

BOLETÍN

de la

Oficina Sanitaria Panamericana

(REVISTA MENSUAL)



AVISO—Aunque por de contado desplégase el mayor cuidado en la selección de los trabajos publicados in toto o compendiados, sólo los autores son solidarios de las opiniones vertidas, a menos que conste explícitamente lo contrario

Año 17

OCTUBRE de 1938

No. 10

NECESIDAD DE UN PROGRAMA NACIONAL DE SANIDAD¹

[Conforme a una orden ejecutiva firmada por el Presidente de los Estados Unidos el 27 de octubre de 1936, la Comisión Interdepartamental encargada de coordinar las obras de sanidad y beneficencia, creó una Comisión Técnica de Asistencia Médica que estudiara las obras de asistencia médica y sanitaria del Gobierno de Estados Unidos, a fin de repasar en particular la participación gubernamental y presentar las recomendaciones sobre el tema. La Comisión Técnica ha presentado la memoria siguiente a la Comisión Interdepartamental, la cual la ha aceptado y entregado al Presidente. La Comisión Interdepartamental está presidida por la Srta. Josephine Roche.]

(1) **Advertencia preliminar.**—El costo de la enfermedad y mortalidad prematura en Estados Unidos representa anualmente unos 10,000,000,000 de dólares, incluso los gastos combinados de los servicios sanitarios y asistencia médica, pérdidas de salarios por virtud de cesantía debida a incapacidad, y pérdida de salarios potenciales debido a muerte. El promedio de personas incapacitadas por enfermedad promedia 4,000,000 o más al día. Cada año 70,000,000 de enfermos pierden más de 1,000,000,000 de días de su trabajo o tareas acostumbradas. Estos cómputos fragmentarios, pero específicos, indican la pérdida económica debida a la enfermedad y la mortalidad prematura, pero no indican adecuadamente las incalculables consecuencias sociales de la falta de salud.

No olvidamos los brillantes adelantos científicos, ni pasamos por alto los notables progresos en la educación médica, sanitaria, odontológica y enfermería, o en la investigación. Tampoco menospreciamos los aportes de individuos y organismos profanos y profesionales en lo tocante a realzar el servicio profesional. Todos esos adelantos aparecen en letras de molde en el haber del libro de caja del adelanto nacional, y constituyen una partida cuantiosa de nuestros recursos nacionales.

¹ Sumarizado de "The Needs for a National Health Program": Informe de la Comisión Técnica de Asistencia Médica, Washington, 1938.

Sin embargo, no le corresponde a esta Comisión meramente elogiar obras y hechos del pasado, pues se le ha encomendado la misión de justipreciar cuidadosamente el estado de la salud nacional, de relatar lo que se hace comparándolo con lo hecho, de buscar y definir las necesidades inatendidas actualmente, y de bosquejar propuestas para mejorar la salud nacional. Por lo tanto, y por necesidad, este informe se ocupa primordialmente del debe más bien que del haber, no tratando de esbozar un cuadro deforme, sino desempeñar la tarea estipulada. No obstante, téngase constantemente presente esta limitación para no considerar a la Comisión demasiado pesimista en su exposición.

La Comisión llama la atención sobre el hecho de que la enfermedad precipita gastos grandes y enormes gravámenes económicos, figurando entre las causas más importantes de la inseguridad económica y social; y socava la base de la vitalidad nacional. Lo obtenido en el pasado en conservación de la salud, tiene, pues, valor secundario en lo tocante a las necesidades del presente y del futuro. A pesar de los grandes adelantos realizados, todavía restan necesidades enormes. El volumen de enfermedad e incapacidad continua, la masa de males desatendidos, la mortalidad prematura y la prevalecencia de gravámenes económicos evitables creados por los gastos debidos a la enfermedad, justifican graves preocupaciones.

¿No ofrecen las ciencias sanitarias y médicas esperanzas de mermar todavía más las cargas impuestas por la enfermedad a la nación? Por el contrario, la Comisión observa que la insuficiencia principal no corresponde a los conocimientos, sino los fondos; es más, hay casos en que los recursos superan a las necesidades, pero no se emplean a plena capacidad, mientras que los necesitados se las pasan sin servicios, por separar vallas económicas a los que necesitan, de los preparados para prestar el servicio necesario. La insuficiencia esencial con respecto a los servicios sanitarios no estriba en nuestra capacidad para producir, sino para distribuir. La difusión de los servicios preventivos y curativos que la medicina moderna pone a nuestra disposición, depende de la capacidad para comprarlos más bien que de la necesidad de la colectividad o individuo. La eficaz distribución y utilización de los servicios sanitarios y médicos exigen la formulación de un plan nacional para la aplicación económica de nuestros recursos, a fin de mantener y mejorar la salud.

(2) Proezas del movimiento sanitario.—El siglo actual ha visto desarrollarse la técnica profiláctica, y también su amplia aplicación por el médico y el dentista en su práctica particular, y por una multitud de organismos voluntarios y por departamentos de sanidad, contando para ello con el auxilio de los médicos generales, así como del personal sanitario especializado: médicos, visitadoras, bacteriólogos, ingenieros sanitarios, y otros. Bien conocidos son los resultados de ese esfuerzo organizado en la prevención de la enfermedad.

El adelanto obtenido en la lucha contra la enfermedad está indicado por

la curva descendente de la mortalidad, de 17.6 por 1,000 en 1900, a 11.5 en 1936 en Estados Unidos, lo cual representa un ahorro de unas 750,000 vidas sólo en el año 1936. Este ahorro de vidas corresponde principalmente a la infancia y a la juventud, en que más frecuentes son las enfermedades prevenibles. De 1900 a 1935, se agregaron 12 años a la expectativa media de vida al nacer, mas no ha habido ningún aumento significativo en el promedio de vida para las personas de edad media y avanzada. La expectativa de vida a la edad de 50 años para los varones blancos en los Estados de la primitiva Area de Registro de la Mortalidad, reveló de 1901 a 1929-1931 el aumento casi menospreciable de 0.07 años; para las blancas, 0.8 años. Ese estacionamiento es en particular importante, pues nuestra población va "envejeciendo," es decir, que aumenta la proporción correspondiente a los grupos etarios más avanzados, por virtud del efecto combinado de la mortalidad descendente, la disminución en la mortalidad infantil y juvenil, y la inmigración de adultos en grandes números a principios del siglo actual.

A esas edades avanzadas la mortalidad no ha disminuído en general, sino por el contrario, aumentado para algunas enfermedades importantes, fenómeno ese digno de estudio a la luz del hecho de que las principales causas de mortalidad a la edad avanzada no son en general transmisibles, sino orgánicas y crónicas, es decir que las medidas adoptadas contra las enfermedades transmisibles no tocan directamente la mortalidad de la edad avanzada, salvo en lo referente a impedir las lesiones permanentes que aquéllas ocasionan en los primeros años de la vida. Las enfermedades crónicas, tales como cáncer, diabetes, y afecciones cardíacas, vasculares y renales, que se asocian a las alteraciones degenerativas del proceso de envejecimiento, han revelado mortalidad creciente. En 1900 la mortalidad cancerosa representaba 63 por 100,000; en 1936, 111, aumento ése que hasta cierto punto refleja perfeccionamientos del diagnóstico y la notificación, si bien no faltan pruebas de que por lo menos en parte substancial, es real. En el mismo período la mortalidad cardíaca aumentó de 132 a 213, y la diabética de 10 a 24. Hasta cierto punto, cabe impedir y demorar esta mortalidad, y reducir la incapacidad por medio del diagnóstico temprano y la asistencia médica adecuada en esas enfermedades o en las que preparan el terreno para ellas.

Los grandes hechos del pasado reciente son augurios del futuro, pero sólo se realizará la esperanza de obtener un adelanto igual y hasta mayor en el porvenir si apreciamos la alterada naturaleza de las necesidades sanitarias, y si amoldamos apropiadamente a ello nuestros métodos. Un nuevo programa sanitario debe ser algo más que mera expansión del viejo. Hay que utilizar métodos nuevos, y dirigirlos contra objetivos nuevos. Por fortuna, los métodos nuevos no son forzosamente novedosos, y aun al seguir los viejos, los nuevos han sido objeto de experimentación y pruebas prácticas, pues aunque todo plan nuevo tiene que preparar una experimentación aun más nueva, en condiciones apropiadas, hay que seguir recalcando que toda técnica debe estar bien fundada.

Pecaría de incompleto o desequilibrado todo relato de las conquistas del servicio sanitario, si no mencionara el valor de la investigación. Apunte con orgullo justificable la ciencia médica a sus grandes adelantos, mas no nos hagan olvidar éstos las necesidades restantes.

Bien poco se puede hacer hoy día para prevenir o curar la influenza o coriza o la parálisis infantil; no se comprende la verdadera naturaleza del cáncer, y las medidas curativas sólo resultan útiles en los períodos tempranos de la enfermedad; los trastornos mentales están rodeados todavía de tinieblas; hasta que los conocimientos médicos traspasen sus fronteras actuales, seguirán cobrando un tributo humano cada vez mayor los procesos degenerativos del corazón, arterias y riñones; los estados agrupados habitualmente bajo el término de reumatismo crónico, ocasionan excesiva incapacidad, y no parece probable que disminuya esta pérdida

sino después que sean mejor comprendidas esas dolencias. Los subsecuentes adelantos y mayores proezas del futuro exigen investigación continua. Por lo tanto, toda justipreciación del pasado debe poner de relieve la necesidad de llevar a cabo estudios adecuados en los campos donde nuestros conocimientos son todavía limitados y las técnicas aun imperfectas.

Nuestro estudio revela que la manera más sencilla de exponer las principales necesidades es presentándolas en dos grandes grupos: (1) maternidad, infancia y niñez, que forman un grupo de por sí, aunque íntimamente relacionadas con (2) servicios de salud precipitados por causas específicas de enfermedad, incapacidad y mortalidad, que no están directamente enlazadas con la gestación o con los azares que rodean a la infancia. Por consiguiente, consideraremos los problemas por resolver desde estos puntos de vista; y como fondo de ambos lo que contribuirá la adecuada asistencia médica y hospitalaria a un programa equilibrado de salud.

(3) Necesidad de ampliar los servicios de salud para la maternidad y la infancia.—La aumentada proporción de personas de edad avanzada ha ido acompañada de una disminución en la de niños. Se impone, pues, la conservación de la vida maternal e infantil, si vamos a mantener en el futuro la proporción de personas de edad productora necesaria para una nación económicamente progresista. Una gran oportunidad para ello la ofrece el suministro de adecuados servicios sanitarios y asistencia médica durante los períodos de maternidad e infancia.

Hoy día todavía tenemos un cuantioso e innecesario derroche de vida maternal e infantil, y mucha falta de salud en ambos grupos. Tras cuidadoso estudio de las causas de muerte de las madres, los médicos nos informan que de la mitad a las dos terceras partes de la mortalidad materna es prevenible, como también se ha demostrado que la mortalidad de las criaturas puede rebajarse a la mitad en el primer mes de vida. A nuestra disposición tenemos conocimientos relativos a la conservación de la vida y de la salud. Tampoco faltan demostraciones adecuadas de la aplicación práctica de esos conocimientos con resultados favorables en lo tocante a conservar vidas y salud; el problema estriba en descubrir métodos y medios de poner una asistencia adecuada a la disposición de cuantos la necesitan.

(a) Mortalidad maternal e infantil.—La salud y seguridad de los niños dependen en gran parte de la de las madres, y de la capacidad de la familia para ofrecerles adecuados alimento, abrigo, vestimenta, y asistencia médica. En los Estados Unidos, cada año tiene lugar un nacimiento en los hogares de más de 2,000,000 de familias; más de 75,000 de esos nacidos no son viables; más de 69,000 criaturas mueren en el primer mes de la vida, y 56,000 de ellas de causas asociadas a la vida prenatal o al proceso del parto; unas 12,500 madres mueren de causas directamente enlazadas con el embarazo y el parto, y unas 1,500 más que están embarazadas o han dado a luz hace poco, mueren de estados tales como tuberculosis, nefritis o cardiopatías crónicas, debido a lo cual por lo menos 35,000 hijos quedan sin madres, muchos de ellos atendidos a la comunidad para su sostén, y muchos destinados a ser delinquentes potenciales.

La mortalidad materna en los Estados Unidos es elevada, pues en 1936 representó 5.7 por 1,000 nacimientos, o sea dos veces más que en Suecia, aunque variando ampliamente en diversos Estados y distritos. Durante los 22 años para los cuales hay estadísticas disponibles, muy poca ha sido la disminución, si exceptuamos los últimos cinco años, en los que se ha observado una baja leve, pero significativa, procedente de la disminución en las muertes debidas a la toxemia gravídica, o sea la causa más afectada por la asistencia prenatal, mas la continuación de dicho descenso depende de seguir prestando un servicio adecuado. Las muertes debidas a causas asociadas al parto apenas han revelado descenso alguno en 22 años. Las ocasionadas por hemorragia puerperal han descendido ligeramente; mientras que

no han revelado baja significativa las debidas a la septicemia, que representan más de 40% de toda la mortalidad materna, y que son en gran parte prevenibles por la asistencia apropiada antes o durante el parto.

Durante los 22 años para los cuales hay datos disponibles, mucho es lo adelantado en la disminución de la mortalidad infantil durante el período del segundo al duodécimo mes de vida, pero bien poca es la baja en la mortalidad de las criaturas menores de 1 mes, y nula en la del primer día de vida. Las muertes del primer mes representan la mitad de toda la mortalidad infantil del primer año, y cuatro quintas partes de ellas son de origen prenatal o natal, y por lo tanto, íntimamente asociadas a las causas de la mortalidad y morbilidad materna. Probablemente 90,000 criaturas prematuras nacen viables cada año en los Estados Unidos, de las cuales por lo menos dos quintas partes mueren en el primer mes de vida, representando la mitad de toda la mortalidad del mismo. Está demostrado que, con asistencia apropiada, puede salvarse una proporción elevada de las criaturas prematuras, y tiénese calculado que podría salvarse una proporción considerable de los 75,000 mortinatos anuales. Las causas de la mortinatalidad son las asociadas con complicaciones del embarazo y anomalías del parto. La denuncia de la mortinatalidad es todavía demasiado incompleta, y las pautas de diagnóstico carecen, además, de suficiente uniformidad para justificar una discusión de sus tendencias, si bien es probable que el número sea mayor del comunicado.

Aunque la mortalidad infantil entre el segundo y el duodécimo mes de vida ocasionada por afecciones gastrointestinales y respiratorias ha disminuído notablemente para el país en conjunto durante los últimos 22 años, restan todavía zonas y grupos de la población en los cuales la mortalidad debida a esas enfermedades es tan elevada hoy día como lo era para el país hace 20 años, si no mayor. Las medidas preventivas aplicadas con tanto éxito en muchas zonas urbanas y en algunas rurales deben estar a la disposición de todas las familias de las ciudades y campos por igual. Hasta 1929, la mortalidad infantil rural era más baja que la urbana; en 1929 la urbana bajó más, pero restan todavía muchas ciudades con coeficientes demasiado elevados. La mortalidad infantil para el país en conjunto puede rebajarse todavía más.

(b) **Insuficiencia de la asistencia maternal e infantil.**—Algunos hechos salientes puestos de manifiesto recientemente, bastan para indicar que son inadecuadas las disposiciones actuales para la maternidad y la infancia:

En 1936, casi 250,000 mujeres no contaron con la asistencia de un médico al dar a luz; a 15,000 las asistieron vecinos o parientes, y a 223,000 parteras, la mayor parte de las cuales son inductas. En 1937, de 49 directores estatales de sanidad que contestaron un cuestionario, sólo dos declararon que los medios de asistencia maternal en sus Estados eran adecuados. En 1936, 71% de los partos de las zonas urbanas tuvieron lugar en los hospitales; en los distritos rurales, sólo 14%. Unos 200,000 partos anuales corresponden a familias que viven por lo menos a 50 km de un hospital, a menudo en condiciones que impiden que vaya la madre a un hospital en caso de apuro. En 1937, 2,900 centros prenatales de ciudades pequeñas o distritos rurales de 33 Estados, sólo servían a las madres de 500 distritos; 5,300 en 36 Estados sólo atendían a 740 distritos. En las ciudades de más de 10,000 habitantes, hay una visitadora sanitaria para cada 5,000 personas; en las más pequeñas y en los distritos rurales, sólo una para cada 14,000 personas, lo cual hay que comparar con el régimen de una enfermera por cada 2,000 personas que mantienen cinco Estados.

Calcúlase que más de 1,100,000 partos tienen lugar en familias que reciben subsidios del Estado, o cuyos ingresos anuales son de menos de \$1,000. De aquéllos, más de 900,000 corresponden a distritos rurales o ciudades de menos de

100,000 habitantes. Muchos hospitales que atienden distritos rurales y poblaciones pequeñas, avisan que sus servicios de maternidad no son empleados a capacidad completa, por no poder las familias sufragar dicha asistencia.

(c) Necesidades especiales de la infancia.—En la infancia, excluido el primer año de vida, las probabilidades de muerte son menores que en ningún período subsecuente de la vida, pero mayores las probabilidades de enfermarse. En ocho poblaciones importantes estudiadas en el Censo Nacional de la Salud de 1935-1936, los niños blancos de 5 a 9 años acusaron un coeficiente de morbilidad (de una semana o más) 19% mayor que los individuos de 65 años o más. De estas enfermedades incapacitantes entre los niños de menos de 15 años, aproximadamente 40% representaban infecciones agudas, tales como sarampión, escarlatina, tos ferina y difteria, y en el período 1934-1936, el número de muertes de esas cuatro causas aisladas promedió 15,000. Pueden impedirse muchos casos y salvarse muchas vidas aplicando medidas específicas contra las enfermedades trasmisibles, resguardando el abasto de leche, e implantando una vigilancia adecuada de la salud, lo cual, además de servicios más efectivos de parte de los médicos, también comprende los que puedan facilitar las visitadoras a domicilio y en las clínicas, junto con vigilancia y consulta médica.

Las afecciones agudas del aparato respiratorio (influenza, neumonía, resfriados, amigdalitis) ocasionaron otro 40% de las enfermedades incapacitantes en los niños menores de 15 años en esas ocho poblaciones importantes, mientras que el coeficiente de morbilidad debido a este grupo de causas fué el doble en los de 5 a 9 años que en las personas de 65 años o más. Entre los párvulos (1 a 4 años) la neumonía sola ocasionó 16% de las enfermedades debidas a afección aguda del aparato respiratorio. En el período 1930-1934, 18% de todas las muertes preescolares procedieron de esta causa, o sea una proporción dos o tres veces mayor que en ninguna época subsecuente. La neumonía infantil, en particular la letal, no es en gran parte del tipo que cede a las formas conocidas de la seroterapia, pero puede mermarse mucho mediante la asistencia médica y enfermeril de las afecciones respiratorias banales, e impedirse las muertes por medio de la asistencia diestra una vez aparecida la enfermedad. Para los niños mayores son indispensables asistencia rápida y adiestrada bien temprano en la enfermedad, clasificación de la infección, servicio adiestrado, y cuando el caso es apropiado, seroterapia especial.

Calcúlase que por lo menos seis niños de cada 1,000 están lisiados o gravemente incapacitados por enfermedades o estados tales como poliomiélitis, tuberculosis, lesiones sufridas al nacer o por accidentes, reumatismo cardíaco y deformidades congénitas susceptibles de corrección, como pie zambo o labio leporino. El tratamiento temprano de la poliomiélitis, sabido es, impide mucha incapacidad; la asistencia prolongada desde el nacimiento permitirá a muchos niños llevar una existencia útil, mientras que para impedir deformidad es indispensable el tratamiento diestro y temprano de las deformidades y las lesiones debidas a los accidentes.

El tratamiento apropiado de los niños reumáticos restaurará a 60% a una vida normal, y a 15% a una vida de actividad restringida, mas esa terapéutica es prolongada y exige a menudo asistencia repetida en un hospital o asilo de convalecientes durante varios años.

En los niños aparentemente sanos son relativamente frecuentes la desnutrición y los defectos de la visión, de la audición, de los tejidos linfoides de la nariz y garganta, y de los dientes, muchos de ellos remediables, y una vez remediados, ahorran al niño más enfermedad o desajuste social. En una encuesta nacional que comprendió defectos dentarios, por cada 1,000 niños que ingresaban en la escuela, había unos 1,300 defectos que necesitaban asistencia dentaria.

Los servicios sanitarios y médicos inadecuados impiden el mejoramiento que puede esperarse en la salud infantil, tomando por base lo logrado en el pasado. Distan mucho de ser adecuados los medios de asistencia médica en hospitales o asilos de convalecientes, o en el propio hogar, para los niños que padecen de afecciones agudas o de estados crónicos o incapacitantes o son víctimas de accidentes, sobre todo en los distritos rurales y las poblaciones pequeñas y caseríos.

(4) Necesidad de servicios sanitarios más comprensivos.—Aparte de las necesidades especiales de la maternidad y la infancia, son grandes y diversas las necesidades no satisfechas de servicio sanitario, abarcando un campo muy amplio, pues comprenden todas las edades no discutidas más arriba, afectando en algunos casos a todos los niveles económicos, y en otros más específicamente a la gente de pocos recursos o sin recursos. Los servicios necesarios son igualmente diversos, comprendiendo en algunos casos enseñanza en la higiene de la vida, en otros servicios preventivos específicos, tales como inmunización, diagnóstico precoz, aislamiento del sujeto infectado en una institución dispuesta para facilitar tratamiento apropiado, asistencia médica general, o servicios profesionales prestados por personas adiestradas en alguna rama dada de la medicina.

(a) Tuberculosis.—Cada año 40,000 jóvenes de 15 a 45 años perecen de los estragos de la tuberculosis, y esas muertes representan unas tres quintas partes de toda la mortalidad debida a esa causa. Cada año unos 200,000 casos reciben tratamiento, y aproximadamente 200,000 más reciben asistencia médica más o menos adecuada, siendo algunos de ellos focos infecciosos para las personas que entran en contacto con los mismos. Hay datos suficientes que justifican la opinión de los fisiólogos de que cabe reducir en un 50% la mortalidad tuberculosa mediante la vigilancia sanitaria de los obreros dedicados a oficios que predisponen a la enfermedad, mediante el descubrimiento de los casos incipientes, y ofreciendo adecuada asistencia médica e institucional en los períodos tempranos de la enfermedad.

(b) Venéreas.—Los males venéreos representan un importante problema sanitario de graves implicaciones para muchos grupos de la población. En los Estados Unidos unos 518,000 pacientes nuevos de sífilis temprana solicitan tratamiento cada año, y unos 1,037,000 incapacitados con blenorragia hacen otro tanto. La sífilis congénita constituye una causa importante y prevenible de la mortalidad infantil y fetal, en particular en los negros, habiendo anualmente unos 60,000 casos. La invasión sífilítica del corazón y vasos sanguíneos y del sistema nervioso, produce casi 50,000 muertes anuales además de las atribuidas específicamente a la lúes, 80% de las cuales son prevenibles por el tratamiento adecuado y temprano. El aumento en las neurosis crónicas impone una carga pesada a nuestras instituciones, y acarrea gastos enormes a los Estados y localidades. Por lo menos 10% de los primeros ingresos a los hospitales para casos mentales son imputables a la sífilis en su manifestación de demencia parálitica, casos ésos que puede eliminar el adecuado tratamiento temprano. Los datos siguientes indican la insuficiencia de los medios y métodos terapéuticos:

Ciertas investigaciones y censos indican que son tantos los infectados con sífilis y blenorragia que no buscan tratamiento de una fuente médica reconocida, como los que buscan tratamiento, y así lo prueba el hecho de que aproximadamente medio millón de blenorragícos y medio millón de sífilíticos buscan cada año tratamiento por primera vez a su infección ya crónica o tardía, respectivamente. De los adultos de más de 35 años, 75 de cada 1,000 están infectados con sífilis, sólo 16% de los cuales han recibido tratamiento adecuado. En dos terceras partes de un grupo de 89 poblaciones pequeñas y distritos estudiados en 1935, faltaba por completo o era inadecuado el servicio clínico organizado para casos venéreos, y en más de la mitad el pequeño número de pruebas de diagnóstico para sífilis indicaba que no se examinaba el esperado número de casos.

(c) **Neumonía.**—En el período 1930-1935 las muertes de neumonía promediaron 96,500 al año, y como causa de defunción el mal sólo es superado por las afecciones del corazón, vasos sanguíneos y riñones, y por el cáncer. Cada año la neumonía incapacita casi 600,000 personas, y la mortalidad es mayor entre los niños preescolares y las personas que han pasado de la vida media. Por lo menos 85% (500,000) de los casos de neumonía observados anualmente en Estados Unidos, se deben al neumococo, y para más de la mitad de estos casos ya se cuenta con un suero antineumocócico específico, habiendo indicaciones de que en la mitad de los casos de neumonía puede reducirse la morboletalidad hasta 50% mediante el uso diestro de la seroterapia.

La mortalidad e incapacidad debidas a la neumonía son excesivas entre los obreros expuestos a marcados cambios de temperatura, inclemencias atmosféricas, ventilación defectuosa, y atmósfera polvosa, de modo que la vigilancia higiénica del obrero y su ambiente constituye una medida eficaz para reducir la morbilidad y mortalidad.

Ya hemos hecho notar lo inadecuada que es sobre una base comunal la vigilancia clínica y enfermeril de los lactantes y párvulos, medida ésa importante en la profilaxia de la neumonía a la edad en que mayor es la mortalidad. Las obras actuales en la rama de la higiene industrial, así como otros servicios preventivos para adultos, son en general inadecuados. El estado comunal del tratamiento antineumónico lo reflejan los datos siguientes: 44 Estados no tienen obras antineumónicas; en 16 no hay laboratorios del departamento de sanidad preparados para la clasificación de los neumococos, y un 90% de los ejemplares clasificados en 1936 por esos laboratorios, correspondieron a tres Estados; en menos de la mitad de 93 poblaciones de 100,000 habitantes o más hicieron clasificaciones de gérmenes neumónicos en sus laboratorios de sanidad en 1936.

(d) **Malaria.**—La importancia de la malaria como problema sanitario regional está indicada por el hecho de que 97% de las muertes debidas a esta causa en 1934 correspondieron a 14 Estados del sur de Estados Unidos, mientras que en el país en conjunto la mortalidad media debida a esa causa es relativamente baja. A pesar de los adelantos realizados en la lucha antipalúdica desde que se descubriera la transmisión por el mosquito, en ciertos Estados del sur la enfermedad continúa siendo una causa principal de muerte, y ha revelado poca tendencia a la disminución en el último decenio. La incapacidad debida al paludismo constituye una seria traba para los obreros de los distritos rurales del sur, donde el mal es endémico.

Hay medidas eficaces de lucha, comprendiendo educación, descubrimiento de los portadores palúdicos, localización de los focos de infección, y eliminación por el drenaje o canalización, empleo de larvicidas y prevención de los peligros creados por el hombre. La aplicación de métodos establecidos ha mermado mucho el problema palúdico en las zonas en que se han aplicado efectivamente. Las obras antipalúdicas en el sur han avanzado notablemente en los últimos años mediante las canalizaciones llevadas a cabo por los departamentos de sanidad en cooperación con la Administración de Obras Públicas y el Servicio de Sanidad Pública. Necesítanse investigaciones fundamentales para descubrir un medio de eliminar los parásitos palúdicos residuales, a fin de impedir los ataques recurrentes de paludismo clínico y la aparición del mal en los portadores. Las mejores terapéuticas sólo obtienen el estacionamiento clínico mediante la eliminación de los parásitos de la circulación periférica, y la eliminación total sólo se alcanza mediante el desarrollo de inmunidad en el enfermo. No existen terapéuticas conocidas para la esterilización de los portadores palúdicos o de los casos repestos de un ataque clínico; las técnicas actuales del llamado tratamiento profiláctico no son eficaces para impedir los ataques subsecuentes. El control más eficaz

por la destrucción del vector sólo resultará posible cuando se encuentre un método eficaz de ataque biológico al mosquito, y el Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos ha emprendido investigaciones en ese terreno.

Otras necesidades en este campo comprenden la expansión del personal de los departamentos de sanidad de los distritos, y aumento en los fondos consagrados a obras específicas, tales como drenajes y dominio mediante el empleo de larvicidas.

(e) **Afecciones crónicas de la edad media y avanzada.**—El continuo envejecimiento de la población esperado en el futuro próximo influirá en la tendencia ascendente de la mortalidad en las enfermedades más graves de la vida media y avanzada: cardiopatías, nefritis, cáncer, y diabetes, de modo que hay que cifrar las esperanzas de obtener disminución en esa mortalidad e incapacidad en un ataque concertado contra esos males, como problema de reconocida importancia sanitaria. El Censo Nacional de la Salud indica que solamente a las afecciones crónicas corresponden 6 de los 10 días de incapacidad debida e enfermedad incapacitante grave que experimenta cada persona por término medio al año. La duración prolongada de esos casos, y la especialización del diagnóstico y tratamiento combínanse para realzar el costo de esas enfermedades. Para las personas pertenecientes a los grupos de pocos ingresos económicos, esas enfermedades entrañan una carga grave, sin que reciban la ayuda pública de que disfrutaban los tuberculosos y los casos mentales.

(f) **Cáncer.**—Las obras anticancerosas representan una de las necesidades de mayor urgencia en un plan de lucha contra las afecciones crónicas. Al cáncer correspondieron 143,000 muertes en 1936, o sea 10% de la mortalidad total. Tan sólo en los Estados Unidos hay hoy día 400,000 personas que lo padecen, y juzgando por la mortalidad actual es probable que muera por fin de cáncer una de cada ocho personas que cumplan 45 años. Sin embargo, autoridades reconocidas calculan que podría impedirse por lo menos la sexta parte de esa mortalidad anual si todos los casos recibieran el beneficio de las terapéuticas modernas, y podría impedir otra parte más el diagnóstico precoz de un número mayor de casos. Tenemos, pues, una triple necesidad sanitaria: (1) establecimiento de centros adecuados de diagnóstico; (2) educación del público y del médico en la suprema importancia del diagnóstico y tratamiento tempranos; y (3) tratamiento y hospitalización para esa gran mayoría de la población que no puede satisfacer el elevado costo de servicios tan especializados y caros. Hoy día son inadecuados y descoordinados los medios de diagnóstico y tratamiento del cáncer, y existe falta de obras anticancerosas con referencia particular a las necesidades sanitarias. Además, es necesaria la educación apropiada de los estudiantes de medicina con respecto a las fases sanitarias del cáncer, y preparación especializada en el diagnóstico y tratamiento.

(g) **Diabetes.**—En 1936 hubo 30,000 muertes de diabetes en Estados Unidos, y el número de enfermos está calculado en 400,000 a 500,000. La morboletalidad puede reducirse mucho y la vida alargarse administrando insulina y un régimen apropiado. Desde que se introdujera la insulina en 1922, la mortalidad diabética en los sujetos de menos de 50 años ha revelado baja marcada, y un análisis realizado recientemente en una de las principales clínicas de diabetes, indica que a todas las edades puede reducirse la mortalidad en una proporción que varía de 90% o más para los jóvenes (menores de 20 años) a 37% para los de más de 60 años. Sin embargo, el efecto favorable de la insulino-terapia no ha impedido un aumento en la mortalidad diabética en personas de todas edades, debido en particular a las cifras crecientes en las mujeres.

(h) **Afecciones cardiovascularrenales.**—Este grupo de enfermedades cobra cada vez un tributo mayor de vidas. En 1936, las muertes debidas a estas causas

representaron 581,000: 341,000 de cardiopatías, 104,000 de apoplejía, 29,000 de arterioesclerosis y otras afecciones de la circulación, y 107,000 de enfermedades del riñón. Aunque una gran proporción de ellas son resultado inevitable del envejecimiento, cabe hacer mucho mediante la prevención y el tratamiento a fin de evitar casos innecesarios, mermar sufrimientos e incapacidad prematura y muerte, y aminorar el malestar económico y emotivo que ocasionan esas dolencias. Muchas de las muertes son resultado de previas infecciones, tales como sífilis, reumatismo agudo, enfermedades transmisibles de la infancia o tifoidea. Es posible instalar medios y procedimientos para cohibir las infecciones, y en lo tocante a los casos debidos al proceso de senescencia, surge el problema de ofrecerles facilidades y asistencia que aminoren incapacidad y malestar.

(i) **Artritis y trastornos reumatoideos.**—Estos males rara vez acarrear la muerte, pero les corresponde una enorme proporción de incapacidad. Calcúlase que aproximadamente millón y medio de personas son incapacitadas anualmente por la artritis; un número mayor (1,750,000) son incapacitados por la neuralgia, neuritis y lumbago. Entre los medios conocidos de mermar la incapacidad debida al reumatismo crónico figuran la atención y eliminación de los focos infecciosos, por ejemplo, en las amígdalas y dentadura, tratamiento de las gonococias, vigilancia de la alimentación, terapéutica especializada, y cirugía en algunos de los casos graves. Una autoridad reputada ha declarado recientemente que el cuidadoso y prolongado tratamiento logró la reposición o mejoría bien definida en 90% de los casos en varios grupos numerosos. La esperanza de resolver este problema estriba en un plan coordinado de investigación y en medidas que faciliten adecuados servicios profilácticos, odontológicos, médicos e institucionales.

(j) **Enfermedad y deficiencia mental.**—Calcúlase que más de medio millón de personas están recluídas en hospitales para afecciones mentales, y unas 50,000 más han recibido alta condicional. Unos 150,000 enfermos son admitidos o readmitidos anualmente en esos establecimientos, y la estancia media de cada enfermo es tres años. Unas 75,000 personas están albergadas en establecimientos para débiles mentales y epilépticos, y está calculado en unas 900,000 el número de las que se hallan fuera de tales instituciones. Además, las afecciones mentales comprenden una proporción incalculada de psiconeurosis más leves, una proporción variable de problemas de comportamiento que ahora figuran encasillados como desamparo, delincuencia y crimen, y otro grupo que representa el resultado de hábitos defectuosos y desavenencias en las relaciones ambientales.

El volumen de asistencia hospitalaria e institucional requerida por los enfermos y defectuosos mentales es más del doble que el de todas las demás dolencias combinadas. Exceptuando un 2%, todos esos enfermos enumerados en el censo de 1934, se encontraban en establecimientos públicos, y al mantenimiento y funcionamiento de los mismos dedícase anualmente unos \$150,000,000 de los fondos públicos (más de la cuarta parte de todo lo gastado por el Gobierno en servicios sanitarios y médicos). Además del elevado costo del diagnóstico y asistencia, la enfermedad y deficiencia mentales constituyen una de las principales causas de pérdidas económicas debidas a extinción completa o parcial de la capacidad para ganarse la vida.

El tratamiento temprano de la lúes resulta eficaz para el dominio de la demencia paralítica, impidiendo que se propague aquella enfermedad al sistema nervioso. Para mermar la frecuencia creciente de las psicosis traumáticas procedentes del desarrollo del transporte automovilístico, precisa una intensa campaña educativa de prevención de accidentes. Facilitando medios para el examen psiquiátrico de los niños, pueden distinguirse los síntomas premonitorios de la demencia precoz, e impedirse la aparición de psicosis. Las anomalías del comportamiento infantil pueden modificarse mediante la vigilancia especial por personal adiestrado

de las clínicas de orientación infantil, y por fin, un plan coordinado de higiene mental llevado a cabo en la escuela y en grupos adultos, en particular en los padres, ofrece medios de enseñar los principales fundamentos de la salud mental.

El departamento destinado exclusivamente al tratamiento intenso de las psicosis agudas y curables, forma parte importante de los hospitales dedicados a los enfermos mentales, y debería ampliarse más con mira a mermar los gastos de la prolongada hospitalización, y de devolver a una vida útil a muchos enfermos, pero para esa expansión precisa un aumento del personal preparado, así como de los medios hospitalarios. Es necesario extender los medios de enseñanza psiquiátrica en los hospitales y facultades de medicina a fin de uniformar el adiestramiento del personal, y hay que contar con un servicio de consultores avezados para enseñar a los médicos de las instituciones las nuevas técnicas terapéuticas.

Al proyectar la vigilancia necesaria, es de importancia fundamental la inscripción sistemática de los débiles mentales, y en particular de los de una edad superior o inferior a la escolar. Una gran proporción de los débiles mentales necesita asistencia institucional, y los medios actuales son absolutamente inadecuados. También es necesario disponer de personal adiestrado para la vigilancia de los débiles mentales y epilépticos dados de alta. Por fin, la solución fundamental del problema de la higiene mental exige la creación en todos los Estados de un departamento, división u organismo encargado de atender como procede a las necesidades de los enfermos mentales, bajo una dirección médica capaz de formular y coordinar un plan equilibrado. Cuán anticuadas son las obras actuales, lo indican los datos siguientes:

Sólo cinco Estados tienen departamentos o divisiones de higiene mental dirigidos por médicos encargados de coordinar las obras de ese género. En siete de los nueve años comprendidos entre 1926 y 1934, la población enferma diaria media de los hospitales para afecciones mentales, excedió en 10% la capacidad normal, habiendo hacinamiento en 35 Estados en 1933, y en 38 en 1934, mientras que un censo verificado por la Asociación Médica Americana en 1936, indicó un exceso de 15% o más sobre la capacidad normal en la tercera parte de 228 hospitales que facilitaron datos. Las instituciones para débiles mentales y epilépticos albergan aproximadamente la cuarta parte de los individuos de ese grupo que necesitan asistencia institucional. Sólo en 27 de las principales ciudades había en 1934 servicio clínico de a tiempo completo para orientación infantil, indicando los datos acopiados que ese movimiento se limitaba principalmente a los grandes centros urbanos. En 1934, la cuarta parte de las ciudades de más de 100,000 habitantes, y casi dos terceras partes de las de 50,000 a 100,000 habitantes, carecían de clínicas psiquiátricas para niños o adultos.

(k) Peligros industriales.—La higiene industrial tiene por propósito conservar la salud del obrero, de modo que debe comprender primordialmente un plan de conservación de la salud y de prevención de los accidentes y las enfermedades, pero tiene que ir forzosamente más allá de la mera prevención de accidentes y males profesionales, a fin de abarcar el amplio tema de la salud del obrero. Algunos de los problemas son planteados por el ambiente industrial mismo, a saber, resguardo contra venenos, polvos, temperatura y humedad extremada, alumbrado defectuoso, estridor, hacinamiento y saneamiento general, pero comprendiendo también factores tales como horas de trabajo, fatiga, enfermedades transmisibles en las fábricas, salud mental, e higiene personal.

La higiene industrial afecta a un elevado porcentaje de la población, pues según el último censo había aproximadamente 49,000,000 de personas ocupadas lucrativamente, de las cuales unas 15,000,000 trabajaban en los establecimientos industriales en que ocurre un porcentaje numeroso de las enfermedades y accidentes profesionales. La mayoría de los obreros se encuentran, sin embargo,

empleados en talleres pequeños, que no pueden facilitar adecuado servicio de higiene industrial. Por ejemplo, de más de 8,000,000 de personas empleadas en establecimientos fabriles, aproximadamente la mitad trabajan en fábricas de menos de 250 obreros, de modo que para que éstos reciban adecuada protección higiénica, tiene que prestar, o secundar, ese servicio algún organismo gubernamental.

Ya hay datos indicativos de que es mayor la mortalidad en la población obrera que en todo el grupo de personas empleadas lucrativamente. El exceso de mortalidad es en particular notable en los obreros no adiestrados, entre los cuales la mortalidad general es 100% mayor que en los obreros agrícolas. El Servicio de Sanidad Pública ha observado en sus estudios que la frecuencia de enfermedades tales como tuberculosis, neumonía y estados degenerativos, excede en la población obrera, el promedio general, todo lo cual pone de manifiesto la necesidad de ejecutar un estudio detenido de las condiciones en que vive y trabaja la misma. Tenemos que llevar la salud pública a la fábrica, así como al hogar, y debemos realizar en pro del problema de la enfermedad en los adultos, lo que hemos hecho en los últimos años en higiene infantil, para lo cual uno de los puntos más lógicos de ataque parece ser los grupos industriales.

Prueba de que van comprendiendo la necesidad de este programa los higienistas, la ofrece el hecho de que hoy día, gracias al impulso derivado de la Ley del Seguro Social, 22 Estados y cuatro municipios han creado servicios de higiene industrial, si bien éstos se encuentran todavía en su infancia, y no se hallarán en aptitud de prestar servicio adecuado hasta que reciban mayor apoyo económico y personal adiestrado.

(5) Ingresos y necesidades sanitarias.—En un estudio representativo de la población urbana durante el Censo Nacional de la Salud, 40% de las familias de los estudiados tenían ingresos anuales de menos de \$1,000; 65% de menos de \$1,500, y 80% de menos de \$2,000, y casi la mitad del primer grupo recibió asistencia del erario público en alguna ocasión en 1935. En todo estudio de la salud nacional estas cifras son imprescindibles en lo tocante a determinar la capacidad para adquirir no tan sólo alimentos, abrigo y ropa, sino también asistencia médica. Ricos y pobres se han beneficiado por igual del adelanto de la salud pública y de las ciencias médicas. La aplicación de los últimos conocimientos casi ha extinguido algunas de las pestilencias que antes mataban a la gente por decenas de millares, a la vez que ha permitido realizar grandes adelantos en otros frentes, en los que lo adelantado, aunque menos completo, es significativo. Sin embargo, gran parte de ese adelanto apenas posee importancia para una gran parte de nuestra población, o sea la de menos recursos; aunque ésta, por supuesto, tiene a su disposición los servicios públicos que existen, los que tiene que comprar de su propio bolsillo quedan en gran parte fuera de su alcance en caso de enfermedad. Los adelantos logrados en la salud nacional poseen, pues, sólo limitada importancia para los pobres, y debe engendrar serias preocupaciones, si no motivar acción, el hecho de que los pobres de nuestras grandes ciudades revelen todavía coeficientes de morbilidad y mortalidad iguales a los de hace 50 años. Los coeficientes de mortalidad nos revelan la pérdida anual de vida humana, pero sólo representan una fracción del tributo cobrado por la enfermedad, pues por cada muerte anual hay muchas enfermedades; es más, si sólo contamos las incapacitantes (es decir, las de una semana o más), por cada muerte hay 16 enfermedades. En el invierno de 1935 el Servicio de Sanidad Pública estudió 750,000 familias en 84 distritos urbanos, y en 81 de éstos obtuvo algunos datos pertinentes, aunque preliminares, para 2,308,600 personas, observando que en las familias socorridas del erario público, el coeficiente anual de enfermedad aguda era 47%, y el de enfermedad crónica 87%, mayor que en las familias con ingresos de \$3,000 o más,

mientras que los días de incapacidad anual eran tres veces mayores en las primeras. Toda investigación cuidadosa revela definitivamente que los factores "ambientales" son por lo menos tan responsables como los "genéticos," no siendo el menor de aquéllos el económico. Los coeficientes de morbilidad son mayores en los pobres que los más acomodados, y el corolario es que los pobres necesitan más servicios pro salud y contra enfermedad que los acomodados o los ricos. Los pobres padecen mucha enfermedad; la enfermedad acarrea pobreza, y de este círculo vicioso derivanse resultados antisociales. Una vez atrapada en ese círculo, la gente no encuentra salida, y la única solución queda en manos de la sociedad, que es la que paga un precio elevado por este dilema.

(6) **Ingresos y obtención de servicios de salud.**—La compra de servicios para mantener la salud continúa siendo una función privada e individual. Aunque el gobierno gasta sumas considerables, y aunque ciertos grupos organizados satisfacen una fracción importante del balance nacional de la enfermedad, cada enfermo tiene todavía que sufragar de su propio bolsillo la parte del león, y así lo patentiza un análisis de lo gastado nacionalmente por toda clase de servicios sanitarios y médicos, si tomamos el año 1929 como típico de la época de prosperidad, y el 1936 como el último para el cual haya cálculos minuciosos:

	1929	1936
<i>Gastos totales</i>	\$3,680,000,000	\$3,210,000,000
Enfermos.....	2,890,000,000	2,560,000,000
Gobierno.....	510,000,000	520,000,000
Filantropía.....	180,000,000	60,000,000
Industria.....	80,000,000	70,000,000

Aunque existen excepciones importantes, la asistencia médica viene a ser un "artículo económico" que el necesitado compra y paga directamente, sin que altere este hecho fundamental el que el artículo sea un servicio profesional. De ahí que la asistencia médica varíe con el estado económico; los acomodados obtienen más, los pobres menos, a pesar de que los últimos padecen más enfermedad e incapacidad, y necesitan más (no menos) servicio. Hay sus excepciones notables a esta generalización, pues en ciertas zonas donde facilitan amplia asistencia hospitalaria gratuita a los menesterosos, el servicio hospitalario recibido (per cápita) por los pobres, a veces hasta excede el recibido por los demás, únicamente los muy ricos exceptuados, pero trátase ahí de una excepción que confirma la regla de que la asistencia médica (medida en número de servicios) varía según la capacidad económica de la persona. Por ejemplo, una encuesta verificada en 1928-1931 entre grupos familiares típicos de 130 localidades en 17 Estados y el Distrito de Columbia, reveló los siguientes volúmenes de servicios recibidos durante un período de 12 meses:

Servicios por persona en familias con ingresos fijos

SERVICIO	Menos de \$1,200	\$1,200-2,000	\$2,000-3,000	\$3,000-5,000	\$5,000-10,000	\$10,000 y más
Servicios médicos para personas enfermas.....	1.9	2.0	2.3	2.7	3.6	4.7
Días de asistencia hospitalaria general.....	0.9	0.7	0.8	0.6	0.8	1.2
Casos dentarios (para personas mayores de 3 años)....	0.1	0.2	0.2	0.3	0.4	0.6
Exámenes de salud.....	0.08	0.07	0.07	0.08	0.1	0.2
Inmunizaciones.....	0.07	0.05	0.05	0.06	0.08	0.1
Exámenes y recetas oculares.....	0.02	0.02	0.04	0.05	0.09	0.2

A pesar de haber más enfermedad incapacitante entre la gente de pocos ingresos que entre las más acomodadas, la proporción que pasó un año de su vida sin asistencia profesional fué más de tres veces mayor entre los muy pobres que entre los muy ricos. Estos datos convienen con los revelados por numerosos censos verificados en varias partes del país, y cada estudio aporta nuevos datos de que la percepción de asistencia médica depende en gran parte de los ingresos, y que las gentes de pocos o ningunos recursos son las que menos servicios reciben, aunque más los necesitan.

(7) **Ingresos y capacidad para sufragar servicios de salud.**—Si bien la ignorancia, la apatía y otros factores desempeñan su papel, la razón principal por que la gente de menos recursos no recibe asistencia médica apropiada es que no pueden pagar el precio. Estudios de presupuestos de familia revelan que en conjunto dedican de 4 a 5% del total a asistencia médica, proporción ésta bastante constante, independiente de los ingresos, hasta llegar a una renta anual de \$5,000, al pasar de la cual tiende a bajar algo. El estudio citado reveló en 1928-1931 que las familias con ingresos anuales de menos de \$1,200 gastan al año en conjunto, en asistencia médica, \$43; las de ingresos de \$1,200 a \$2,000, \$62; las de ingresos de \$2,000 a \$3,000, \$91; y las de ingresos de \$3,000 a \$5,000, \$134. Comparemos ahora lo que gastan las familias más pobres con lo que les costaría una asistencia médica adecuada, y veremos que el costo de ésta varía de un mínimo de \$100 al año a más del doble de esa cantidad, para una familia de cuatro personas. Aun aceptando la cifra más baja, es manifiesto que supera los recursos de una proporción considerable de familias, pues familias con ingresos de \$1,000 no pueden dedicar por lo general \$100 anuales a asistencia médica, y lo mismo probablemente reza con las de ingresos de \$1,500, habiendo que recordar que aun en 1929 unos 12,000,000 de familias de este país, o más del 42% del total, tenían ingresos de menos de \$1,500 anuales. Aunque es posible obtener reducciones en el costo de la asistencia médica, y aunque puede persuadirse a la gente a dedicar una porción mayor de sus ingresos a adquirir asistencia médica, es también un hecho que una gran proporción de la población, ciertamente la tercera parte, y quizás la mitad, es demasiado pobre para poder satisfacer por completo el costo de una asistencia médica adecuada, pues para hacerlo tendría que privarse de ciertas cosas que a la larga son tan necesarias como la asistencia médica para una vida sana y decente. Esa tercera parte de la población que se halla mal nutrida, mal albergada y mal vestida, también se halla mal atendida cuando se enferma, y por la misma razón: insuficientes recursos.

En lo tocante a compra de asistencia médica, simplifícase algo la situación, porque el análisis anterior representa promedios, mientras que en la vida real es por casualidad que la enfermedad recae en una familia dada en promedios. La necesidad individual de asistencia médica es desigual e impredecible. En un año quizás se necesite muy poco servicio médico o ninguno; en otro año puede haber una o más enfermedades graves, y necesitarse servicio médico costoso. Baste con un ejemplo: En 1928-1931, un grupo de familias urbanas con ingresos de \$1,200 a \$2,000 anuales, gastó en asistencia médica en un año un promedio de \$75 cada una. Sin embargo, de 1,000 familias, en 600 ese gasto fué de menos de \$60; en 300 de \$60 a \$200, y en 90, de \$200 a \$1,000, mientras que 20 recibieron facturas del médico que variaban de \$400 a más de \$1,000, facturas ésas que si hubieran sido pagadas, habrían absorbido de la tercera parte a la mitad o más de los ingresos totales de la familia.

Esta situación da por resultado dos cosas. Una es que los ingresos disponibles no se prestan para la compra de asistencia médica, pues la familia los gasta de día en día, sin ahorrar para el día de enfermedad grave y cuentas médicas elevadas, dando esto por resultado que muchos individuos que podrían pagar por su asis-

tencia médica si la presupuestaran de antemano, o se pasan sin ella cuando los agobia la enfermedad, o se ven obligados a pedir limosna. Otro resultado es que las familias que tratan de atender a sus gastos se ven a menudo confrontadas en una enfermedad grave con cuentas que se les hace muy difícil pagar. Los gastos acarreados por la asistencia médica apropiada en ciertas enfermedades, se han vuelto hoy día un peligro económico semejante a la cesantía o la muerte, contra el cual la mayoría de las familias necesitan resguardo.

La carga impuesta por la enfermedad es mitigada hasta cierto punto por el sistema de ajustar los honorarios a la capacidad económica, pero ese sistema sólo ejerce un efecto limitado y reza más bien con los servicios especializados. Aunque ya se han creado servicios gratuitos y semigratuitos, en particular en las grandes poblaciones, y los médicos brindan generosamente sus servicios; aunque los hospitales están muy bien preparados para atender a los pobres sin cobrarles nada y para ofrecer servicio a media paga, y aunque los gobiernos han aumentado mucho los subsidios destinados a los servicios facilitados a los pobres, es un hecho que sobre bolsas semivacías todavía recaen gastos cuantiosos. Los pobres todavía reciben menos atención profesional en sus enfermedades graves, y compran servicios menos adecuados que los ricos. El resultado es tanto más grave, por padecer el pobre más enfermedad e incapacidad, y necesitar más, no menos, servicios. Los gastos acarreados por la enfermedad plantean dos problemas bien definidos: (a) a la gente de pocos ingresos, que suelen sostenerse en lo tocante a otros esenciales de la vida (alimento, morada, y ropa), hay que ofrecerle servicios pro salud y anti-enfermedad en escala mayor, aligerando la carga que impone la enfermedad, lo cual exige disposiciones apropiadas para aminorar el efecto de esos gastos, distribuyéndolos entre grupos de personas y durante períodos largos. No hay para qué discutir aquí si se obtendrá ese resultado mediante el empleo más amplio de subsidios, por el seguro social, o por una combinación de ambos medios, pues cada uno de estos procedimientos tiene su aplicación en ciertas partes del problema, y uno u otro puede prestarse mejor para grupos dados o distritos dados. (b) Se necesita mayor apoyo económico para los servicios que hay que facilitar a la gente menesterosa, que no puede obtener por sí misma la asistencia necesaria.

Por fin, lo dicho acerca del reparto desigual de los costos de la asistencia médica reza también con la pérdida de salarios derivada de la incapacidad permanente o temporal del individuo, pérdida ésa que en conjunto representa algo como 2.5% de la renta, aunque varía en distintas familias. La enfermedad incapacitante es una espada de Dámocles que se cierne constantemente sobre el asalariado, que no puede protegerse por sí mismo, y urge ofrecer garantías contra ese riesgo a la gente de pocos recursos, mediante el seguro social o la asistencia pública sistemática, o en ambas formas.

(8) *Personal y medidas de servicio pro salud.*—Es imposible crear un sistema eficaz de moderno servicio pro salud sin adecuado personal profesional e instalación institucional, lo cual comprende un número suficiente de sujetos competentes debidamente preparados y avezados, así como de hospitales y sanatorios y otras instituciones, y apropiada distribución geográfica. Todo considerado, es probable que lo que más urge en Estados Unidos, sea una distribución más eficaz, aunque esto abarca factores económicos fundamentales. La distribución ineficaz, y en ciertas zonas falta más o menos completa, de medios de hospital y de personal médico y sanitario, explican en parte la mortalidad y morbilidad excesivas que ocasionan ciertas causas, mientras que si estuvieran debidamente distribuidos, el número de médicos y enfermeras parece ser más o menos suficiente para las necesidades actuales, aunque la enfermería sanitaria adolece de falta de personal, y el número de dentistas es determinado hoy día por la capacidad económica

del público para atender a ese servicio con los métodos actuales de pago, y es mucho menor que el necesario para atender a las exigencias de la salud. En muchas zonas los hospitales no bastan para prestar la necesaria asistencia interna y externa.

(a) **Médicos.**—Hoy día en los Estados Unidos hay 165,000 médicos (128 por 100,000 habitantes), los cuales serían aproximadamente suficientes si estuvieran mejor distribuidos y se utilizaran como procede sus servicios potenciales. Jóvenes bien preparados comienzan a ejercer su profesión en los centros urbanos, por encontrar allí más oportunidades profesionales y económicas debido a abundar más los medios hospitalarios e ingresos de la gente, no obstante que en muchos de esos centros el número de médicos es ya adecuado o hasta hay superávit, mientras que muchos distritos rurales, poblaciones pequeñas y Estados enteros, no cuentan con suficientes médicos. El mero reconocimiento de esa distribución desigual no resolverá el problema; hay que hacer el ejercicio profesional más atractivo técnica y económicamente para el médico joven en la zona mal atendida.

(b) **Enfermeras.**—En lo relativo a los hogares de los grupos de renta más baja existe una escasez bien definida de visitadoras que faciliten asistencia a los enfermos y ayuden en las clínicas. A fin de llevar a cabo esas importantes funciones sanitarias, se necesitaría una enfermera para cada 2,000 personas, o sea unas 65,000, mientras que hoy día no pasan de 18,000 las afiliadas con organismos sanitarios. En los distritos rurales la proporción media es de una enfermera por cada 11,000 personas, y en las ciudades una por 5,000 en tanto que en algunos Estados una enfermera tiene que servir hasta 40,000 (si puede hacerlo). Necesitarse en particular esas enfermeras para la asistencia prenatal si tienen que abarcar una zona demasiado extensa o grupo excesivo. Para los distritos rurales, precisan por lo menos de tres a cuatro veces más visitadoras que las que hay disponibles, y para las ciudades, por lo menos dos veces más, si va a prestarse un servicio maternoinfantil satisfactorio. Tenemos, pues, aquí un doble problema: (1) preparación de personal, y (2) organización y fondos que permitan el empleo eficaz de ese personal.

(c) **Dentistas.**—En los Estados Unidos hay unos 71,000 dentistas (58 por 100,000), y podría doblarse ese número sin superar las verdaderas necesidades. Como sucede con médicos y enfermeras, el número de dentistas en particular es inadecuado en los distritos rurales, poblaciones pequeñas y otras zonas subprivilegiadas. Debido al enorme descuido acumulado en la asistencia dentaria para adultos, los fondos disponibles para dentistería deben dedicarse en particular a los niños.

(d) **Hospitales.**—Año tras año el hospital desempeña un papel mayor en el mantenimiento de la salud nacional. Hubo una época en que sólo los moribundos iban a los nosocomios, mientras que hoy día acuden a ellos los enfermos a recibir asistencia y a curarse, y mañana les tocará a los sanos dirigirse allí para prevenir enfermedad e incapacidad. La tecnología del moderno servicio pro salud exige empleo mayor de los departamentos de clínica y externo, y medios adecuados para la asistencia de los enfermos tanto encamados como ambulantes, casos incipientes, y los que necesitan profilaxia.

A varios factores se debe la importancia creciente del hospital en nuestros servicios sanitarios nacionales. En los centros urbanos la asistencia domiciliaria es cada vez más difícil en los hacinados edificios; en los rurales los médicos pueden acrecentar enormemente su eficiencia y eficacia si un hospital les facilita medidas de diagnóstico y consulta. En esos casos el hospital desempeña una función más importante que el mero tratamiento de los aislados, que constituyen una pequeña fracción del grupo de enfermos, pues convertido en centro de los servicios sanitarios, afecta la calidad de la asistencia prestada en el consultorio del médico

y en el hogar del enfermo. Además, la enfermedad va variando sus moldes a medida que aumenta la proporción de individuos de edad avanzada. Las dolencias de la vida adulta, cáncer, diabetes, afecciones cardiovasculares y renales, no se prestan para el combate en masa mediante el dominio del ambiente, sino que necesitan atención individual por médicos, dentistas, enfermeras, y técnicos. A medida que se vuelven más complejos los procedimientos de diagnóstico y terapéutica, puede prestarse a menudo mejor asistencia en un hospital que cuenta para ello con medios modernos que el médico particular no puede mantener por su cuenta.

Aunque los medios hospitalarios de algunas localidades (en particular poblaciones grandes) superan la demanda efectiva corriente en el país en general, y sobre todo en las zonas rurales y económicamente sumergidas, las instituciones actuales son manifiestamente inadecuadas para atender a las necesidades de la población. Se necesita ampliar los recursos de hospital en muchas zonas donde existen algunos hospitales, y en muchas regiones donde no existen se necesitan instituciones nuevas, sin las cuales, bien montadas y bien atendidas, es imposible prestar muchos de los importantes servicios que la medicina del siglo XX ofrece al público. Además, necesitan cada vez más centros locales de diagnóstico y de prevención en los cuales los organismos pro salud puedan funcionar en íntima afiliación con los médicos y otros técnicos.

Las pautas profesionales indican que se necesitan, en lo tocante a hospitales generales, 4.6 camas por 1,000 personas; en lo tocante a hospitales para casos nerviosos y mentales, 5.6 por 1,000, y para tuberculosis, dos por muerte anual debida a la enfermedad. En este país, hoy día no alcanzan estas pautas más de dos terceras partes de los Estados en lo relativo a hospitales generales, nueve décimas en lo relativo a hospitales mentales, y tres cuartas partes en lo tocante a tuberculosis. En lo relativo a hospitales generales, aun el mínimo de 2 camas por 1,000 personas para los distritos (principalmente rurales) que quedan a más de 80 km de distancia de un gran centro hospitalario, exigiría adiciones substanciales, pues 31,000,000 de personas viven hoy día en zonas con menos de ese promedio de camas. Casi 1,300 condados (42% del total) no poseen hospitales generales registrados, y aunque por ser en gran parte rurales o poco poblados sólo comprenden 15% de la población, representan 18,000,000 de personas que viven en distritos sin hospitales locales. Para determinar cuáles de ellos son debidamente servidos por las instituciones de los distritos adyacentes, y cuáles necesitan más medios, precisarían censos *ad hoc*. El capital invertido en construcción hospitalaria disminuyó de \$200,000,000 anualmente en el período de 1923-1928, a \$50,000,000 en el período 1932-1936, y gran parte de la construcción relativamente limitada del último período fué resultado de la iniciativa de la Administración de Obras Públicas.

Hoy día los Estados Unidos tienen unas 1,100,000 camas en hospitales de todo género, mientras que según las pautas mínimas, se necesitarían 1,500,000 allá hacia el término del decenio próximo, lo cual representa una deficiencia de unas 400,000 camas. Las medidas para colmar esa necesidad comprenderían la construcción por lo menos de 500 hospitales de 30-60 camas en las zonas rurales y más des pobladas.

La proporción de afecciones crónicas y la necesidad y valor económico de una asistencia adecuada, han quedado patentes en el Censo Nacional de la Salud. Algunos enfermos crónicos exigen servicios diagnósticos y terapéuticos equivalentes a los representados por un caso agudo, en tanto que otros sólo necesitan asistencia enfermeril o custodial una vez diagnosticado el estado. El gran número de camas necesarias para casos crónicos de ambos géneros debe suplirse, por lo general, en asociación con los hospitales generales.

Además, precisan con urgencia centros de salud y diagnóstico en las zonas rurales para que sirvan de sede de los departamentos de sanidad, servicios de visitadoras, asistencia maternal e infantil, y laboratorio y de diagnóstico, para los médicos locales, para las camas de urgencia, etc. Calculando conservadoramente, podrían construirse y utilizarse unos 500 de esos centros en las zonas que carecen de hospitales locales, pero que por hallarse adyacentes a zonas provistas de ellos, pueden ser así atendidos.

(9) **Sumario.**—A la Comisión Técnica se le encomendó la misión de justipreciar el estado de la salud nacional, de comparar lo que se hace con lo aun por hacer, de buscar y definir las necesidades desatendidas hoy día, y de esbozar propuestas para mejorar la salud nacional. El esfuerzo combinado de los médicos particulares, del personal sanitario y de los organismos profesionales y profanos, ha obtenido una reducción alentadora en la mortalidad, principalmente en el período de la infancia. El envejecimiento de nuestra población dota de nueva importancia a los procedimientos aceptados para la conservación de la salud maternal e infantil, y a las nuevas medidas destinadas a mantener la salud de las personas en la edad lucrativa. La proporción mayor de personas de edad media y avanzada enfoca la atención en las especiales necesidades sanitarias del período en que predominan las afecciones crónicas como causa de incapacidad y mortalidad. Sucintamente, pueden sumariarse así ciertas necesidades específicas que revela la consideración de estos amplios problemas:

La mortalidad puerperal lanza un reto notable: con la asistencia adecuada puede impedirse de la mitad a dos terceras partes de la misma.

La mortalidad infantil del segundo al duodécimo mes, aunque revela descenso, podría disminuirse todavía más, hasta a la mitad, mientras que la del primer mes de la vida ha bajado poco, y también podría reducirse hasta en la mitad con asistencia adecuada de madre e hijo.

La mortalidad debida a las afecciones transmisibles agudas de la infancia ha sido reducida considerablemente, y puede reducirse más aplicando medidas conocidas de profilaxia y tratamiento. El tratamiento apropiado de los niños que padecen de reumatismo cardíaco devolverá a casi dos terceras partes una vida normal y ya se sabe que el tratamiento temprano de los poliomiélticos impedirá mucha incapacidad.

La introducción de métodos rápidos para determinar el tipo de la neumonía y la producción de sueros contra muchos tipos del mal, han revolucionado el tratamiento; hay que difundir esos beneficios de la terapéutica moderna.

Las muertes debidas a tuberculosis pueden reducirse en 50% mediante la vigilancia sanitaria de los obreros empleados en oficios que predisponen al mal, el descubrimiento de los casos incipientes, y adecuada asistencia médica e institucional en los períodos tempranos de la dolencia.

La incapacidad derivada del paludismo constituye un gravamen pesado para los trabajadores de los distritos rurales del sur, y la desorganización económica que ocasiona esa enfermedad, pone de relieve la necesidad de medidas adecuadas de lucha.

Cada año 518,000 nuevos enfermos de sífilis consultan a los médicos, y más de 500,000 más emplean automedicación o consultan a charlatanes. Además, la asistencia y rehabilitación de los dementes y ciegos a causa de infecciones pasadas no tratadas, impone una carga pesada a los fondos de beneficencia, seguro y socorro. Sin embargo, el diagnóstico y tratamiento de la sífilis está muy perfeccionado, y se ha demostrado que un plan de lucha puede reducir ese tributo en más de 95%.

Urge librar un ataque concertado contra las afecciones cardiovascularrenales, el cáncer y la diabetes, cuya importancia como causa de mortalidad e incapacidad va en aumento en los grupos de edad más avanzada.

A la luz de los elevados coeficientes de tuberculosis y neumonía en los obreros, y de las enfermedades debidas a los riesgos profesionales, son indispensables obras mayores en la rama de la higiene industrial.

Los problemas pro salud de las familias menesterosas y poco acomodadas necesitan estudio comensurado con su gravedad. La asistencia médica obtenida varía según el estado económico: los acomodados obtienen más; los pobres menos, a pesar de que los últimos padecen más enfermedad e incapacidad, y necesitan más (no menos) servicio.

La distribución ineficaz, y en algunos casos la falta de personal médico, odontológico y enfermeril, posee gravedad potencial para la salud de los que viven en los distritos rurales y pequeñas ciudades. Necesítase planeamiento nacional y regional en lo relativo a la expansión y construcción de hospitales. Un sistema eficaz de moderno servicio pro salud resulta imposible de no haber hospitales bien dotados que faciliten los medios necesarios para la medicina moderna.

Como nación, lo hecho para impedir los sufrimientos y conservar la salud y vitalidad, dista mucho de lo que podemos ya hacer con métodos comprobados y probados. La Comisión está convencida de que las obras actuales son inadecuadas para asegurar a la población de Estados Unidos la salud del cuerpo y del espíritu que puede y debe tener. Los adelantos sanitarios deben mucho a las epidemias o amagos epidémicos, a los brotes de enfermedades contagiosas en los escolares, a las inundaciones y otros desastres del pasado, pero no podemos permitir que el futuro de esos servicios continúe a merced de los accidentes de la historia. En los últimos años ya se han iniciado obras pro salud mediante esfuerzos bien planeados y dirigidos, pero ha más que llegado la hora de librar una lucha sistemática contra la enfermedad en un amplio frente. La Comisión declara que actualmente se necesita un plan nacional de salud, y que ha llegado la ocasión de desarrollarlo.

Responsabilidad del médico.—Hay en las funciones que toca cumplir al médico y sobre todo al cirujano en el conglomerado social de la humanidad del día, problemas muy difíciles, enormemente difíciles de resolver, y gigantes responsabilidades que cumplir; ánimo firme, corazón muy sereno y fuertes virtudes que le destaquen en una gran altura, pide al sujeto la sociedad humana. Su ciencia debe ser amplia y profunda, y ello constituye apenas, un rudimento de su personalidad; es sólo el primer peldaño de la escala de sus ascensos y los primeros pasos con que ha de traspasar el umbral del estrado, en que debe rendir la escena de su vasta función. Es claro que ante todo precisa tener un perfecto conocimiento del organismo, y una certera orientación en la ciencia del diagnóstico; sin ello no podría llenar el nombre ni vencer la misión, y sin esas bases jamás podría saber lo que busca, ni conocer lo que encuentra en los momentos a menudo difíciles, casi siempre angustiosos, y a veces trágicos de la ciencia operatoria.—LISANDRO LÓPEZ-VILLORIA, *Gac. Méd. Caracas*, 53, fbno. 28, 1938.

Cooperar para progresar.—Armonía, solidaridad y cooperación para conseguir una felicidad tan universal como sea posible. Hay que voltearle la espalda al muro de las lamentaciones y al prosaísmo derrotista. Hay que ir adelante, todos unidos, ofrendando generosamente nuestra capacidad y nuestros recursos, en prueba de nuestra inquebrantable adhesión a sagrados principios, a los principios compatibles con nuestra calidad de patriotas y de hombres de bien.—GUILLERMO ALMENARA, *Ref. Méd.*, 414, mayo 15, 1938.