse desde el momento que la Sanidad, *sensu estricto*, se ha metido de lleno, aun con la idea inicial de inspeccionarla, en el terreno de la Medicina asistencial.

Si el organismo rector de la Sanidad hubiera de ocuparse exclusivamente en actividades de prevención, valdría la pena de cambiarle su nombre actual por Dirección General de Salubridad, al estilo hispanoamericano; si no ha de ser así, bien está el que tiene. La disyuntiva para los sanitarios es o perder el nombre o permanecer en la "Babel médica".

No codo con codo, sino parcialmente yuxtapuestas tenemos a la medicina preventiva y a la medicina curativa; veamos su jerarquía de funciones.

Todos aceptan como una verdad el proverbio "vale más prevenir que curar". Sin embargo, primero enferman, luego curan, después escarmientan y más tarde previenen. De ello resulta una inversión de valores: "curar, primero; prevenir, después". En el fondo, la prevención es esencialmente antipática y además insegura. Casi toda ella está basada en prohibiciones, y esto no la hace aceptable de buen grado. No existe tampoco en todos los casos una relación inevitable e inmediata entre causa y efecto. Los beneficios de la mayor parte de las medidas preventivas no pueden ser, probados individualmente, sino por medio de la estadística, que, por otra parte, tiene pocos devotos. Las medidas preventivas que se llevan a cabo más fácilmente, (por ejemplo, las vacunaciones) son aquellas que parecen asegurar una conducta cómoda y sin

prohibiciones posteriores. En la mayor parte de los casos se prefiere correr el riesgo a estar, tomando siempre precaución.

En resumen, en primer plano se encuentra siempre la medicina asistencial. Es la primera necesidad a cubrir. Todos los esfuerzos que se hacen para crear una floreciente sanidad en países que no tienen organizada en el mismo grado su asistencia médica, están condenados al fracaso; hombres, instituciones y consignaciones presupuestarias se escapan, insensible e inexorablemente, hacia la medicina curativa, sencillamente, porque les atrae la pública demanda. Esta desviación del esfuerzo sanitario tiene lugar más intensamente en aquellas luchas en que la intervención clínica ha de ser más activa. Una de las funciones sanitarias encomendadas a la medicina asistencial consiste en tratar a los enfermos infecciosos cegando las fuentes de contagio; sin embargo, casi siempre que tal cura se inicia, se hace tardíamente a los efectos epidemiológicos. De aquí la necesidad del diagnóstico, más que precoz, anticipado al hecho clínico. Otras veces, como sucede, por ejemplo, con los enfermos palúdicos o con los de fiebre tifoidea y otros muchos más, la curación clínica no suele ser seguida de la supresión del contagio, y el hecho es olvidado por los prácticos.

Los sanitarios nos hacemos la ilusión de que nuestro cometido es el más importante. El público no lo estima así y debe tener razón. En esta falsa idea influye el carácter gubernativo de nuestro cargo y la intervención inspectora en ciertos aspectos de la medicina asistencial. Sin embargo, inspeccionar no es precisamente dirigir, ni tampoco misión de mucha jerarquía.

Nuestro reino, el de los sanitarios, no es el de estos días; pero puesto que la esencia de la técnica administrativa que poseemos es "organizar y distribuir", organicemos y distribuyamos también la asistencia médica, colocando de cuando en cuando algunas ascuas a la sardina de la prevención, a la que ya llegará hora de aliñar más sabrosamente.

DIMENSIONES DE LA PREVENCIÓN

La Medicina de nuestros tiempos está adquiriendo nuevas dimensiones, y con ella también la rama preventiva.

Acaso la más importante sea la promoción de la salud calificada por SMITH y EVANS medicina constructiva. Su tesis es la siguiente: "La prevención y la cura de la enfermedad deben ocupar en la Medicina no un lugar primario, sino subsidiario; la Medicina debe llegar a ser constructiva, en lugar de remediar o prevenir. No se trata sólo de conservar la salud, hay que incrementarla. Esta no es un capital que se adquiere con el nacimiento y que se gasta progresivamente, es un caudal incrementable en ciertos momentos y administrable siempre. La medicina constructiva, para obtener un óptimo de salud, ha de procurar para los individuos un máximo de capacidad de reserva para las estructuras y funciones de organismo. La salud, en cierto modo, puede explorarse y conocerse cuantitativamente por medio de pruebas funcionales, y al explorar personas que no se sienten enfermas, encontrarlas afectas de procesos patológicos."

Henos aquí metidos de lleno en el terreno de la medicina preventiva, en cuyo punto central se encuentran los exámenes de salud.

¿Caben o no en nuestros Centros de Sanidad estos exámenes de salud? La contestación puede ser afirmativa, a reserva de un cambio en la organización actual. El clínico general no puede estar ausente de ellos. No es la primera vez que abogamos por la presencia de patólogos generales en ciertas instituciones de medicina preventiva. Mientras faltan, hay un modo de suplirlos

parcialmente con la presencia del médico familiar acompañando a sus clientes a los Centros de Sanidad.

Recientemente, CHAPMAN, jefe de la División de enfermedades crónicas del Servicio de Sanidad de Estados Unidos, aboga por que se realice en masa en ellos una "batería de pruebas" tan sencillas y tan factibles como son: un examen radiológico del tórax, orientado no sólo en el aspecto de la tuberculosis, sino hacia todo el resto posible de la patología del pulmón y corazón; una medida de tensión sanguínea; un examen de la visión y de la audición; un análisis de sangre, con serodiagnóstico de la sífilis y determinaciones de glucosa y hemoglobina. Utilizando estas pruebas, en Estados Unidos se descubren de cada 1.000 personas examinadas, 18 tuberculosos, 39 enfermos de corazón, 38 hipertensos, 266 defectos de visión, 250 limitaciones de audición, 48 casos de sífilis, 22 diabéticos y unos 75 anémicos.

Estos exámenes no son los únicos realizables: son, simplemente, los que están hoy a nuestro alcance. ¿Por qué no añadir a ellos otros radiológicos, la electrocardiografía, pruebas de eliminación renal, etc., etc.?

También hemos insistido, es decir, nos hemos hecho eco, del cambio de la morbilidad en nuestros tiempos y del predominio de las enfermedades crónicas que se fraguan progresiva y silenciosamente. Será absurdo que esperemos a reconocerlas cuando nos llamen a gritos.

En otras páginas escribimos: "No se precisa ser un lince para comprender que el problema de las enfermedades crónicas hará dar a la organización y a las instituciones médicas, si no media vuelta, por lo menos una variación." A los sanitarios hay que hacerles comprender también que la adoración a PASTEUR no puede llenar todo su culto.

Ampliar las concepciones de la prevención no significa dispersar el trabajo alegre y confiadamente. La administración, lo mismo pública que privada, ha de ajustar su interés y también su presupuesto a la importancia de los problemas. Los de más relieve son las enfermedades mentales y los procesos crónicos, entre ellos, las enfermedades del aparato cardiovascular; en algún país, como el nuestro, también la endemia tuberculosa. Los enfermos mentales llenan nuestros manicomios y constituyen ya una carga casi insoportable para los presupuestos provinciales. Creo que la Higiene mental merece una atención decidida. Las enfermedades del corazón constituyen la primera de las causas actuales de defunción y, por ello, se ha supuesto un incremento de estas dolencias. En Norteamérica, varios estadísticos de los Servicios de Sanidad han estudiado este asunto. Parece que hoy se muere más frecuentemente de una causa cardíaca, porque la vida se prolonga y porque los cardíacos están menos expuestos a fallecer de otras infecciones. De todos modos hay un notable aumento de mortalidad por enfermedades del corazón entre los mayores de cuarenta y cinco años, en tanto que los óbitos por enfermedades vasculares y renales no tienden a incrementarse. Evidentemente ha sido un acierto legislativo plantear la organización de esta lucha.

En nuestro país, como en otros de raigambre católica, la familia es una auténtica entidad social solidaria a todos los efectos epidemiológicos, económicos, emocionales, etc., etc. Esto no quiere decir que cuando uno esté enfermo hayan de enfermar los demás, pero sí que todos padecerán con la enfermedad o de sus consecuencias. Esta entidad social debe tener un médico, el médico de familia, a ser posible, elegido libremente por ella, un médico que prodiga las visitas y que conoce a sus clientes porque se sienta y dialoga con ellos, que estudia y trata al paciente como un individuo total, conociendo su medio social, sus posibilidades y hasta su historia. Este

médico es capaz de resolver con el escaso material de su, maletín de mano el 8S por 100 de los conflictos patológicos de sus enfermos no sólo en el aspecto físico, sino en el emocional. Nadie como él puede conocer las alteraciones psicosomáticas, aunque no sea un psiquiatra consumado. Será un guía en el seno familiar para la solución de numerosos problemas de medicina preventiva, pero él también debe serlo para el mismo cometido fuera del hogar de sus clientes.

No hay razones para que el médico de familia no tenga un acceso activo en los hospitales. Tampoco las hay para que deje de acudir con las familias a su cargo a los Centros de Prevención. No creo que sea posible sin la figura del médico de familia, que algunos reputan anticuada, realizar la asistencia y la prevención de la medicina personalista que nuestra época reclama.

MEDICINA SOCIAL

Ahora unos comentarios sobre medicina social.

Es evidente que los servicios médicos no pueden quedar establecidos en un régimen de libertad en el que cada uno pueda y deba procurárselos por su cuenta. El principio fundamental de la Medicina social se anunció por VIRCHOW y SALOMÓN NEUMANN en 1847: "La salud del pueblo es materia que concierne a la colectividad, y, por tanto, es la colectividad la que debe proteger y asegurar la salud de sus miembros." Corolario obligado resulta una organización política de la Medicina. Hay que disponer de una Medicina suficiente para todos. Borrando las barreras económicas debe ponerse al alcance de los pobres de solemnidad y de los débiles económicos una Medicina eficaz. Donde sea posible hay que pedir sacrificios al beneficiario y al mismo tiempo obligaciones cooperadoras. El Estado providencia y la Medicina maná son conceptos abusivos sentidos demasiado frecuentemente. Una extensión de la medicina dirigida a otros grupos sociales con más capacidad adquisitiva puede resultar injusta, y, sobre todo, comprometer el ejercicio médico, que ha de estar basado en un cierto bienestar de los profesionales.

Aparte de la obra asistencial de las Beneficencias, un primer paso de la intervención estatal en la organización de la Medicina fue dado al encargarse la Administración pública de la Medicina preventiva. No puede resultar, extraño con estos antecedentes que sea la misma Administración quien a través de la Seguridad Social y de otros organismos garantice la asistencia médica de los individuos de la colectividad.

Es muy posible que se haya olvidado el carácter unitario de la Medicina. Muchas Instituciones, muchos Centros de Sanidad debieron hacerse en conexión espiritual y aun física con la organización hospitalaria. Esta iniciativa unificadora ha sido estudiada y defendida por los propios oficiales sanitarios americanos. Como castigo de este olvido los sanitarios españoles han visto que las organizaciones de los seguros sanitarios rara vez se han acordado de que disponían de Centros e Instituciones sanitarias en donde realizar un trabajo mancomunado.

El movimiento en favor de la Medicina social es una consecuencia de la reforma que aconteció a partir de las guerras napoleónicas. Después de proclamarse el derecho al trabajo, se proclamó el derecho a la salud. Reconozcamos que contribuyó a ello la "matanza de los inocentes", calificativo con que se expresa la considerable catástrofe sanitaria que aconteció en la mina y en la fábrica con la revolución industrial. Un enorme número de defunciones fue provocado por una industrialización improvisada. Puede decirse que la Medicina social se inició con la higiene industrial y que el movimiento tuvo lugar en Alemania. Mientras los demócratas alemanes

proclamaban, como dice ROSEN, la preeminencia de los derechos humanos y aceptaban la lógica consecuencia de que estos derechos, entre los cuales estaba el de la salud, debían ser salvaguardados por la colectividad, es decir, con un intervencionismo estatal, los ingleses, dominados por la idea liberal, mantenían el criterio de que era inútil poner las manos sobre las leyes naturales, inexorables e inmodificables. Sin embargo, la idea prendió fuera del continente europeo, y son fundamentales dos publicaciones inglesas: la de CHADWICK, "Encuesta sobre las condiciones sanitarias de la población trabajadora de Gran Bretaña", y la de RUMSEY, "Ensayos sobre Medicina del Estado". Numerosos países se han ocupado después de la Medicina social. Sin embargo, a pesar del tiempo y de los progresos realizados en estas tres últimas décadas, todavía es fundamental la obra de otro alemán, GROTHJAHN, y de sus discípulos, LUDWIG, TELEKY, GOTTSTEIN, ICKERT y FISCHER; después de ellos poco más se ha dicho y publicado sobre higiene y sobre Medicina social.

LOS SANITARIOS ANTE LA MEDICINA SOCIAL

Como hemos señalado, el aspecto social de la Medicina ha sido descubierto por los propietarios sanitarios. Sería estúpido decir que se oponen a ella.

Los sacerdotes y los "doctores" conocen muy bien los sufrimientos de la pobreza. Los sanitarios jamás se han manifestado contra la obra de la Seguridad Social. Nunca han temido que lesionara sus intereses. Saben que en el ejercicio de su profesión han adquirido una responsabilidad nueva, la responsabilidad pública.

CREW, profesor de Medicina social de Edimburgo, ha señalado certeramente que la "terapéutica de la Medicina social consiste en una acción social y política". Con drogas no se pueden controlar los factores socioeconómicos. La farmacia de la Medicina social se encuentra - dice él- en la Cámara de los Comunes.

Si los sanitarios tienen una responsabilidad social es natural que su misión no consista sólo en hacer peticiones legislativas. Estas deben ser adecuadas al medio nacional o local. Del mismo modo que no se debe recetar lo que el enfermo no tiene capacidad de adquirir, no se puede demandar lo que la colectividad no está en condiciones de conceder. En una Medicina dirigida, ni siquiera en el aspecto asistencial cabe una ilimitada libertad de prescripción.

Yo diría que los sanitarios deben poseer una exquisita y sensible conciencia social. La perfeccionarían si tuvieran una mayor intervención en los negocios públicos.

La higiene clásica, tal como los médicos y farmacéuticos la hemos aprendido, es una higiene de utopías. En ella se estudian, entre otras cuestiones, la influencia del medio sobre el hombre, alimentación, vivienda, saneamiento, etc., pero se olvida con frecuencia que el medio tiene un carácter social. Por ejemplo, las condiciones sanitarias de una vivienda pueden tener sus óptimos, pero éstos no pueden ser otra cosa en una vivienda popular que los óptimos posibles. Los materiales empleados, su situación, su capacidad, incluso el estilo de su arquitectura, tienen condicionamientos económicos, culturales, etc.

Evidentemente, estas limitaciones son variables según las épocas. El espíritu del hombre es capaz de modificar el medio en torno del cual vive. En la actualidad la preocupación sanitaria de la sociedad ocupa un primer plano. Asombrada por los progresos médicos, desea ponerlos al alcance de todas las individualidades. Aunque el valor monetario del hombre no puede cifrarse, porque no tiene mercado, los economistas han reconocido que crear salud es crear riqueza,

naturalmente a condición de que la salud sirva para producir, más y que el programa sanitario forme parte de otro nacional más amplio; es decir, que aquél está integrado en una política de amplias reformas económicas y sociales. A condición de que una asistencia médica eficaz y suficiente se encuentre apoyada en una Medicina preventiva bien organizada y a condición, en fin, de que el mejoramiento del medio social en que el hombre se mueve le permita alcanzar una cierta longevidad con un mínimo de dolencias.

Los expertos de la O. M. S. creen que la Medicina social debe tener un lugar en el plano de nuestras Facultades. La síntesis de la misma debe ser hecha por los catedráticos de Higiene, pero habrían de colaborar en la enseñanza otros profesores de las disciplinas clínicas.

Nosotros pensamos que la primera dificultad para explicar un programa de Medicina social en España es la falta de documentación y de datos estadísticos auténticamente nacionales que nos marquen el efecto de las influencias socio económicas sobre la morbilidad y mortalidad españolas. Otro obstáculo no despreciable es la ausencia de un interés suficiente sobre estas cuestiones entre los profesionales. Para promover la creación, lo que falta a los sanitarios son inquietudes profesionales; deberían reunirse a trabajar mancomunadamente en una naciente Sociedad de Medicina Social.

PRECIO DE LA SALUD Y COSTE DE LA ENFERMEDAD

Dejemos para más adelante nuestros comentarios sobre el coste de la enfermedad. Precio y coste son dos conceptos, virtual el uno y real el otro. Lo mismo sucede con salud y enfermedad. Hablamos de salud, y hasta la calificamos y medimos. Deseamos conservarla e incrementarla, y, sin embargo, manejamos un término demasiado abstracto. Es verdad que nuestro organismo no es una máquina que fatalmente se desgasta y desajusta, sino un todo que se acopla y acomoda dentro de unos límites. Sin embargo, la adaptación, en muchos casos, no se hace sin esfuerzo ni sin padecimientos. Recordamos las ideas de un ensayo de KAISERLING, que no son enteramente satisfactorias sanitariamente, pero que tampoco resultan totalmente escépticas. Son el punto de vista de un filósofo, profano en Medicina, con una actitud del espíritu de cierta ironía para con el cuerpo. Según él, la vida, en el sentido estrictamente "biológico", no es un equilibrio, sino un constante fluir de desequilibrios. No es la salud lo que existe, sino la enfermedad, representada por trastornos funcionales u orgánicos pasajeros o permanentes. Según la sensibilidad de la persona en quien asientan, son percibidos o no. Cuanto más sensible es el ser humano, mejor y más pronto se da cuenta de ello. Los sensitivos, como sucede con las mujeres, están mejor equilibrados que los hombres, que llamamos normales. Notan antes el peligro y se adaptan más pronto y mejor. La mujer está padeciendo constantemente trastornos y, sin embargo, alcanza una mayor vida media. Los obtusos, los individuos con sensibilidad escasa, mueren más rápidamente sin haberse dado cuenta, a veces, de una larga enfermedad. KAISERLING cita la frase demagógica de TEÓFILO GAUTIER: "Únicamente los burgueses se resquebrajan." Es decir, mueren lentamente, en tanto que el proletario se desploma sin percibir sus fisuras.

En consecuencia, el precio de la salud ha de ser variable, según la sensibilidad, la cultura y la situación económica de los individuos.

SALUD PARA TODOS

Creo poder calificar de hecho bien ostensible que la política de seguridad social, floreciente en nuestro siglo, ha de cambiar en gran parte esta antinomia de Gautier. Las clases sociales inferiores económicamente tienen en sus manos, además de la asistencia médica, los recursos

de la Medicina preventiva, "sismógrafo de sus alteraciones orgánicas", y comienzan a preocuparse de su salud. Esto, como en las mujeres y como en los artistas, crea una más sensible aptitud para con el cuerpo, favorable para el mantenimiento de una firme salud, pero también produce cuando, como ahora, la reforma médica llega sin preparación educativa, una preocupación desorientada y patológica por la salud, con ciertos caracteres de psicosis colectiva.

Esta actitud favorable del público hacia la Medicina, plausible porque la coloca en primer plano, necesita una canalización, una dirección de movimientos. Debe desviarse en gran parte hacia los Centros de Medicina preventiva. Con ellos se alcanzaría una descongestión y autenticidad de los Servicios de Medicina asistencial, y, sobre todo, se enseñaría al público que lo fundamental para su salud es un diagnóstico bueno y precoz, no una dispensación farmacéutica abundante e imprecisa. El precio de la salud está sometido a los factores de buena educación y cultura sanitarias.

WINSLOW ha señalado certeramente que en los orígenes de la Medicina social brotó la siguiente idea: "La pobreza engendra la enfermedad y la enfermedad la pobreza." Hay que romper este círculo vicioso y precisamente partir sus dos eslabones. A los economistas les corresponde suprimir los pobres; a los médicos, curar los enfermos. En ambos sentidos se ha actuado en estos últimos años. Todos vivimos ahora mejor y más sanos, pero reconozcamos que se ha avanzado más en el frente de la salud que en el de la pobreza.

El progreso de la Medicina tuvo como consecuencia el desarrollo de la sanidad y la creación de las instituciones de Medicina preventiva. Con ellas surgió como corolario una organización y ampliación de la asistencia médica. Seguramente la Medicina, a pesar de su complicación, puede moverse mejor y progresar más que la economía social.

Los problemas económicos de la Medicina y de nuestros enfermos, y de los propios médicos, nos acucian directa y apremiantemente. Trabajamos como piezas de un mecanismo y nuestra labor afecta y es afectada por los demás.

Hace tiempo ya que la Medicina ha dejado de ser una empresa exclusivamente privada. Hoy, en gran parte, está intervenida por el Estado, y como éste dispone de técnicos auténticamente sanitarios, a ellos les corresponde no sólo la inspección, sino el planteamiento y la distribución de la Medicina, es decir, completamente el problema económico, lo mismo de la rama preventiva que de la asistencial. La Organización Mundial de la Salud ha hecho constar este cometido indeclinable de los sanitarios y ha hecho figurar un estudio expreso de la financiación de la Medicina curativa y preventiva en el programa de sus Asambleas. Precisamente, el libro del doctor WINSLOW, un profesor de Higiene, ha sido, redactado para que sirva de ponencia al discutir estos temas.

EL COSTE DE LA ENFERMEDAD

Lo que los distintos países gastan, pública y privadamente, en mantener el estado de salud relativa de sus habitantes, repetimos, es casi siempre función de su riqueza y de su cultura. En un primer plano se encuentran Estados Unidos, Holanda, Los Países Escandinavos, Inglaterra y algunos de sus dominios.

En general, en los países de cierta prosperidad, los gastos de la Medicina preventiva representan un 0,5 por 100 de los totales (públicos y privados), y diez veces más, es decir, un 5 por 100, los destinados a la Medicina asistencial. Estados Unidos es hoy el país que gasta más

crecida suma en Medicina preventiva (unos cuatro dólares por habitante), pero el resto de los países de Occidente apenas si pasan de un dólar. La Medicina curativa cuesta unas diez veces más. Dentro de ella las cifras más altas de gastos corresponden a los servicios hospitalarios. Unas tres veces lo empleado en prevención cuesta en Suecia y Dinamarca el sostenimiento de sus hospitales. Inglaterra invirtió en 1950 unos 67,5 millones de libras en sus servicios preventivos, empleando, en cambio, 425 millones de libras en su Servicio Nacional de Sanidad, es decir, en asistencia. En 1951, según comunicaciones personales, se calcula que cerca de los 400 millones de libras sería el coste de los servicios hospitalarios.

Evidentemente, estas partidas que están en relación con las mayores o menores disponibilidades para el tratamiento de las dolencias en los establecimientos nosocomiales, pero también con las mayores o menores facilidades para que un enfermo pueda ser tratado en su propio domicilio. En los países en que falta la servidumbre y, además, hombres y mujeres trabajan fuera de su hogar, el tratamiento en el hospital, más que deseado, está impuesto por la necesidad. Estados Unidos y Nueva Zelanda disponen nada menos que de una cama de hospital por cada 100 habitantes, y en aquél se reconoce que las previsiones son aún mayores, teniendo en ejecución un proyecto para elevar esta cifra a 150 por cada 10.000 habitantes.

Los profanos se muestran alarmados por el coste de la Medicina cuando no se compara éste con otras inversiones menos indispensables. En Estados Unidos, la Asociación Médica Americana viene estudiando desde hace años esta cuestión y publicando en su órgano periodístico oficial, *J. A. M. A.*, el resultado de sus investigaciones estadísticas. En 1950, según el Departamento de Comercio, los americanos gastaron "en todo" 193.600 millones de dólares, y de ellos 8.500 millones de dólares, en servicios médicos, esto es, el 4,4 por 100 de los gastos totales.

La distribución de los 8.500 millones de dólares se hace en la siguiente forma: 2.400 millones en honorarios médicos, 2.000 millones en hospitales, 1.400 millones en medicamentos y otro material sanitario, 1.000 millones en servicios dentales y 1.700 millones en otros servicios médicos. Comparando estas cifras con las de períodos anteriores se nota un aumento acentuado y progresivo de los gastos de hospital, mientras las restantes partidas sufren escasas variaciones.

La Asociación Médica de Estados Unidos señala que no debe el público americano asombrarse con esta danza de millones cuando gasta una cantidad parecida, 8.100 millones de dólares, en bebidas alcohólicas, 4.400 millones en tabaco y 11.300 millones en recrearse con viajes y otras diversiones. Tampoco debemos nosotros considerar capaces de generalizar estos argumentos "de contrapartida", conociendo la extraordinaria riqueza actual del pueblo americano.

LOS DIVIDENDOS DE LA INVERSIÓN SANITARIA

Los beneficios obtenidos, poniendo los avances de la Medicina al alcance de todo o casi todos, son incalculables, y, claro es, que sería inmoral medirles exclusivamente en términos financieros, aunque la economía sea un cauce inexcusable para nuestros actos. El aumento de la vida media ha llegado a cifras insospechadas. Hoy, en Estados Unidos, a sesenta y cinco y setenta y un años, respectivamente, en el hombre y en la mujer. Pero la rapidez con que esta prolongación de la vida ha tenido lugar crea problemas serios en estos países en donde, por falta de "hogar familiar", no saben qué hacer con los ancianos y, sobre todo, con las viejas. Sin embargo, la Medicina actual ha sabido dar también "vida a los años", y nuestros viejos se encuentran, en gran parte, libres de achaques.

La baja de la mortalidad infantil representa una formidable conquista de la Medicina y de la cultura popular. Lo mismo sucede con la reducción de la mortalidad maternal, y otro tanto con la pérdida de gravedad de un gran número de enfermedades infecciosas. A pesar de ello, queda mucho que hacer en amplias zonas de todos los territorios. La dificultad consiste en llevar a todos los beneficios de los progresos médicos. Además, el frente de la economía, ya lo hemos dicho, avanza menos que el nuestro, y gran parte de los esfuerzos sanitarios se esterilizan ante condiciones adversas del medio exterior, como la alimentación y como la vivienda.

La Medicina ha reducido la gravedad de muchas enfermedades, pero, sin embargo, por falta de un suficiente saneamiento del medio no ha rebajado su frecuencia. Enfermedades infecciosas evitables del aparato respiratorio y muchas de transmisión digestiva se sufren ahora muy frecuentemente, con perjuicio de las economías familiares y de los intereses colectivos. La solución de estos problemas se encuentra en una coordinación más estrecha de la Medicina y la sociología, y, sobre todo, en una cooperación de los beneficiarios.

INTEGRACIÓN DE UN PROGRAMA SANITARIO

La facilidad con que las campañas sanitarias se mueven sin obstáculo, la favorable acogida pública, el sentimiento de liberalidad que despiertan en quien otorga y en quien recibe; estos y otros muchos factores más han hecho de la sanidad una tarea de moda entre sanitarios y entre otras clases directivas. Muy juiciosamente en la VIII Asamblea de la O. M. S. se han oído palabras que pretendieron encauzar y moderar estas actividades. No todas las campañas sanitarias son eficaces y procedentes. Un programa de salud pública debe estar integrado en un programa general de reforma de la economía, de la educación y de las instituciones sociales. MYRDAL apoyó lo que ya habíamos dicho. Un programa sanitario tendrá o no éxito, según vaya o no seguido de su correspondiente apoyo en los dominios de la instrucción, de la alimentación, del alojamiento y del desenvolvimiento económico general. Un comité de expertos de la O. M. S. ha presentado la siguiente lista de los servicios sociales que contribuyen al éxito de un programa de sanidad: previsión social, seguridad social, educación, producción y distribución de alimentos, reservas de terreno, servicios veterinarios, normas de trabajo, actividades recreativas, transportes y comunicaciones y limpieza individual y del medio. Todavía nosotros podíamos añadir algunos más. Un estable incremento de salud sólo puede conseguirse aumentando la producción. La salud no nos la ha concedido Dios graciosamente; debemos merecerla y conquistarla con el trabajo. La salud pública es también pan que se gana con el sudor de nuestra frente.

* * *

Después de estas palabras, algunos espíritus formalistas podrán preguntar la razón de por qué estos problemas se anuncian en una Academia de Farmacia. La justificación es obvia. En el campo de la prevención no hay más que profesiones sanitarias: médicos, farmacéuticos, veterinarios, auxiliares, etc., todos trabajan en una misión común. La Medicina preventiva es una ciencia cuyo cometido consiste en la aplicación de todos los conocimientos útiles de las demás actividades científicas a una finalidad: el cuidado, promoción y aun restablecimiento de la salud.

El farmacéutico es insustituible en los trabajos de bioquímica normal y patológica, como lo es también en la bromatología, técnicas analíticas, etcétera, etc. Posee una preparación científica sobre física y química de la que el médico carece.

Pero es más, al farmacéutico le corresponde también una intervención en los aspectos sociales de la Medicina. Tiene, más que el derecho, el deber, de servir de colaborador en la obra de

educación sanitaria, sin la cual la Medicina, con todos sus progresos, no prestará al público el fruto apetecido .