

CONFERENCIA DE DIRECTORES DE SANIDAD DE LOS ESTADOS Y PROVINCIAS DE NORTE- AMÉRICA

Por el Dr. BOLÍVAR J. LLOYD

*Director Médico del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos; Auxiliar del
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana*

Este organismo, constituido hace medio siglo, ha servido desde hace tiempo como un factor armonizante, unificador y normalizador en las obras sanitarias verificadas en los Estados y territorios de los Estados Unidos y en las provincias del Canadá. Desde 1900, cuando comenzó a reunirse anualmente con el Cirujano General del Servicio de Sanidad Pública y los funcionarios de dicho Servicio, sus conferencias conjuntas han servido para unificar las relaciones entre las autoridades federales y estatales, y entre los servicios federales de los Estados Unidos y del Canadá.

La Conferencia celebró su quincuagésima asamblea anual el 14 y 15 de junio de 1935, en Atlantic City, Nueva Jersey, presentándose varios trabajos interesantes y discutiéndose muchos problemas sanitarios. Además de representantes del Servicio de Sanidad Pública y de la Asociación Médica Americana, se hicieron representar la Fundación Rockefeller por el Dr. John A. Ferrell, y la Oficina Sanitaria Panamericana por el Dr. B. J. Lloyd, Auxiliar del Director. Entre los importantes trabajos leídos y discutidos figuran los siguientes:

Epidemias transmitidas por la leche.—Como muy pocas personas en los Estados Unidos hierven la leche antes de consumirla, se hace todo lo posible para que toda la leche vendida sea pasteurizada y, preferentemente, de grado A, aunque sin prohibir la venta de leche cruda de calidad igual o superior. En muchas poblaciones de las más pequeñas, todavía no existe una vigilancia eficaz sobre la producción y venta de leche, y hasta en las más importantes resulta a veces difícil higienizar por completo toda la leche o impedir en absoluto la venta de leche contaminada y sin pasteurizar. Debido a que la leche cruda certificada se contamina a veces, a pesar de las muchas precauciones tomadas, ese producto también se pasteuriza frecuentemente. Los departamentos de sanidad de 21 Estados denunciaron en conjunto 44 epidemias transmitidas por la leche, comprendiendo 1,382 casos con 47 defunciones durante el año 1934. Estuvieron representadas seis enfermedades distintas, a saber: difteria, diarrea-enteritis, escarlatina, angina estreptocócica, tifoidea y fiebre ondulante o brucelosis; y las muertes fueron éstas: dos de escarlatina, 15 de angina estreptocócica, 25 de tifoidea, y dos de brucelosis. Tres de esas epidemias se debieron a helados, y todas menos una tuvieron por causa leche sin pasteurizar, y en la ex-

cepción parece posible que se mezclara con leche pasteurizada leche que no lo había sido.

Vacunación e inmunización profilácticas.—El Dr. George W. McCoy, director del Instituto Nacional de Sanidad, dependencia del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, presentó una breve reseña de las aplicaciones y limitaciones de la vacunación y la inmunización como medidas profilácticas. El Dr. McCoy hizo notar que los patrones para productos biológicos varían continua y, a menudo, rápidamente. Por ejemplo, hoy día se observa una tendencia a emplear vacuna variolosa preparada por cultivo en el embrión de huevo. En los niños menores de seis años, se emplea extensamente una anatoxina precipitada con alumbre contra la difteria, mientras que en los mayores prefírese la toxina-antitoxina en tres dosis, debido a las desagradables reacciones locales u orgánicas que produce la anatoxina precipitada con alumbre. En el sarampión, si se emplea el suero de convaleciente cuando el niño se encuentra en el período de incubación, se obtiene inmunidad o sólo sobreviene un ataque leve de la enfermedad, que produce inmunidad. En la poliomielitis, ni la vacunación ni el suero de convaleciente parecen poseer suficiente valor para ser recomendados, en el estado actual de nuestros conocimientos. La vacunación antirrábica para los perros todavía entraña dudas o, por lo menos, no es del todo práctica.

En la discusión del trabajo del Dr. McCoy, el Dr. Lloyd recomendó la inmunización de todas las personas no inmunes que emigren a zonas infectadas por la fiebre amarilla, en todo lo posible.

Prevención de la ceguera.—Entre las causas más importantes de la ceguera en los Estados Unidos, se citaron la sífilis, la gonococia, el tracoma en ciertos distritos pobres y en particular entre los indios, y los accidentes industriales. Como profilácticos se recomendaron: el tratamiento temprano y persistente de la sífilis, en particular en la madre en ciernes; el mejoramiento de la nutrición y las medidas educativas en el tracoma; instilación de nitrato de plata al 2 por ciento en los ojos de los recién nacidos después de una limpieza meticulosa; y el empleo de dispositivos de seguridad en la industria. También se recomendaron medidas de educación higiénica en general.

Costo per cápita de las obras sanitarias.—Púsose de manifiesto que es sumamente difícil clasificar los gastos sanitarios para fines de comparación, o estipular cuánto debe gastarse per cápita en distintas circunstancias, y hasta cómo deben distribuirse esos fondos. Lo siguiente se toma de un trabajo publicado sobre este asunto por el Dr. Joseph W. Mountin del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos (véase el *BOLETÍN* de julio 1935, p. 687):

No siempre pueden armonizarse las definiciones de los servicios del personal y prácticas fiscales de los departamentos de sanidad de los Estados Unidos. No es raro que un empleado se dedique a dos o más funciones y, sin embargo, se pague su

salario exclusivamente de una partida. En algunas poblaciones, ciertos gastos se consideran como generales de administración, mientras que en otras se asignan a las distintas secciones. La mucha variación entre el mínimo y el máximo de los fondos asignados a los distintos servicios, puede deberse en parte a la importancia relativa que se les conceda localmente, pero es más probable que proceda a menudo de falta de uniformidad en definiciones y métodos de contabilidad. En particular en las poblaciones más pequeñas, el médico de sanidad puede ser también jefe del servicio de enfermedades transmisibles, y éste a menudo figura en la casilla de "administración." También puede existir cierto entrelazamiento entre saneamiento general y vigilancia de alimentos, drogas y leche, por hallarse esos servicios afines bajo la misma dirección, o la inspección en campaña puede ser verificada por las mismas personas, que trabajan sobre una base generalizada. La tabla siguiente presenta una comparación de esos gastos:

Comparación de los gastos totales y per cápita de los servicios oficiales de sanidad de Estados Unidos*

GRUPOS DE CIUDADES	AÑO	NÚMERO DE CIUDADES COMPRENDIDAS	POBLACIÓN TOTAL	GASTOS TOTALES	PRO-MEDIO PER CÁPITA (CENTAVOS)	GASTO MÁXIMO PER CÁPITA (CENTAVOS)	GASTO MÍNIMO PER CÁPITA (CENTAVOS)
Ciudades de más de 500,000 hab	1930	9	8,681,122	\$7,304,295.38	84.1	117.1	41.5
	1931	8	10,173,557	9,767,642.27	96.0	125.2	61.0
	1932	9	10,552,687	9,183,987.15	87.0	100.5	41.3
	1933	9	10,710,253	7,576,869.34	70.7	118.0	36.3
250,000 a 500,000 hab	1930	16	5,514,738	4,460,489.80	80.9	180.2	53.0
	1931	18	6,106,546	4,958,926.61	81.2	183.3	40.6
	1932	9	10,552,687	9,183,987.15	87.0	100.5	41.3
	1933	12	4,046,490	2,962,972.45	73.2	169.8	37.7
100,000 a 250,000 hab	1930	26	3,687,963	2,808,576.22	76.2	170.4	35.3
	1931	26	3,614,393	3,068,661.15	84.9	176.2	36.2
	1932	20	2,905,684	2,293,105.03	78.9	151.5	38.0
	1933	18	2,523,295	1,892,747.90	75.0	158.4	21.1
50,000 a 100,000 hab	1930	28	1,842,596	1,499,542.31	81.4	147.6	27.8
	1931	29	1,905,001	1,550,728.78	81.4	143.6	25.4
	1932	20	1,296,450	1,014,720.30	78.3	188.8	19.9
	1933	15	1,025,118	816,851.36	79.7	144.7	35.2
20,000 a 50,000 hab	1930	40	1,210,047	1,078,761.06	89.2	226.5	21.1
	1931	42	1,251,563	1,016,134.45	81.2	216.3	26.1
	1932	24	721,758	479,392.10	66.4	172.8	26.1
	1933	17	539,539	424,441.69	78.7	166.5	21.7
Ciudades de menos de 20,000 hab	1930	53	572,737	436,453.16	76.2	181.6	10.1
	1931	50	553,001	423,899.67	76.7	199.8	10.1
	1932	26	262,357	216,196.47	82.4	186.9	10.1
	1933	19	233,064	157,052.87	67.4	189.6	23.4

* Estos gastos no incluyen hospitalización, asistencia institucional, asistencia médica gratuita, recolecta y disposición de basuras. Comprenden los gastos de asistencia médico-escolar, pero no de educación física ni enseñanza higiénica por los maestros.

Aspectos sanitarios del tráfico interestadual.—En general, cabe decir que el saneamiento de los vagones, y en particular de los coches ferroviarios, ha alcanzado en los Estados Unidos una eficacia marcada. La eliminación de las excreciones alvinas de los viajeros ya no constituye el peligro para los abastos de agua que solía ser, ni se permite a las empresas que estacionen coches ocupados en las ciudades sin tomar las debidas precauciones para la disposición higiénica de los desechos humanos. Sin embargo, se hizo notar que los mayordomos de los comedores ferroviarios, que tienen a su cargo la compra de leche y otros alimentos, a menudo desconocen por completo la higiene alimenticia, y en una encuesta reciente casi ninguno de los interrogados conocía la diferencia entre leche certificada y pasteurizada.

Financiación de los departamentos de sanidad.—En un trabajo del Dr. F. D. Stricker, director de sanidad del Estado de Oregon, se discutieron a fondo las dificultades con que tropiezan los directores de sanidad al tratar de obtener fondos para sus departamentos. El Dr. Stricker dijo, entre otras cosas:

El médico de sanidad debe ser escogido teniendo más en cuenta su capacidad para invertir en forma eficaz el dinero de los contribuyentes, que su aptitud para conseguir grandes sumas. Tiene que dedicar demasiado tiempo a conseguir fondos suficientes para que el departamento funcione en forma moderadamente satisfactoria. En cada sesión legislativa, tiene que convencer a la comisión de finanza que sería desastroso dejar al departamento con menos fondos que los estipulados en el presupuesto. Es manifiesto que si va a mantenerse la eficiencia del departamento, debe adoptarse algún método más estable para conseguir fondos. Si las obras sanitarias son tan indispensables como creemos la mayoría de nosotros, no debe haber razón alguna para que no se obtengan suficientes fondos por medio de un impuesto fijo. Ya asegurado un ingreso preciso, podría establecerse permanentemente el plan de trabajos del departamento, tomando por base la eficacia. Todo impuesto resulta duro, pero esto no constituye razón alguna para que no pueda cobrarse una contribución fija para proteger la salud pública. Contando con una entrada precisa, los departamentos de sanidad podrían trazar un programa dentro del límite de su presupuesto. Los directores de sanidad deben colocarse en aptitud de decir exactamente lo que va a costar un programa sanitario mínimo. El público, sin duda, desea protección eficaz y, por supuesto, el costo de esa protección debe ser sufragado por los ciudadanos que van a ser protegidos. La dificultad estriba en que la mayor parte de los gastos son erogados por los que pueden pagar muy poco o nada. El costo debe ser distribuido de modo que cada rama del gobierno se haga cargo de una parte precisa en lo tocante a proveer suficientes fondos. Trátase de una obligación federal, estadual y local, todos deben compartir el costo. Sobre la localidad debe recaer el gravamen mayor. El Estado debe aportar una cantidad suficiente para mantener la supervisión. El Gobierno Federal debe ayudar a los Estados a implantar un programa nacional de protección higiénica. En ningún período de la historia de este país hemos encontrado una situación más difícil que la actual. Casi todos los departamentos estaduales de sanidad, no tan sólo han sufrido disminuciones enormes en los salarios, sino que en muchos casos se han visto obligados a reducir su personal y gasto de funcionamiento. La situación que nos confronta es si nos tenemos que atener a algún brote de enfermedad a fin de obtener suficientes fondos para la

necesaria protección sanitaria. En un apuro, no habría mayor dificultad en obtener fondos, pero mucho más importante que conseguir grandes cantidades de dinero para el dominio de las epidemias, es el establecimiento de un departamento que cuente con los recursos, no tan sólo para dominar, sino para impedir las epidemias.

El Dr. Stricker condenó acerbamente la tendencia en el sentido de que los departamentos de sanidad se sostengan cobrando honorarios por los servicios prestados, principalmente debido al antagonismo creado por esas prácticas, diciendo lo siguiente: "Pedir al departamento de sanidad que se sostenga a sí propio, es como pedirle a un individuo que se suicide, dándole a escoger el arma que desee."

Creación de una comisión de prácticas de los departamentos de sanidad.
—Del informe presentado por esta comisión, tómate lo siguiente:

Las autoridades de sanidad, más que nunca, sienten hoy día la necesidad de obtener datos de actualidad acerca del estado y prácticas de los departamentos de sanidad en toda la nación, que les sirvan de guía en los problemas que les confrontan en sus propias localidades. Extraño como parezca serlo, jamás se ha creado en este país un sistema nacional comprensivo para presentar datos de interés a los funcionarios sanitarios, aparte de los de morbilidad y mortalidad. Como principio, el comité acepta que un sistema comprensivo de información, para que sea eficaz y permanente, debe, tarde o temprano, convertirse en función de un organismo federal, que cuente con los recursos necesarios para recopilar datos de este género y ponerlos a la disposición de los interesados. El comité ha realizado un estudio preliminar para encontrar algunas bases fundamentales que expresen actividad y, al mismo tiempo, facilite datos que capaciten para contestar las consultas más habituales. Al analizar las consultas de los funcionarios sanitarios, se descubrió que las más de las veces versaban sobre los presupuestos de sanidad, viniendo después las relativas a personal. No existen definiciones aceptadas generalmente para los trabajos sanitarios, ni ningún patrón para anotar o presentar informes relativos a los servicios de los departamentos de sanidad. Aunque son dos de las más importantes medidas sanitarias conocidas, los abastecimientos de agua potable y el servicio de disposición de las inmundicias, no suelen figurar en los presupuestos de los departamentos de sanidad, pues están comprendidos en partidas especiales y quedan a cargo de departamentos especiales. Lo mismo reza con la disposición de la basura y desechos domésticos. Los servicios casi siempre representados como funciones de un departamento de sanidad son: administración; demografía; saneamiento general; vigilancia de los alimentos, drogas y leche; higiene infantil; enfermedades transmisibles; tuberculosis, afecciones venéreas; y laboratorios.

Mortalidad en las epilépticas.—En el Hospital Nacional de Alienadas de la Argentina, de 1913 a 1934 han fallecido 250 epilépticas, o sea una mortalidad de 4.77 por ciento. En la mayoría la muerte sobrevino en edad temprana, registrándose el máximo entre los 20 y 30 años. Entre las causas predominaron las pleuropulmonares agudas y crónicas con 40 por ciento, siguiendo las muertes por ataque o en estado de mal epiléptico con 25 por ciento, cardiopatías 14, afecciones gastrointestinales 10 por ciento, hepáticas 5, renales 2, y varias 4 por ciento.—J. ARANOVICH, *Rev. Asoc. Méd. Arg.*, 345, mzo. 1935.