

Resumen del Trabajo Realizado por la Dirección General de Sanidad de Chile Durante los Últimos 6 Meses del Año 1925

El Dr. John D. Long, Asesor Técnico de la Dirección de Sanidad en el Ministerio de Higiene de Chile, llegó de los EE.UU. y comenzó su trabajo el 13 de julio de 1925. El Director General, el Asesor Jurídico, el Secretario y otros oficiales dependientes del servicio de sanidad se asociaron inmediatamente al Dr. Long a fin de practicar un estudio completo de la organización existente, y de las leyes y reglamentos bajo las cuales se aplicaba, como una tarea preliminar a su reorganización y modernización.

El primer punto que se abordó con éxito fué la inclusión en la nueva Constitución, que se elaboraba en aquella época, de un artículo que provee y garantiza el mantenimiento de un Servicio Nacional de Sanidad, y asegura al mismo tiempo una base constitucional al funcionamiento de dicho servicio. Se visitó con este objeto al Presidente Alessandri, y después de amplia discusión de diversas proposiciones, se aceptó y quedó incluido en la Constitución y ratificada sin cambio alguno en el plebiscito celebrado el 30 de agosto de 1925, la siguiente:

“El ejercicio del derecho de propiedad está sometido a las limitaciones o reglas que exijan el mantenimiento y el progreso del orden social y, en tal sentido, podrá la ley imponerle obligaciones o servidumbres de utilidad pública en favor de los intereses generales del Estado, de la salud de los ciudadanos y de la salubridad pública” (art. 10, inciso 10).

Quedó incorporado también en la Constitución que: “Es deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país. Deberá destinarse cada año una cantidad de dinero suficiente para mantener un servicio nacional de salubridad” (art 10, inciso 14).

Basado en esta autoridad constitucional, se elaboró el Código Sanitario.* En la confección del nuevo Código Sanitario se prestó debida consideración a las leyes y reglamentos ya existentes. Las experiencias y resultados obtenidos en otros países fueron también liberalmente utilizados. El Código fué adaptado de tal manera de formar un conjunto legal y administrativo de procedimientos usados por el Gobierno. Se reconoció a la sanidad pública como una profesión o

* Publicado en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente al mes de enero de 1926.

especialidad, y se prestó debida atención para formar un cuerpo de oficiales sanitarios que deberán consagrar la mayor parte de su tiempo a sus deberes oficiales desde que entre en acción el Código, y que al fin del quinto año le será absoluta y totalmente prohibido el ejercicio de la profesión, debiendo en consecuencia consagrar todo su tiempo exclusivamente a estos deberes oficiales.

Las remuneraciones de los empleados técnicos se fijaron en términos razonablemente tan bajos como era posible, tomando en consideración el hecho de que la práctica privada llegaría a ser al cabo de corto tiempo prohibida, esto es, como se ha dicho ya, que estos empleados deberán consagrar todo su tiempo a sus tareas oficiales y que no dispondrán de otras fuentes de entrada para la subsistencia de la mayoría de estos empleados.

El sueldo básico de los oficiales sanitarios se fijó, después de un estudio prolijo de los sueldos percibidos por los oficiales del mismo servicio en los EE.UU., Cuba, Panamá, las Islas Filipinas y los países latino-americanos que tienen ya un servicio sanitario análogo al que se provee en el Código Sanitario. Se considera de fundamental importancia la parte del Código que se ocupa de la creación del cuerpo técnico de oficiales sanitarios, provee a estos oficiales de sueldos razonables, les garantiza su promoción al mismo tiempo que les asegura su puesto de empleado y les obliga a consagrar todo su tiempo a su trabajo. Esta es en realidad la piedra fundamental en que descansa todo el resto de la obra.

Es la experiencia de todos los países, lo mismo que la de Chile, que los empleados sanitarios que consagran solamente una parte de su tiempo a esa clase de trabajo, no es satisfactoria. El resultado inevitable de este trabajo que podríamos llamar de ocasión es que ni el estudio de la mortalidad ni el de la morbilidad se efectúa en condiciones útiles para asegurar una disminución.

El Código Sanitario estuvo listo y fué presentado al Ministro de Higiene el 4 de septiembre de 1925. Después de un prolijo estudio de parte de la Sociedad Médica, de la Facultad de Medicina y de una comisión especial designada por el Ministro de Higiene, hubo el acuerdo unánime para recomendarlo, y se le adoptó sin cambios materiales.

El Código Sanitario fué incorporado a la ley de la República el 13 de octubre de 1925. Inmediatamente después de adoptado el Código, se comenzó el trabajo de organización, en conformidad a las disposiciones que él encierra. Se practicó un examen físico de todos los oficiales y empleados existentes, y a aquellos que se encontraron

físicamente incapacitados para el trabajo, se les recomendó su jubilación en conformidad a las leyes. Los que se encontraron físicamente aptos fueron sometidos a un estudio cuidadoso de sus antecedentes y capacidades especiales por varias comisiones designadas por el Director General, y solamente después de ese extenso estudio, se les designó para los diversos puestos que deberán servir. Tan pronto como los nombramientos fueron presentados y aprobados por el Gobierno, se designó a los diversos oficiales las estaciones en que deberían servir.

La República entera fué dividida en 10 zonas sanitarias; esta división fué posteriormente aprobada por el Presidente de la República. Se formó un esquema de organización y se preparó un gráfico, que ilustra y explica el tipo de organización adoptado. El esquema de la organización provee de servicio sanitario todas las regiones de la República por medio del establecimiento de las zonas sanitarias en las ciudades suficientemente pobladas para mantenerlas; por la provisión de distritos sanitarios municipales en otras ciudades cuya ubicación hace favorable que se combine su servicio con dos o más ciudades comprendidas en el distrito; y por sub-divisiones de la zona sanitaria en lo que designamos "Divisiones Sanitarias". Estas divisiones pueden contener de una a cuatro pequeñas municipalidades, que por sus condiciones financieras existentes son incapaces para mantener un servicio por sí solas. Las comunidades o ciudades que comprende una división sanitaria deben dejar aparte del 5 al 10 por ciento de sus entradas brutas para el servicio sanitario, contribuyendo el Gobierno con una suma igual desde el momento en que las municipalidades hayan dado su consentimiento para la formación de la división sanitaria.

Prosiguiendo las actividades arriba mencionadas, se consagró atención preferente a la confección de los reglamentos para la aplicación de la ley.

El primer reglamento que se dictó fué el de la Sanidad Marítima y de las Fronteras, que habrá de prevenir la introducción de enfermedades de otros países por medio del comercio internacional. Este reglamento está basado y preparado en conformidad a las provisiones del Código Sanitario Panamericano, tratado este último, preparado y firmado por los delegados de 18 de los 21 países que constituyen la Unión Panamericana.

El Código Sanitario Panamericano ha sido ratificado hasta el momento por los siguientes países, en orden a su ratificación: Primero los EE.UU.; 2° Cuba; 3° Perú; 4° Chile; 5° Costa Rica; 6° Nicaragua; 7° Honduras; y, por informaciones recientes, podemos asegurar que

varios otros países lo ratificarán también en un espacio de tiempo bastante corto. El objeto del Código Panamericano es la introducción de un método normal—*Standard*—de sanidad internacional en el hemisferio occidental, con el fin de prevenir el desarrollo de enfermedades de importancia internacional, y contribuir al mismo tiempo a la eliminación de esas enfermedades internacionales de los países donde todavía existen. El tratado autoriza específicamente la implantación de aquellas medidas a fin de obtener la protección más eficaz en contra de la enfermedad, eliminando al mismo tiempo toda molestia o retardo en las comunicaciones y al comercio internacionales.

El reglamento de las cuarentenas que ha sido adoptado y puesto en práctica ha sido arreglado de tal manera de conformarse estrictamente a las provisiones acordadas por el tratado, y está calculado de tal manera de producir el más alto grado de protección compatible con el mínimum de molestias o retardos para las comunicaciones y el comercio internacional.

Se han preparado y adoptado también reglamentos para la fiscalización de la importación, distribución y venta de drogas a las cuales se habitúa el hombre, tales como el opio y sus derivados; la coca y los que de ella se derivan. Este reglamento está de acuerdo con las ideas y prácticas más modernas al respecto y tiene por objetivo limitar el uso de aquellas drogas y sus derivados exclusivamente para usos medicinales; es, pues, más amplio que el tratado del opio firmado en Ginebra. El tratado de Ginebra limita el tráfico internacional de tales drogas solamente en términos generales y no va a la raíz misma de la materia, esto es, a limitar su producción en las naciones donde se produce, a las necesidades puramente médicas del mundo entero.

Se han preparado igualmente reglamentos para la práctica y ejercicio de la medicina y otras ramas del arte de curar. Estos reglamentos están basados también en las prácticas más modernas e indirectamente establecen el principio de que el médico práctico tiene responsabilidades bien definidas para con el público, exigiendo que cada médico debe informar a propósito de cada caso de enfermedad transmisible a la autoridad sanitaria correspondiente, y además, que debe tomar medidas adecuadas para proteger la salud pública. Se hace responsable también al médico del aislamiento adecuado en la casa de los enfermos que sufren de enfermedades contagiosas, y de la desinfección adecuada durante el curso de la enfermedad, a fin de prevenir el desarrollo de la infección a otros miembros de la familia del enfermo o a otras familias. El reglamento llama también la atención de los médicos a la necesidad de instruir a sus clientes

durante el ejercicio profesional en materias que tienen relación con la higiene y la salud pública, y particularmente a la necesidad de la vacunación antivariólica sistemática, a fin de prevenir la viruela.

Se han dictado también reglamentos para la prohibición de la prostitución así como los medios que la fomentan, y reglamenta las medidas legales para la supresión efectiva de este vicio comercializado y diseminador de enfermedades.

También se han preparado y aprobado los reglamentos administrativos para la conducción interna de la Dirección General de Sanidad, y están ellos en vigencia. También se han detallado y definido las funciones y deberes del personal administrativo, y los métodos y procedimientos se han definido en tal forma que hagan el trabajo más expedito en las diversas divisiones y secciones y se mantenga un promedio de eficiencia administrativa relativamente alto. Un gráfico, en el cual se demuestran las funciones y deberes de los diversos departamentos y secciones del servicio de sanidad en general, se ha preparado de tal manera, que con sólo una mirada al gráfico, cada empleado, sea superior o subalterno, pueda fácilmente determinar la naturaleza de sus funciones y deberes, y la base legal sobre la cual descansan tales funciones y atribuciones.

En la división de ingeniería sanitaria se está preparando un conjunto de reglamentos relativos a la construcción y mantenimiento de alcantarillados en ciudades pequeñas, aldeas y distritos rurales o casas aisladas que estén situadas en tal forma que no tengan acceso a un alcantarillado general. Estos reglamentos incluyen una gran innovación en la forma de la disposición de los alcantarillados, de tal simplicidad que pueden ser construídos hoy por cualquier particular con un costo relativamente bajo. No puede haber duda en cuanto a la eficiencia del sistema mencionado, ya que varios cientos de miles de instalaciones similares han sido construídas en otros países, en condiciones de terreno casi idénticas a las de Chile, con resultados muy satisfactorios. Los referidos reglamentos están en estudio y dentro de un corto tiempo, estarán listos para su aprobación y promulgación.

También se está preparando un Código Sanitario Municipal. Este Código Sanitario se basará en las ordenanzas sanitarias existentes hoy en las principales ciudades de la República, en las disposiciones generales del Código Sanitario Nacional, y en experiencias adquiridas en las ciudades más modernas de otros países que hayan tenido que afrontar problemas similares. El Código Sanitario Municipal cuando esté completo será presentado a la ciudad de Santiago para su aprobación y adopción; y se espera que servirá como modelo a las demás

ciudades de la República con las modificaciones insignificantes que se hagan necesarias, según las condiciones de cada ciudad. El Código Sanitario Municipal dará especial fuerza al establecimiento de reglamentos estrictos sobre la producción de leche y otros alimentos, e impondrá medidas adecuadas que permitan con el tiempo la provisión de buena leche desde los varios puntos de vista de pureza, calidad e imposibilidad de la transmisión de enfermedades infecciosas. Todos los demás factores de importancia sanitaria serán tratados en el Código Sanitario Municipal de acuerdo con las experiencias más modernas que hayan tenido resultados satisfactorios.

También se preparan reglamentos concernientes al examen físico de los niños en los diversos colegios de la nación, y se proveerá un formulario en el cual se han de apuntar los exámenes físicos y sus resultados. Se espera, como resultado de los exámenes físicos que se harán, que la mayoría de los defectos físicos de los niños se descubrirán en sus primeros años, y los padres deberán tomar las medidas que se consideren necesarias para aliviarlos, sea por medio del médico de la familia, del hospital, o del dispensario, según las necesidades de los casos individuales. Además de los exámenes físicos de los niños, los reglamentos también proveerán medios para remediar los defectos de los edificios de las escuelas que se denuncien o descubran.

En resumen, se puede indicar que dentro de los últimos seis meses se ha provisto a Chile de las garantías constitucionales necesarias a la mantención y funcionamiento de un servicio nacional de salubridad adecuado; con una ley orgánica que provee el servicio y autoridad necesarios al funcionamiento eficiente y con la organización y reglamentos indispensables para la aplicación de medidas sanitarias que eran de gran necesidad.

Además, se ha establecido una escuela para la preparación y educación de enfermeras de sanidad pública. Con este fin se ha adquirido un local adecuado, que ahora se adapta a las diversas necesidades de esta escuela. Se espera poder inaugurar este establecimiento durante el mes de marzo de 1926. Se ha contratado una directora muy competente y con muchos años de experiencia en el ramo de enfermera, para que se haga cargo de este establecimiento; tiene alrededor de 20 años de experiencia en los EE.UU., México, y Panamá, y conoce a fondo el idioma y las costumbres de las personas con quienes tendrá que tratar.

Durante los seis meses a que se refiere este informe, el Director General de Sanidad y el Asesor Técnico han hecho un buen número de visitas a diversas partes de la República de Chile, con el fin de

estudiar las condiciones sanitarias, las organizaciones sanitarias existentes, sus métodos de funcionamiento y las causas dominantes de morbilidad y mortalidad. Un resultado de estas visitas ha sido la conclusión general a que se ha llegado, de que la morbilidad y mortalidad son por lo general mucho más altas de lo que debieran ser; que las provisiones de agua potable, como regla general, son insuficientes en cantidad y de calidad muy impura, en el sentido de que están frecuentemente expuestas a contaminarse por infecciones humanas.

Se han dado numerosas conferencias públicas. Por lo general, el público ha demostrado interesarse intensamente con todo lo concerniente al mejoramiento de la salubridad pública. El interés y entusiasmo demostrados han sido, sin excepción, muy alentadores. Este hecho ha traído la convicción de que una organización sanitaria adecuada y bien conducida, producirá, sin la menor duda, inmediatos y satisfactorios resultados en la disminución de la excesiva morbilidad y mortalidad, existentes en toda la República.

Como una prueba de lo que puede conseguirse en la reducción de la morbilidad y mortalidad, es suficiente indicar que más o menos el primero de agosto de 1925, se principió una campaña para exterminar la mosca común, en la ciudad de Santiago, campaña que luego se extendió a las ciudades de Talca, Concepción, Valparaíso y otras. Los resultados obtenidos han sido muy satisfactorios y las autoridades sanitarias abrigan la convicción, que el público en general reconoce, de que las moscas son mucho más escasas en las ciudades mencionadas durante esta temporada de verano de lo que habían sido anteriormente.

En Santiago, la única ciudad donde existen o se pueden conseguir estadísticas, se ha visto el siguiente resultado de la campaña de exterminación de la mosca, de la cooperación del Intendente Municipal en el aseo de las calles y remoción de las basuras, y de la campaña de salubridad pública que se ha efectuado por medio de la prensa y de numerosas conferencias: La mortalidad infantil en la ciudad de Santiago durante los últimos 6 meses de 1925 fué 45.4 por ciento inferior a la correspondiente al mismo período de 1923, y 31.4 por ciento inferior a la correspondiente a la última mitad de 1924. Esto es, han muerto 1,417 niños menos en los últimos 6 meses de 1925 que en el mismo período de 1923, y 780 niños menos que en 1924. Los resultados citados anteriormente sólo pueden considerarse como altamente satisfactorios, especialmente cuando se toma en cuenta que han sido obtenidos casi sin autorización legal, y con muy escasos recursos financieros. No es demasiado esperar que se obtengan con el tiempo resultados igualmente satisfactorios en toda la República, tan pronto

como la organización, provista por el Código Sanitario Nacional, esté en pleno funcionamiento.

Para concluir, es conveniente llamar la atención sobre otra medida que no puede dejar de producir resultados muy satisfactorios en la reducción de la excesiva mortalidad infantil, por medio de la adopción de medidas que se describirán brevemente, pero que desgraciadamente no están dentro del poder del Servicio Nacional de Salubridad. Estas medidas son las siguientes: Hay un buen número de hospitales en la República de Chile. Sólo en la ciudad de Santiago hay disponibles alrededor de 3,500 camas. Un estudio cuidadoso de las estadísticas y numerosas conferencias con médicos y especialistas, han demostrado que la mortalidad infantil en Chile constituye aproximadamente una tercera parte de la mortalidad total. De los niños que mueren antes de llegar a la edad de un año, aproximadamente 60 por ciento mueren durante el primer mes de la vida. Si las madres de esos niños pudieran ser admitidas en el hospital más o menos 10 días antes del nacimiento de la guagua y retenidas allí de tres a cuatro semanas después del nacimiento del niño, la excesiva mortalidad durante el primer mes de vida podría reducirse sin duda alguna, en un 80 a 90 por ciento. Tal reducción traería la consiguiente disminución en la mortalidad del país de 32.8 por mil, aproximadamente, a 27 por mil.

No es demasiado esperar que las otras medidas que se tomarán por medio de las enfermeras de salubridad pública y otros ramos del servicio de higiene, traerán una reducción aún mayor en los once meses restantes del primer año de vida de los niños, y en esta forma se producirá una reducción de la mortalidad general que representaría una economía de 29,200 vidas para el país. En los numerosos hospitales que existen, bastaría un pequeño esfuerzo para reservar el número necesario de camas para atender a las necesidades de las futuras madres, lo que efectuaría la salvación de vidas arriba indicada. A este respecto Chile tiene una oportunidad excepcional para reducir su mortalidad total en forma muy marcada y dentro de un corto período de tiempo.

Se ha efectuado un progreso muy notable en el mejoramiento de la provisión de agua potable, debido al despertar de la opinión pública, y a la cooperación prestada por el departamento de Obras Públicas, la División de Agua Potable de la ciudad de Santiago, y de la Inspección de Aguas Potables y Desagües.

Las ciudades más adelante mencionadas pronto tendrán toda su provisión de agua potable esterilizada por medio del cloro. Los

aparatos necesarios ya han llegado para algunas ciudades y se han hecho los pedidos de aparatos y repuestos necesarios para las restantes. Las ciudades son las siguientes: Santiago, Los Leones, San Antonio, Talca, Cartagena, San Carlos y Coquimbo.

Se entiende que las ciudades de Ovalle, Los Leones, San Antonio, Constitución, Melipilla, San Felipe, y Los Andes, que tenían agua potable insuficiente, o han aumentado su provisión de agua potable, o la aumentarán dentro de poco hasta obtener una cantidad suficiente para todas las necesidades domésticas. Una comisión de ingenieros trabaja en hacer los estudios necesarios de las posibles fuentes de provisión de agua, como preliminar para la construcción de un sistema nuevo de agua potable para la ciudad de Valparaíso.

