

tal vez resulte de momento costoso, pero a la larga es más barato que el tremendo costo de la delincuencia, el crimen, la pobreza y el desamparo, que son el inevitable resultado de los desajustes educativos.

Cuando los niños se hallan debidamente preparados para comprender las realidades sociales, la conocida desilusión y cinismo del adolescente, tan a menudo enlazadas con la mala salud mental tienen menos probabilidades de desarrollarse. La enseñanza hiperidealista debe ceder el puesto, por lo menos a una partícula de discusión realista.

Sin embargo, comprendase claramente que por mucho tiempo todavía la inculcación de actitudes apropiadas hacia las relaciones más íntimas, por ejemplo, las sexuales, puede ser realizada mejor por padres inteligentes y afectivamente adecuados. La escuela u otro organismo solamente puede actuar como sustituto, y casi siempre con resultados menos satisfactorios.

En nuestra compleja cultura, el período de la adolescencia resulta ser a menudo de intenso conflicto mental, y todo lo que pueda hacerse para aliviarlo tal vez sea un profiláctico directo de la indisposición mental. Probablemente conviene que la instrucción en higiene mental suministrada durante ese período sea por implicación más bien que explícitamente, aunque algunas escuelas superiores y colegios han aplicado con éxito el último método. Los "consejeros educativos" o "monitores" que han recibido completa instrucción en los principios de la higiene mental resultan de mucho valor, sea uno u otro el método utilizado, y deben formar parte integrante de toda institución pedagógica en que atiendan adolescentes. De ese modo la próxima generación de padres se hallará mejor preparada para criar hijos dotados de mentes sanas.

---

## CREACIÓN DE UN ÁREA DE NOTIFICACIÓN DE LA MORBIDAD \*

Por el Dr. R. C. WILLIAMS

*Sub-Cirujano General del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos*

En los Estados Unidos, se han propuesto varios planes para el establecimiento de una zona nacional de notificación de la morbilidad. En 1916 el Dr. J. S. Fulton, por entonces Director de Sanidad del Estado de Maryland, ofreció a la Conferencia de Directores de Sanidad de los Estados y Territorios con el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, un plan para el establecimiento de un "área de frecuencia conocida de las enfermedades," basada en los índices de mortalidad por casos. A ese efecto, calculó la mortalidad correspondiente al sarampión, la escarlatina, la difteria y la tifoidea en el cuatrenio 1912-1915, en los Estados que ya pertenecían al área de registro de la mortalidad en los Estados Unidos.

---

\*Comunicación a la XXIX Conferencia Anual de Directores Estadales y Territoriales de Sanidad con el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, celebrada en Washington, D. C., el 28 de abril de 1931.—*Public Health Reports*, mayo 29, 1931.

El Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos ha considerado por lo menos dos planes para el establecimiento de dicha área, ninguno de los cuales ha parecido del todo factible. A fin de fomentar las denuncias de los casos de enfermedades transmisibles, el Servicio tenía pensado conseguir informes, pagando a los Departamentos de Sanidad de los Estados 5 centavos por cada transcripción del parte primitivo de un caso, pero hasta la fecha, no ha podido conseguir fondos para dicho fin. Ese sistema tiene varios puntos a su favor: primero, permitiría al Servicio conseguir copias de los partes primitivos, los cuales serían de mucho valor para realizar estudios demografoepidemiológicos en masa, que sin duda rendirían mucha información importante; además, se remuneraría así al Departamento de Sanidad del Estado por su trabajo, aportando en algunos casos fondos casi suficientes para pagar a un empleado que dedicara todo su tiempo al fomento y mejoramiento de la notificación de las enfermedades.

Hace cosa de un año, el Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York propuso un plan tentativo para determinar la admisibilidad al área de registro de la morbilidad, cuya característica principal consistía en una comparación de la mortalidad en relación con los casos. Ese plan, modificado en gran parte, es el presentado ahora para consideración.

Después de completar sus computaciones, el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos descubrió que los Estados en que el índice morboletal indicaba la existencia de informes bastante buenos de morbilidad, eran precisamente los mismos que figuraban en la lista preparada por el Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York, aunque los cálculos se habían hecho de un modo distinto, y los años estudiados no eran idénticos.

A nuestro entender, el plan descrito a continuación puede ser puesto en efecto sin fondos al principio, y si lo aprueba esta Conferencia, es probable que pueda comenzarse dentro de pocos meses a conseguir informes de morbilidad del área establecida. El plan se basa: (a) en los medios que tiene a su disposición cada Departamento de Sanidad para compilar informes de casos de enfermedades notificables; y (b) en los índices morboletales para 5 enfermedades durante 3 años. Los requisitos son: (1) que el Estado forme parte de las áreas nacionales de registro de mortalidad y natalidad; (2) existencia de leyes que hagan la notificación obligatoria; (3) maquinaria que permita conseguir los informes y llevar registros de los mismos; (4) suficiente personal de oficina para realizar el trabajo necesario; y (5) deseo de cooperar en los esfuerzos realizados, a fin de conseguir informes más exactos y más completos de la morbilidad.

En el año 1930, a indicación del Servicio de Sanidad Pública, varios médicos estaduales y locales de sanidad realizaron estudios en 5 Estados, 35 ciudades y 101 condados, tratando de averiguar cuán completos eran los sistemas de notificación en empleo actual. En

general, esos estudios pusieron de manifiesto que algunas enfermedades son bien denunciadas en algunos Estados, a la par que mal denunciadas en otros, como sucede, por ejemplo, con la tuberculosis en todos los Estados. En general, la notificación de las enfermedades transmisibles fué menos exacta de lo esperado, y es dudoso que en muchos Estados los médicos de sanidad sean enterados de más de 50 por ciento de los casos sobrevenidos. El resultado de los estudios, en conjunto, no fué satisfactorio, principalmente debido a que en muchas jurisdicciones, el número de casos no bastaba para proporcionar datos fidedignos sobre la exactitud de las notificaciones.

Los resultados de este estudio de la forma más o menos completa que reviste la notificación de la morbilidad fueron tomados en consideración. Además, se analizaron los informes recibidos por el Servicio de Sanidad Pública en los años 1927, 1928 y 1929, tomando por base la relación de la mortalidad con los casos denunciados de difteria, sarampión, escarlatina, tifoidea y tos ferina. Para cada año y para cada enfermedad, se calculó un coeficiente de mortalidad, basado en todos los casos y muertes denunciados al Servicio de Sanidad Pública, de todos los Estados que forman parte del área de registro de la mortalidad. De ese modo, se consiguieron 15 pautas, cada una de las cuales representaba la mortalidad media en un año para una enfermedad, en toda el área de registro de la mortalidad. La recíproca de cada coeficiente de mortalidad para cada Estado, fué dividida por la recíproca de la pauta establecida, tabulándose después los porcentajes. Luego se promediaron éstos para 3 años, y de nuevo se promediaron esas medias para las 5 enfermedades. De ese modo, se obtuvo un porcentaje para cada Estado, basado en coeficientes de mortalidad trienal para las 5 enfermedades mencionadas. Los Estados que revelaban un promedio general de más de 100 por ciento (es decir, que acusaban una notificación mejor que el promedio indicado por los coeficientes de mortalidad), fueron clasificados como "standard" o modelo, mientras que los que no llegaban a un promedio de 100 por ciento, fueron clasificados como "substandard." Los coeficientes de mortalidad de cada una de las 5 enfermedades recibieron igual consideración.

Las listas siguientes revelan el resultado, después de aplicar el método bosquejado, que sólo se basa en el coeficiente de mortalidad:

ESTADOS CLASIFICADOS "STANDARD"

(Que superan el promedio de casos denunciados por cada defunción)

- |                          |                         |                       |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|
| 1. California.           | 9. Minnesota.           | 17. Rhode Island.     |
| 2. Connecticut.          | 10. Misisipí.           | 18. Carolina del Sur. |
| 3. Distrito de Columbia. | 11. Nueva Jersey.       | 19. Utah.             |
| 4. Illinois.             | 12. Nueva York.         | 20. Vermont.          |
| 5. Kansas.               | 13. Carolina del Norte. | 21. Virginia.         |
| 6. Maryland.             | 14. Ohio.               | 22. Washington.       |
| 7. Massachusetts.        | 15. Oregon.             | 23. Wisconsin.        |
| 8. Michigan.             | 16. Pennsylvania.       | 24. Wyoming.          |

## ESTADOS CLASIFICADOS "SUBSTANDARD"

(Inferiores al promedio de casos denunciados por cada defunción)

- |              |               |                          |
|--------------|---------------|--------------------------|
| 1. Alabama.  | 8. Indiana.   | 15. Nuevo Hampshire.     |
| 2. Arizona.  | 9. Iowa.      | 16. Dakota del Norte.    |
| 3. Arkansas. | 10. Kentucky. | 17. Oklahoma.            |
| 4. Colorado. | 11. Luisiana. | 18. Dakota del Sur.      |
| 5. Delaware. | 12. Maine.    | 19. Tennessee.           |
| 6. Florida.  | 13. Missouri. | 20. Texas.               |
| 7. Idaho.    | 14. Nebraska. | 21. Virginia Occidental. |

En los siguientes Estados, carecían de datos completos para los 3 años:

- |             |            |                  |
|-------------|------------|------------------|
| 1. Georgia. | 3. Nevada. | 4. Nuevo México. |
| 2. Montana. |            |                  |

Los cálculos se hicieron tomando el número de casos y muertes de cada enfermedad que fueron denunciados al Servicio de Sanidad Pública, pero se corrigieron las cifras correspondientes a Estados que se aproximaban a la línea divisoria, tomando las muertes que publica la Oficina del Censo.

En los tres años, el promedio de casos para cada muerte fué éste:

Difteria.....	11
Sarampión.....	106
Escarlatina.....	78
Tifoidea.....	5
Tos ferina.....	26

Esta tabla se basa en el conjunto de casos denunciados al Servicio de Sanidad Pública y el número de muertes publicadas por la Oficina del Censo.

Las tablas adjuntas ponen de manifiesto el método utilizado para obtener los porcentajes correspondientes a cada Estado.

*Ejemplos que revelan cómo se obtuvo el porcentaje para cada Estado*

## MAINE

Año y enfermedad	Casos denunciados	Defunciones inscritas	Casos denunciados por cada muerte inscrita		Porcentaje del "Standard"	Porcentaje medio de los 3 años
			Maine	Area de registro ("Standard")		
Difteria.....						76
1927.....	224	30	7.47	12.218	61	
1928.....	210	25	8.40	10.930	77	
1929.....	156	16	9.75	10.929	89	
Sarampión.....						83
1927.....	4,697	80	58.71	101.314	58	
1928.....	3,927	38	103.34	93.563	110	
1929.....	5,641	57	98.96	124.106	80	
Escarlatina.....						104
1927.....	1,550	36	43.06	82.308	52	
1928.....	1,165	17	68.53	77.439	88	
1929.....	1,386	11	126.00	73.073	172	
Tifoidea.....						127
1927.....	227	28	8.11	5.204	156	
1928.....	135	36	3.75	4.760	79	
1929.....	156	23	6.78	4.689	145	
Tos ferina.....						91
1927.....	1,584	75	21.12	24.193	87	
1928.....	1,290	54	23.89	25.863	92	
1929.....	665	38	25.39	27.052	94	
Promedio general de los promedios anuales para las 5 enfermedades.....						96

## NUEVA YORK

Año y enfermedad	Casos denunciados	Defunciones inscritas	Casos denunciados por cada muerte inscrita		Porcentaje del "Standard"	Porcentaje medio de los 3 años
			Maine	Area de registro ("Standard")		
Difteria.....						145
1927.....	17,421	1,002	17.39	12.218	142	
1928.....	13,674	876	15.61	10.930	143	
1929.....	10,816	663	16.31	10.929	149	
Sarampión.....						131
1927.....	26,658	197	135.32	101.314	134	
1928.....	75,808	598	126.77	93.563	135	
1929.....	30,007	195	153.88	124.106	124	
Escarlatina.....						144
1927.....	29,196	219	133.32	82.308	162	
1928.....	21,598	188	114.88	77.439	148	
1929.....	16,392	186	88.13	73.073	121	
Tifoidea.....						162
1927.....	1,659	190	8.73	5.204	168	
1928.....	1,613	205	7.87	4.760	165	
1929.....	1,195	167	7.16	4.689	153	
Tos ferina.....						135
1927.....	16,231	510	31.83	24.193	132	
1928.....	19,075	595	32.06	25.863	124	
1929.....	16,256	403	40.34	27.052	149	
Promedio general de los promedios anuales para las 5 enfermedades.....						144

Nos damos cuenta exacta de que este plan puede ser objeto de ciertas críticas. Arguyen muchas autoridades sanitarias que por variar tanto los coeficientes de mortalidad, no pueden desde luego ser usados exclusivamente para calcular la frecuencia de las enfermedades, y hay algunos datos que robustecen tal argumento. Sin embargo, el problema de perfeccionar la notificación de las enfermedades, y del establecimiento de pautas para ello, es sumamente complicado. Parece, pues, que por lo menos por ahora, algún plan como el bosquejado es el más práctico que puede ponerse en efecto. Posee, además, las ventajas de que puede aplicarse desde luego; que no necesita más fondos que los disponibles, y que puede modificarse para amoldarse a las variables condiciones del futuro.

Es lamentable que algunos Estados, que poseen magníficos Departamentos de Sanidad, y realizan buenos trabajos sanitarios, no figuren entre los que han alcanzado el patrón fijado. Algunos de ellos tropiezan con obstáculos locales, que dificultan la obtención de informes de morbilidad más que en otras partes. Sin embargo, a nuestro entender, la mayoría de los Estados de este país, con algún esfuerzo, pueden alcanzar pronto las pautas que aparecen en la tabla publicada.

El establecimiento del área de notificación de la morbilidad, no suplantará los informes recibidos, compilados y publicados actualmente. El Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos ya recibe y difunde información epidemiológica procedente de todos los Estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, Hawaii, Alaska, y las Filipinas, y no tiene la menor intención de abreviar esos informes, sino que

abriga la esperanza de que los informes expedidos se convertirán ahora en más útiles para los médicos de sanidad.

No se ha tomado ninguna disposición relativa a la admisión en el área, de ciudades pertenecientes a Estados que no figuran en ella, pero si algún Director Estadual de Sanidad desea que las ciudades de cierto tamaño de su Estado ingresen, con objeto de alentar al Estado en conjunto a conformarse a los requisitos establecidos, probablemente no sera difícil llegar a un acuerdo sobre ello.

Se tiene el propósito de que todos los Estados debidamente calificados, sean admitidos tentativamente, pero si no pueden facilitar los datos puntualmente y con rapidez razonable, no quedarán comprendidos en el área definitiva.

La decisión en cuanto a si conviene que establecer definitivamente la propuesta área de notificación de la morbilidad sobre la base descrita, o si debe demorarse su establecimiento hasta bosquejar algún plan más hacedero, queda a juicio vuestro. A falta de un plan mejor, recomendamos la aprobación del establecimiento tentativo de un área, a la que puedan ser admitidos los Estados que alcancen el patrón fijado para notificación de la frecuencia de las enfermedades, elevándose o variándose esas pautas según indiquen las circunstancias.

(La Conferencia aprobó unánimemente el plan bosquejado, para el establecimiento de un área de notificación de la morbilidad en los Estados Unidos.)

---

*La salud de la mujer.*—La salud es la que modela el cuerpo, formando relieves y curvando líneas; la salud es el hada invisible que con su aliento mágico va como la luz, poniendo colores en cuanto toca, y nacara las gargantas, tiñe de rosa las mejillas, pone púrpura en los labios y da brillo y fuego a los ojos; la salud perfecta es la que da al movimiento soltura y ritmo. En una palabra, la salud es la que despierta ese sentimiento profundo de simpatía, que se apodera de cuantos contemplan un cuerpo de mujer felizmente proporcionado, de entonación fresca y armónica y que respira el contento de vivir. La belleza no es más que una flor criada por la salud! Por ello, si la higiene tiende a conservar la salud, perfeccionándola, la higiene será la mejor creadora de la belleza. Atender, pues, los consejos que ella da y no desoir los ruegos de los médicos, será el mejor medio de conservar y perfeccionar la belleza de nuestro organismo. (R. Horno Alcorta, *Clínica y Laboratorio*, 339, abril, 1931.)

---

*Los resfriados y Franklin.*—Hace más de 150 años Benjamín Franklin declaró: la gente que vive en la selva, en pajares abiertos o con las ventanas abiertas no pescan resfriados. La enfermedad llamada resfriado se debe generalmente al aire impuro, a la falta de ejercicio o al exceso en las comidas.

---

*Médicos sudafricanos.*—En la Unión del África del Sur hay 2,232 médicos inscritos, pero de ellos sólo 1,650 ejercen su profesión, o sea 1 por cada 5,000 personas. La proporción varía de 1 por 50,000 en los territorios de los indígenas, a 1 por 1,500 o 2,000 en las poblaciones principales. De las 134 mujeres, casi todas residen en los centros urbanos, con excepción de algunas misioneras.