

Hoy día, que la mayor parte de los investigadores que ocupan los puestos de mayor peligro han sido inmunizados, bien por medio de la infección fortuita o de la vacunación, hay motivos para esperar que ha terminado la serie de muertes. Recordemos con la gratitud más profunda, a los precursores que sacrificaron sus vidas a fin de inaugurar la nueva era de la investigación de la fiebre amarilla.

LA SANIDAD EN INGLATERRA Y SUS TENDENCIAS ACTUALES *

Por el Dr. GEORGE F. BUCHAN

Médico de Sanidad de Willesden, Inglaterra

Difícil decir cuándo comenzó la sanidad pública, pero probablemente es tan antigua como las comunidades humanas, sin que quepa duda de que los estragos de las epidemias hicieron comprender la necesidad de una acción comunal con miras a la protección de la salud pública; y con toda probabilidad la muerte negra de la Gran Bretaña en el siglo XIV, y la peste de Londres en el siglo XVII, han constituido factores importantes en el desarrollo de la sanidad en Inglaterra.

La sanidad pública tomó forma más precisa en la Gran Bretaña durante el siglo XIX, y es interesante observar su extensión tras cada ampliación de la franquicia electoral, y en particular en sus cuatro grandes expansiones, a saber, 1832, 1867, 1884 y 1918. Después de la extensión de 1832, comenzó la reforma de la ley de asistencia de los pobres en 1834, y la del Gobierno local en 1835, cambios esos seguidos de la promulgación de la primera ley de salud pública en 1848. A la extensión de la franquicia en 1867 siguió la ley de salud pública de 1875 que aún continúa siendo la carta sanitaria de Inglaterra. Tras la extensión electoral de 1884 vinieron en 1888 y 1894 nuevas reformas del Gobierno local, que crearon consejos condales e impusieron ciertas obligaciones sanitarias bien definidas a otras autoridades locales, y en particular a los consejos de distritos urbanos y rurales. La más reciente gran extensión de la franquicia tuvo lugar en 1918, cuando casi se triplicó el número de votantes parlamentarios, comprendiendo por primera vez a las mujeres, y ese último acto fué seguido por la ley de Gobierno local de 1929, que indica la tendencia actual de la administración sanitaria en la Gran Bretaña.

A pesar de la mucha legislación dictada durante el siglo actual, sin embargo, es un hecho que la ley dictada en 1875 constituye todavía la más importante medida sanitaria en los estatutos del país, abarcando higiene del medio ambiente, protección del público contra alimentos

* Leído ante la LX Reunión Anual de la Asociación Americana de Salud Pública, en Montreal, Canadá, sbre. de 1931. *Am. Jour. Pub. Health* 21: 1308 (dbr.) 1931.

insalubres, enfermedades infecciosas y establecimiento de hospitales para infecciosos, en tanto que autoriza al Ministro de Sanidad para dictar reglamentos relativos al dominio de dichas enfermedades. Es de conformidad con esa ley, que se ha obligado en los últimos años a las autoridades sanitarias a atender a la tuberculosis, las enfermedades venéreas, la oftalmía neonatal y la fiebre puerperal. De acuerdo con la misma, también es que las autoridades locales pueden mantener hospitales generales o especiales, pero todo dicho y hecho, dicha ley ha sido empleada principalmente para combatir las condiciones del medio ambiente, en lo que afectan a la salud, y para dictar medidas para la protección del público contra la propagación de las enfermedades infecciosas.

No fué hasta principios del siglo actual que comenzó a tomar forma una idea más personal de la salud pública. En 1902, dictóse la primera ley de comadronas, que a fin de proteger a las mujeres contra la asistencia inocta en el alumbramiento, exige que toda partera haya sido educada y certificada conforme a ciertas normas dictadas.

En 1907, se dictó la primera ley relativa a la notificación de los nacimientos, teniendo por propósito la declaración temprana de los mismos, a fin de poder ofrecer a tiempo consejo y ayuda a las madres con respecto a la crianza sana de los hijos. Como se suele hacer en Inglaterra cuando se va a probar una medida, ésta fué dejada al principio a la adopción voluntaria por las autoridades locales, pero en 1915 se hizo obligatoria para todas las autoridades. El próximo desenvolvimiento en la higiene personal, también corresponde a 1907, cuando se promulgó la ley obligando a tomar disposiciones relativas a la inspección médica de los escolares. Aunque esa ley contiene una disposición obligatoria acerca de la inspección, también comprendía otra opcional acerca del tratamiento, que hizo luego obligatoria la ley de educación de 1918.

En 1911 se dictó otra importante ley relativa a asistencia, a saber: la del seguro nacional de la salud, que obligó a todas las personas mencionadas (en general, todas las que tenían ingresos de menos de £250 al año) a asegurarse conforme a un plan nacional. Entre los beneficios otorgados por ese sistema de seguro del Estado, figuraban los médicos, es decir, tratamiento por un médico general. Dicha ley apenas puede ser considerada como preventiva, aunque figuran en ella algunas disposiciones, raramente invocadas, mas tal vez concebidas desde ese punto de vista. Sin embargo, esa ley reviste mucha importancia, pues un asegurado puede conseguir tratamiento inmediatamente al enfermarse, sin que le cueste nada; y también sirvió para iniciar nuevos planes relativos a la lucha antituberculosa, que que desde entonces se han aplicado a todo el país.

En 1918 se dió otro paso adelante con respecto al cuidado de la salud personal, al dictarse la ley de protección a la maternidad y a la infancia, facultando a las autoridades locales para establecer, previa aprobación del Ministro de Sanidad, el cuidado de las madres en ciernes y lactantes, de las criaturas, y de los niños pequeños, y conforme a esa ley es que se llevan a cabo todas las obras relativas a dicho asunto.

Unificación de las autoridades centrales y locales.—Como se comprenderá fácilmente, a medida que el Parlamento promulgaba rápidamente esas varias medidas para la protección de la salud pública, volvióse cada vez más manifiesta la necesidad de establecer alguna vigilancia oficial de su funcionamiento, y de ahí que en 1919 una ley del Parlamento estableciera el Ministerio de Sanidad, para encargarse de todas las funciones del Estado relativas a la salud pública y a la práctica de la medicina del Estado, ya preventiva o curativa. Con esa concentración de las obras médicas y sanitarias en un solo departamento central, se hizo igualmente manifiesta la necesidad de concentrar las funciones sanitarias de las autoridades locales en una sola autoridad local para cada zona, y en ese sentido, la ley del gobierno local de 1929 ya ha dado el primer paso, aboliendo las juntas de guardianes bajo las cuales se ha desarrollado en la Gran Bretaña el sistema de asistencia médica de los pobres, y transfiriendo todas sus atribuciones a los consejos de los barrios y de los condados, a fin de que éstos puedan más tarde incorporar dicho sistema con el servicio de sanidad que ya funciona en sus distritos. Esa ley entró en vigor en 1930, y sin duda ejercerá un influjo muy importante sobre el adelanto sanitario en la Gran Bretaña.

Ley de gobierno local de 1929.—Las principales disposiciones de esta ley pueden ser convenientemente discutidas bajo cuatro encabezados:

1. *Mejoramiento del gobierno local.*—La ley trata de hacer que las autoridades locales se basten para atender a sus funciones. También permite iniciar medidas que, a la larga, sólo dejarán una autoridad sanitaria local en cada zona, y no dos o tres como ahora, lo cual dependerá en gran parte de la prudencia y clarividencia de los consejos condales, a los que se conceden facultades muy amplias. Bien administrada, la ley allanará el camino para el establecimiento general de administración sanitaria en los barrios de los condados de todo el país. Esos barrios varían en población de unos 25,000 a más de 1,000,000 de habitantes, y el consejo de cada uno de ellos está obligado a administrar todos los servicios sanitarios de la localidad, lo cual en Escocia, pero no en Inglaterra, también comprende higiene mental. Dicha disminución en el número de autoridades sanitarias locales y la unificación de sus atribuciones, deben permitir una rápida extensión de las obras sanitarias.

2. *Extensión y mejoramiento de los medios hospitalarios.*—En toda extensión de las obras sanitarias, cada día aparece más manifiesta la importancia del hospital. Si la autoridad local se determina a establecer una clínica para el diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer, se necesitan camas de hospital, y lo mismo sucede si se decide a ofrecer asistencia a los niños reumáticos. Otro tanto cabe decir con respecto a todos los recientes adelantos de la administración sanitaria.

Parece, pues, que para el desarrollo apropiado de las obras sanitarias, es indispensable la fácil utilización de los hospitales. Antes de la vigencia de esta ley, había en Inglaterra y Gales hospitales generales y especiales voluntarios con 50,000 camas, que todavía continúan; hospitales generales para los pobres, con 120,000 camas, que han sido traspasados ahora a los consejos de los condados y los barrios de los condados convirtiéndose en hospitales municipales; y hospitales especiales de las autoridades locales para tuberculosis, enfermedades infecciosas, maternidades, etc., con 60,000 camas. Se observará, pues, que hoy día existen en el país 50,000 camas en hospitales voluntarios bajo administración privada, y 180,000 bajo administración pública. La ley de 1929 establece que sólo se extenderán esos hospitales en cualquiera zona tras consulta entre los administradores de los hospitales particulares y públicos de la misma. Hasta ahora, los voluntarios han sido los empleados para la enseñanza clínica, mas abrigó la esperanza de que la cooperación perseguida por la ley permitirá utilizar más los hospitales públicos para ese propósito, lo cual resultará beneficioso en todos sentidos, ofreciendo más material a los estudiantes, y tendiendo en particular a realzar y mejorar el personal del claustro de los hospitales públicos.

3. *Poner la salud pública a la disposición de toda la comunidad, independiente de la situación económica.*—Esto se ha hecho aboliendo las juntas de guardianes, que antes administraban la asistencia a los pobres, y traspasando sus atribuciones a las autoridades sanitarias. Esas atribuciones comprenden: vacunación, asistencia médica a domicilio para los indigentes mencionados en la ley, y mantenimiento de los hospitales para pobres. Las autoridades sanitarias quedan, además, facultadas para declarar que toda la asistencia que ofrecen no es en calidad de pobreza.

4. *Para mantener la salud.*—Dicha ley introduce otro elemento en lo tocante a mantenimiento de la salud, pues las autoridades locales reciben subsidios en masa para muchos propósitos, incluso sanidad, consignándose expresamente que se conceden con el claro acuerdo que la autoridad local mantendrá una pauta razonable de eficiencia y progreso en el desempeño de sus funciones sanitarias y, además, que el Ministro de Sanidad está autorizado a reducir dichos subsidios, si la salud de la comunidad o de cualquiera parte de ésta se ve amenazada, o es susceptible de ser amenazada, por cualquier acto u omisión de dichas autoridades. Como se verá, ofrécese así un aliciente económico bien definido a las autoridades locales, para que hagan cuanto esté a su alcance en pro de la salud de las comunidades que administran.

Tal vez se alegue que tan amplias disposiciones y concentraciones de obras sanitarias y médicas quizás conduzcan a un servicio médico del Estado, y no me sorprendería si así sucediera en lo relativo a servicio hospitalario, pues, como se verá, la inmensa mayoría de las camas de hospital quedan en manos de los representantes elegidos por el pueblo.

En cambio, la ley de gobierno local de 1929, no toca las leyes del seguro nacional de la salud, de acuerdo con las cuales se ofrece asistencia médica, cuyo elemento esencial es el médico particular, pues unos 15,000,000 de asegurados son atendidos por unos 15,000 doctores contratados para prestar tratamiento de un género que pueda, conforme a los mejores intereses del enfermo, ser debidamente administrado por un médico general de ordinaria competencia y destreza profesional. Esa forma de asistencia es, en cierto sentido, una práctica

particular, pues mantiene el principio de la elección libre entre médico y enfermo; pero también en cierto sentido es medicina del Estado, pues parte de la paga del médico sale de los fondos del último. En su forma actual, el servicio es principal, si no puramente, un servicio médico general, y aunque se ha considerado, todavía no ha madurado, su posible extensión, la cual es necesaria con respecto a servicios prestados por consultores y especialistas, hospitales, enfermeras y laboratorios de diagnóstico y tratamiento. Ese servicio y sus propuestas extensiones sólo se refieren al tratamiento de la enfermedad, pero algunos de los médicos del seguro ya van dedicando atención a la profilaxis, y tratan de mermar la enfermedad educando a los asegurados en higiene. Los pacientes se ven así alentados a solicitar los consejos del médico en cuanto al modo de mantenerse sanos, a consultarlo sin tardanza apenas se sienten mal, y a someterse a exámenes periódicos en otras ocasiones. De ese modo, médico y paciente cooperan a fin de descubrir la enfermedad en su período incipiente, y en la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de la salud, reconociendo el doctor que redundan en beneficio suyo el que no haya enfermos en sus listas.

Tal vez transcurran varias generaciones antes de que se establezca un servicio médico del Estado de dedicación completa, pero conviene observar que el médico particular se ve empujado cada vez más al servicio del Estado. La mayoría de los médicos generales no tienen puestos asalariados directamente bajo el Ministerio de Sanidad o las autoridades sanitarias locales, pero varias actas del Parlamento les imponen ciertas obligaciones, que pueden sumarse así:

1. Notificar los nacimientos dentro de 36 horas.
2. Expedir certificados de mortinatalidad.
3. Expedir certificados de defunción.
4. Denunciar casos de enfermedades infecciosas.
5. Denunciar casos de envenenamiento industrial.

Además, tal vez tenga que realizar cualquiera de los siguientes deberes:

6. Servir de médico del seguro.
7. Proveer asistencia médica y tratamiento a las clases más pobres del distrito en que reside.
8. Servir de vacunador público.
9. Expedir certificados de demencia.
10. Expedir certificados de debilidad mental.
11. Prestar servicios en casos de urgencia, cuando los requiera una partera, y de cuando en cuando, expedir certificados referentes al traslado de los casos infecciosos al hospital, desinfección, traslado y sepultura de cadáveres, etc.

A consecuencia de todos esos cambios y obligaciones públicas, el médico general en Inglaterra tiene que comprender cada vez más sus obligaciones como médico del Estado. La importancia de la profilaxis ya se le enseña en sus días de estudiante de medicina en

toda ocasión posible, y más recientemente se ha considerado la importancia de agregar la sanidad como asignatura al programa de estudios, mientras que antes se relegaba a un puesto secundario en la mayor parte de las facultades.

Tendencias.—Ya he indicado cuáles serán probablemente los frutos inmediatos de la ley de gobierno local de 1929, pero, a mi parecer, lo más importante en esa ley es que patentiza que la nación se da cuenta exacta de la necesidad de la salud, y se ha declarado en pro de esa política, siendo pues, probable que esa meditada declaración de la política favorecida por el gobierno y las autoridades locales, haga más en pro del adelanto sanitario que la promulgación de la ley misma. Uno de los primeros resultados de la aplicación de ésta será que el gobierno, que ya desempeña un papel en el fomento de la investigación, desempeñará un papel todavía mayor en el futuro, y que las autoridades locales, que poco o nada hacen en ese sentido, se verán incitadas por los hospitales, laboratorios y obras en campaña que dirigen, a participar en ese importante desenvolvimiento, pues de los resultados de la investigación es que depende todo adelanto médico y sanitario. En Escocia han creado un Consejo Asesor Científico de Administración e Investigación Médica, para que aconseje a la Junta de Sanidad. Recordando el elevado número de muertes anuales producidas por las cardiopatías, las afecciones del aparato respiratorio, el cáncer, la tuberculosis y las enfermedades del sistema nervioso, se verá cuanto tiene que hacer un comité de ese género.

Ya he bosquejado cuál es la tendencia actual de la sanidad en Inglaterra, pero me siento seguro de que el público, cuyo interés en la necesidad de salud ha sido completamente avivado, y cuyos representantes electos actúan con la intención manifiesta de conseguir salud para el pueblo, va a preguntar a la profesión médica: “¿Qué debemos hacer para ser sanos?” Al fin y al cabo, esa es la pregunta que nosotros, los consejeros sanitarios de las autoridades locales, debemos estar preparados para contestar. Aquí es que nos volvemos hacia el fisiólogo y le pedimos que nos aconseje en cuanto a cuáles son los procesos biológicos normales, y las condiciones bajo las cuales pueden ser mantenidos. Nos damos buena cuenta de que mientras más pronto en la vida se inculquen hábitos correctos, mejor y más fuerte y resistente será el producto adulto, y fué por esa razón que se iniciaron las obras de protección a la maternidad y a la infancia. Ciertamente es que ya poseemos clínicas prenatales, pero tienen más bien por propósito proteger a la parturienta, que conseguir que el niño, al nacer, ya haya sido debidamente alimentado en la matriz. Hay que convertir en hecho este concepto de la clínica prenatal, pues los procesos de la nutrición se ven profundamente afectados durante el período antenatal y en los primeros días de la vida, y la buena ali-

mentación y hábitos más adelante no compensarán del todo los errores cometidos al principio. Debemos volver a un estudio de los varios procesos de la nutrición y aprender la senda de la salud. Debemos tratar de reconocer los procesos esenciales que contribuyen a la vida salubre, y pedir al fisiólogo que se convierta definitivamente en higienista. Recientemente, en Inglaterra han constituido una comisión que aconseje al Ministro de Sanidad sobre la mejor forma de utilizar los recientes adelantos de la ciencia de la nutrición en pro de la salud pública, y esa comisión ya ha comenzado sus trabajos. Claro está, que no espera realizar el ideal de bosquejar buena salud continua para todos, pero estoy seguro de que hará algo en ese sentido.

EL SERVICIO SOCIAL EN LA ASISTENCIA DE LA INFANCIA ABANDONADA Y DELINCUENTE*

Por el Dr. ALBERTO ZWANCK

Buenos Aires, Argentina

Etapas de la vida.—La vida del hombre puede ser dividida en tres etapas: La primera, desde que el niño nace hasta la edad en que se lanza a la vida; la segunda, desde que el hombre produce hasta que llega a la senectud; la tercera, la etapa del hombre en declinación. La primera etapa puede ser considerada como carga social. Es el niño desde el momento que se concibe un capital en potencia, y por lo tanto hay que prepararlo para que llegue a ser útil y rinda para la colectividad. Funciones, no sólo del higienista, sino del pedagogo, para ponerlo en condiciones de eficiencia no sólo física, sino también material, sin descuidar el alma del niño que también debe desarrollarse. La segunda etapa, la etapa productiva de la vida, es una consecuencia de la primera. En ella, el hombre es lógicamente un valor económico. La tercera etapa, es la de la vejez.

Objetivos de la escuela.—Según una ley inglesa, la escuela tiene tres objetivos: 1º, la salud, 2º, formar el carácter, y 3º, formar hombres sanos, con almas sanas. En síntesis, ésta es también la finalidad de las obras de previsión y asistencia para salvar a la infancia de la delincuencia. Pedagogos y médicos conjuntamente deben realizar estas obras, pero la acción de ambos es insuficiente. Necesitan la ayuda del asistente social, del entendido en servicio social.

Formas de asistencia.—Cuatro formas de asistencia social se conocen: paliativa, preventiva, curativa, constructiva.

La asistencia paliativa existió durante siglos, llevada por los sentimientos a remediar la necesidad inmediata, sin mirar para atrás, sin saber lo que más tarde sucedería. Esta asistencia, que se concreta a la limosna con mano más or menos usurera, pasó a la historia. Hoy, la miseria ha sido estudiada en forma tal que sus causas directas

* Tomado del *Boletín del Museo Social Argentino*, obre.-dbre., 1931.