

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 compendiosos, sólo los autores son solidarios de las opiniones vertidas, a menos que conste explícitamente lo contrario

Año 13

SEPTIEMBRE de 1934

No. 9

LA SANIDAD EN COLOMBIA*

Por los Dres. ENRIQUE ENCISO* y ALEJANDRO VILLA ALVAREZ*
Director Técnico Nacional, y Administrador General de Higiene, respectivamente

Este informe describe las labores realizadas por el Departamento Nacional de Higiene de Colombia en el período transcurrido desde el 1° de diciembre de 1931 hasta el 31 de agosto de 1932, que comprende exactamente la reorganización llevada a cabo entonces por el Gobierno.

El año pasado se caracterizó para el servicio de higiene pública nacional por importantes reformas en su parte administrativa. El aumento de la población; el incremento de las relaciones políticas y comerciales con otros países y los compromisos contraídos con ellos en asuntos sanitarios; las nuevas colonizaciones; el fomento y creación de industrias nuevas y la mayor amplitud de los consumos; el más alto patrón de vida en algunas clases sociales, y en síntesis el conjunto de factores que reforzándose recíprocamente hacen y demuestran el desarrollo de un pueblo nuevo; esto y el notable avance de las ciencias profilácticas y de los métodos de sanidad universales, tenían que hacerse sensibles en la organización oficial de la higiene de Colombia. De varios lustros a esta parte, fué precisa una mayor atención a esta rama de la administración, y así como del sistema de juntas de higiene, casi exclusivamente asesoras, se pasó al de dirección con más amplias facultades de reglamentación y mando, y los métodos de inspección sanitaria fueron casi absorbidos por los de acción social y educación popular, en los gastos públicos se efectuó el ascenso de pequeñas partidas a sumas cuantiosas. Hizose entonces patente la necesidad de complementar el organismo encargado de la higiene pública con una administración propia. La nueva orientación arranca del 1° de enero de 1931, en que, en reemplazo de la antigua Dirección, empezó a funcionar el Departamento Nacional de Higiene. La ejecución de esta ley hizo notar un grave defecto. Aunque incorporó al Departamento Nacional de Higiene la Dirección Nacional de Lazaretos, conservó la autonomía de ésta, de manera que, prácticamente, continuó extraño al jefe del Departamento el problema que, por múltiples motivos, era y continúa siendo el de mayor importancia en la higiene nacional. Quizás por esta razón, y seguramente por muchas otras, quiso el legislador facultar al Gobierno para una completa reorganización del ramo de higiene, y así lo hizo por medio de otra ley.

* Tomado del informe (1931-32) del Departamento Nacional de Higiene presentado al Ministro de Gobierno. Los Dres. Enciso y Villa Alvarez cesaron en sus respectivos puestos el 27 de enero de 1934. El informe anterior del Departamento Nacional de Higiene fué publicado en el BOLETÍN de abril 1932, p. 351.

A la reorganización establecida caracterizan las siguientes cualidades recomendables en todo servicio; unidad, acertada división del trabajo, y centralización. Ésta se justifica, aunque sólo sea para enfocar los problemas y permitir su visión panorámica, de donde puede resultar su resolución armónica. En la reorganización interna, se ha procurado con especial empeño: control único; dar facultades suficientes a los encargados; conseguir especialización en las distintas ramas; cooperación, a fin de que, en lugares donde el Departamento no tiene em-

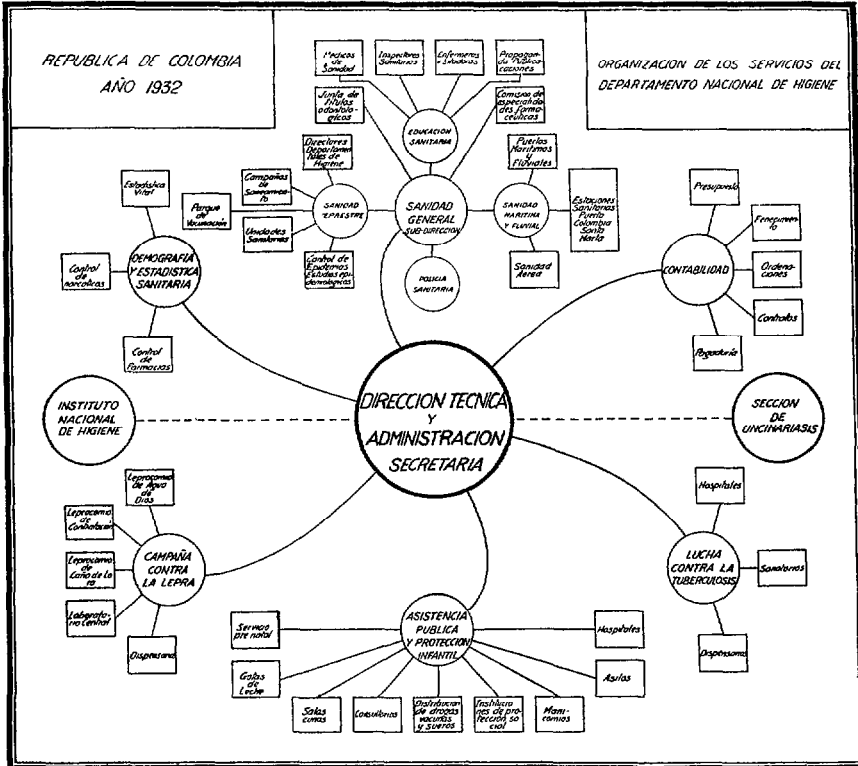


FIGURA 1.—Organización del Departamento Nacional de Higiene de Colombia, 1932.

pleados para determinados servicios, valerse de otros; y generalización, pues algunos servicios adolecían de carácter demasiado local. Dentro de las normas anteriores, se han dictado resoluciones que en la actualidad presentan al Departamento como un organismo formado por las siguientes partes: dirección técnica, administración, secretaría, higiene general, protección infantil, lucha antituberculosa, campaña antileprosa, contabilidad, estadística, y asistencia pública.

Sanidad general.—La sección de Sanidad General o Subdirección es una de las más importantes, y a su frente se encuentra el subdirector,

quien tiene a su cargo el control general de educación sanitaria, sanidad terrestre, sanidad marítima y fluvial, y policía sanitaria. Para la preparación del personal sanitario se cuenta con la Escuela de Enfermeras Visitadoras, y para la de inspectores sanitarios con organizaciones como las unidades sanitarias. Se han hecho algunas gestiones para la organización de una Escuela de Higiene, aprovechando los servicios del Instituto Nacional de Higiene y la colaboración de los jefes de las distintas secciones. Como base de información y propaganda se edita la *Revista de Higiene*, publicación mensual, y por su parte la Sección de Uncinariasis publica otra más pequeña, *Salud y Sanidad*, dedicada especialmente a la educación escolar. Además, se han hecho grandes ediciones de folletos especiales de propaganda científica.

Sanidad terrestre.—Como punto preferente, ésta tiene a su cargo el control de endemias y epidemias, para lo cual cuenta con los servicios de un médico epidemiologista y con la colaboración de los directores departamentales e intendenciales de higiene. Varios sistemas se han ensayado para luchar contra las enfermedades endémicas y epidémicas, y buscando algo más eficaz se orientó el Departamento por la formación de unidades sanitarias. Para iniciarlas, se escogió a Puerto Liévano por la importancia que tiene como lugar de paso hacia la capital de la República y porque, siendo una población en formación, resulta más fácil tratar de solucionar desde su comienzo los problemas. Siendo el paludismo el principal problema, se aprovechó el generoso ofrecimiento de la Fundación Rockefeller de contribuir con un 50 por ciento de los gastos de una campaña contra esa enfermedad. Hasta el 15 de julio había atendido el personal de la Unidad Sanitaria a 866 personas, de las cuales 76 por ciento resultaron positivas en la sangre, y un 80 por ciento según el índice esplénico. Como enfermedades asociadas se encontró la anemia tropical en 38 por ciento, el tricocéfalo en 32, la ascariasis en 14, y amibiasis en 13 por ciento.

Sanidad marítima y fluvial.—Se atiende con personal suficiente al estado sanitario de los puertos marítimos y fluviales mediante la inspección sistemática de las embarcaciones que en ellos tocan. Especial atención se ha prestado a la campaña sanitaria contra el mosquito, y al control en general de todas las enfermedades que pueden comprometer la limpieza de los puertos. Mediante una resolución aprobada por decreto ejecutivo, se han reorganizado los servicios sanitarios en los puertos unificando su dirección, haciendo inspeccionar los trabajos por un experto en la materia, haciendo responsable a cada médico jefe ante el Departamento Nacional de Higiene, y economizando en los gastos de personal de nómina para dar mayor amplitud a los recursos destinados a material de saneamiento y progreso efectivo. Para los servicios cuarentenarios se cuenta con las Estaciones Sanitarias de Santa Marta y Puerto Colombia. Por

la especial importancia que tienen las relaciones comerciales por la vía aérea, se presta diligente atención a la inspección de las naves que sirven el comercio.

Educación sanitaria.—El Departamento ha procurado comprender en sus labores todos los medios posibles de educación, empezando por la preparación del personal, pues las Facultades de Medicina no han alcanzado a hacer especialización en esa rama. Las Cámaras Legislativas están dando curso a un importante proyecto de ley sobre creación de una Escuela Superior de Higiene. Se ha procurado mejorar la preparación de las enfermeras visitadoras, y al efecto se reorganizó la escuela de las mismas ampliando el plan de estudios, fomentando la práctica en hospitales y en dispensarios, mejorando la remuneración de los profesores, y acrecentando su número. Sería muy útil entrar también en la formación del inspector de sanidad, para lo cual se ha estudiado la posibilidad de crear una escuela, pero tropezando con la falta de fondos. Entretanto, se ha adoptado como sistema someter a los aspirantes al entrenamiento previo. En la educación popular se han puesto en práctica los medios propios de las secciones de protección infantil y lucha antituberculosa, y de los grupos de enfermeras visitadoras. Un medio de propaganda muy útil es la distribución de folletos con indicaciones escritas y dibujadas, y hasta ahora se han editado cinco sobre tuberculosis, tifoidea, viruela, enfermedades venéreas y difteria. Se ha pensado en otros medios muy eficaces de divulgación en estas materias, tales como el cinematógrafo y las ambulancias. Por lo demás, se ha procurado que toda la correspondencia que sale lleve noticias e informaciones científicas.

Epidemia de Muza.—En toda la cordillera comprendida entre Yacopí al sur hasta Pauna al norte, desde comienzos de 1932, se presentaron epidemias, algunas de ellas de carácter muy serio, que alarmaron a los habitantes por creer que se trataba de fiebre amarilla. A fin de combatirlas se enviaron comisiones médicas a varios municipios. Las conclusiones del médico epidemiologista, Dr. Moreno Pérez, fueron que esas epidemias eran de paludismo pernicioso con una mortalidad bastante alta, a juzgar por los muy deficientes datos. (Véase el BOLETÍN de abril 1932, p. 353.)

Ictericia en Santa Marta.—Los casos de ictericia febril que con alguna frecuencia se presentan en la zona bananera, motivaron el envío por parte de la Fundación Rockefeller a principios de 1931, del Dr. G. H. Ramsey, quien llevó a cabo estudios epidemiológicos. Una nueva comisión ha continuado esos estudios. (Véase el BOLETÍN de julio 1933, p. 696.)

Río Magdalena.—De abril a noviembre de 1931, el Dr. J. Peláez Botero, médico bacteriólogo de la comisión contra endemias, y el Dr. M. A. Robledo, médico de sanidad de Puerto Berrío, visitaron 29 pueblos y caseríos en las riberas del Río Magdalena, haciendo estudios en relación con paludismo, pian, sífilis, fiebre recurrente, helmintiasis, leishmaniasis y ectoparasitismo, rindiendo un amplio informe. Entre 1,745 casos estudiados predominaron: el paludismo con 788; pian, 273; sífilis, 170; verminosis, 250; amibiasis, 129; ascariasis, 74; lambliasis, 20; carate, 18; sarna, 10; y fiebre recurrente, 24. Este trabajo hizo resaltar la necesidad de atender a esos núcleos de población, y de ahí la unidad sanitaria

fancia: Manuel María Camargo y José Ignacio Barberi. En 1907 se fundaron los asilos de enajenados que hoy existen y el de indigentes, lo cual fué un gran paso, por separar a locos, degenerados y mendigos. También se establecieron casas de salud de iniciativa particular, y la Sociedad de Cirugía concibió la construcción del Hospital de San José. Con esas obras y la construcción del Hospital de San Juan de Dios, quedó asegurada la asistencia pública en Bogotá. De 1910 a 1920 se fundaron, por iniciativas particulares, algo más de 30 instituciones dedicadas en su mayor parte a protección infantil. Una de las principales instituciones en esta obra ha sido la Sociedad de San Vicente de Paúl, que cuenta con establecimientos como los talleres de María Auxiliadora. También pueden mencionarse en el orden de su fundación: Salas de Asilo, 1906; Dormitorio del Cinerama, 1910; Círculo de obreros católicos, 1911; Oratorio Festivo de Don Bosco, 1914; S'ervas de la Sagrada Familia, 1918; y Casa Protectora de Niñas 1919. Si la labor era completa referente a los niños huérfanos, tratándose de los hijos del pueblo en general quedaba un gran vacío, y de ahí la enorme mortalidad infantil de 300 por 1,000. Para atender a esa necesidad, Montaña, Montoya, Torres y Bejarano fundaron el primer consultorio externo para lactantes y niños de corta edad, y las gotas de leche en 1919. De 1920 a 1931, la Cruz Roja Nacional ha organizado salas cunas en diferentes sectores de la ciudad, y mantiene dos consultorios gratuitos y un puesto de socorros con visitadoras. Las Hermanas de los Pobres atienden a los ancianos, y el Asilo del Sagrado Corazón aloja a las personas que carecen de recursos, pero que son hábiles. En otras muchas ciudades del país existen magníficos hospitales, asilos para indigentes, manicomios, orfanatos, etc. En 1925 el Congreso expidió una ley que incorporó la asistencia pública al ramo de la higiene, sometiendo a una misma reglamentación todo lo relativo a la protección social.

A fin de hacer efectiva la vigilancia sobre los establecimientos de asistencia pública, en 1932 se expidió un decreto reglamentando la inspección de los mismos. Las entidades oficiales no se han limitado a contribuir con auxilios, y su programa en los últimos años abarca la medicina preventiva, y de ahí la creación de la Escuela Nacional de Enfermeras, centros de protección infantil, clínicas dentales, servicio médico escolar, etc. El control de las enfermedades contagiosas en general, y especialmente de las venéreas, la tuberculosis, el paludismo, etc., forman parte del programa. Los resultados inmediatos han sido la baja de la mortalidad, reducción de algunas enfermedades contagiosas y aumento del promedio de la vida. Falta todavía mayor conexión entre las diferentes instituciones de asistencia social por no haber una dirección central, lo cual corregirá en gran parte la creación de la jefatura de asistencia pública. La Cruz Roja ha prestado uno de los contingentes más decididos en el terreno de la higiene y salubridad públicas, reuniendo los medios y las características para agrupar las mejores voluntades. En la fundación de comités seccionales el Departamento Nacional de Higiene ha puesto interés extraordinario. Trátase, pues, de una obra de difusión, que el Departamento quiere llevar a todos los rincones del país.

Protección infantil.—Este servicio venía prestándose desde 1929 en virtud de un contrato celebrado con la Sociedad de Pediatría, que se rescindió por común acuerdo en 1931, con el propósito de reorganizar

la sección de protección infantil como parte integrante del Departamento. Las mayores ventajas de esta sección se esperan de su influencia educadora y de la extensión de sus actividades al resto del país. Mediante una activa labor, ya empieza a organizarse la protección infantil en varias ciudades, como ha sucedido en Cúcuta, Tunja y Florencia, a donde se han enviado visitantes. Otro tanto se proyecta hacer para El Magdalena, Bolívar y el Atlántico, y a la lista hay que agregar El Huila, Nariño, Tolima, Cauca y el Valle, que también han dado vida a servicios semejantes. Esta sección se ha preocupado por levantar un censo completo de todas las institu-

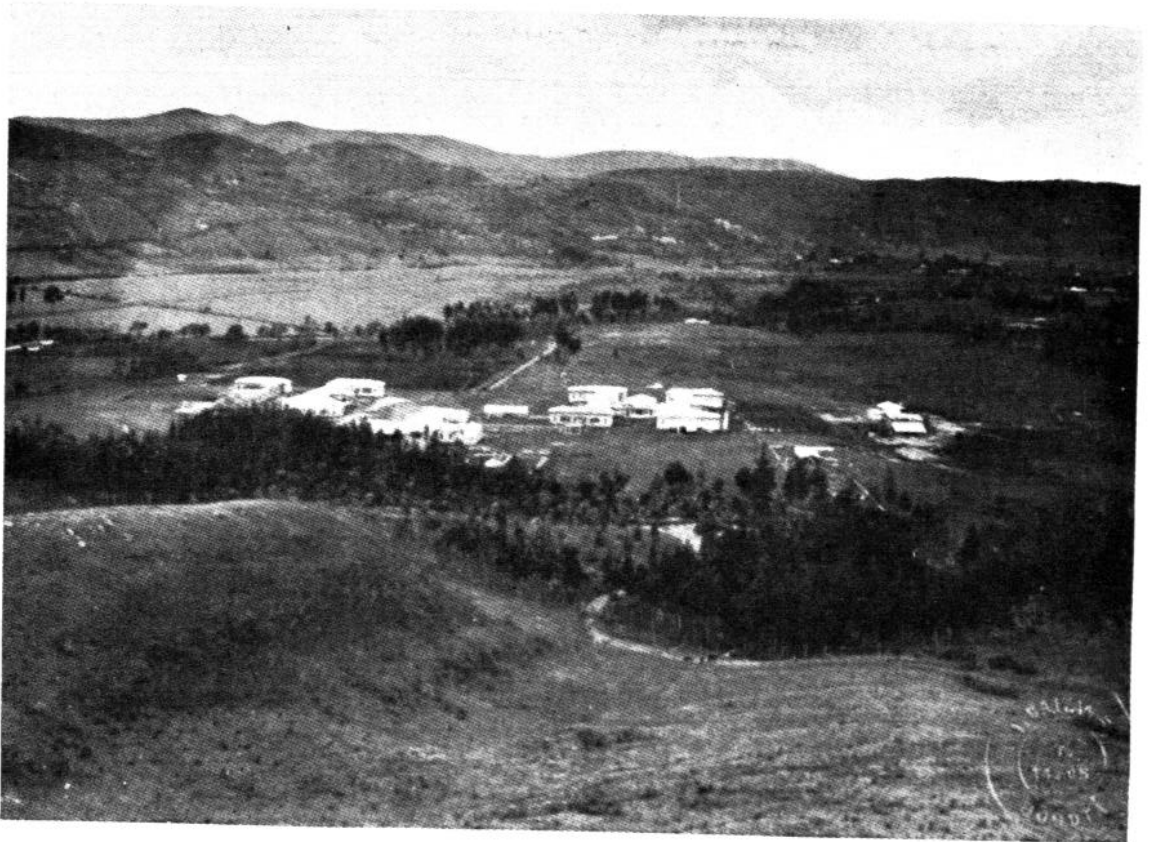


FIGURA 3.—Hospicio de Sibaté.

ciones que existen en la República con el objeto primordial de favorecer al niño. La mortalidad infantil sigue teniendo en Colombia un índice muy alto, y es indispensable destinar partidas suficientes para una lucha intensa, extendiéndola a las regiones más apartadas, ya que por el estudio de las estadísticas se deduce que mueren por lo menos el doble de los niños que realmente deberían morir. Funcionan como anexos de esta sección un consultorio prenatal y un dispensario para niños. En cinco meses, se atendió en el primero a 645 futuras madres, y en el segundo a 2,000 casos. El consultorio ha establecido vinculaciones con otros establecimientos, tratando de allanar dificultades, unas veces a la madre y más comúnmente al niño.

Campaña contra la lepra.—Podría calcularse en 20,000 más o menos el total de leprosos en el país, lo cual representa un coeficiente de 2.5 por 1,000 habitantes, verdaderamente alarmante. Suponiendo que la mayoría estuvieran aislados y que no ascendiera el total sino a 15,000, el coeficiente todavía sería de 1.88 por 1,000, que se aproxima más a la realidad, porque en Colombia hace 50 años que el aislamiento es obligatorio. El número de leprosos sometidos a tratamiento en los tres lazaretos hasta agosto de 1932 asciende a 4,443 sobre un total de 7,347 reclusos. De 1919 a 1931 entraron en los lazaretos 8,216 enfermos y murieron 4,892, quedando en existencia a fines de 1931, 7,554. La existencia aproximada de niños sanos menores de 15 años que viven en el Lazareto de Agua de Dios en contacto íntimo con los enfermos, es de 1,338. El aumento efectivo de los enfermos viene a ser de 277 al año en los últimos 12 años, y en los últimos 10 años la nación ha gastado en los lazaretos un promedio anual de 1,626,763.94 pesos, o sea unos 246 pesos por enfermo. Cuando se contempla la enormidad e importancia del problema, su solución parece superar a la buena voluntad y fuerzas, pero un hecho muy significativo ha logrado cambiar el aspecto, pues un tratamiento cura la mayoría de los casos recientes, y en cierto tiempo convierte los casos infecciosos en no infecciosos. En un grupo de 648 tratados particularmente en el Lazareto de Agua de Dios, se ha obtenido un 24 por ciento de curaciones en cuatro años. La experiencia demuestra que el establecimiento de clínicas-dispensarios para el tratamiento voluntario de los casos incipientes es más efectivo que el aislamiento obligatorio. Por otra parte, siempre será imposible económicamente aislar más de cierto número, pues para aislar convenientemente a 15,000 enfermos se necesitarían 3,690,000 pesos al año, o sea la décimo parte del presupuesto nacional. Hoy día, de la partida de higiene y asistencia pública se invierte 75 por ciento en el sostenimiento de los lazaretos. Tan urgente es atacar la lepra como la tuberculosis, la sífilis y el paludismo, las últimas más extendidas y causantes de mayor número de víctimas. La tuberculosis es 100 veces más contagiosa que la lepra y responsable del 10 por ciento de la mortalidad general. Debemos optar por el camino más corto y económico. Que la nación continúe invirtiendo 10 por ciento de su presupuesto en la lepra está bien, pero es preciso que los departamentos y municipios contribuyan también eficazmente. Toca a los legisladores dar el primer paso para que sus normas sean conocidas en todo el país. Un proyecto presentado al Congreso orienta la campaña hacia esa meta, y si tales disposiciones se consagran en una ley constituirán uno de los factores más valiosos para la higiene, pues se alcanzarán dos fines inmediatos: primero, la cooperación de los departamentos y municipios y, segundo, que por medio de los dispensarios antileprosos la acción de las auto-

tidades sanitarias se extenderá a todo el territorio del país, suministrando servicios sanitarios que hasta ahora no ha tenido.

Lucha antituberculosa.—A pesar de la enorme importancia que presenta la lucha contra la tuberculosis, los esfuerzos realizados no corresponden a la magnitud del problema. Para dar mayor fuerza y establecer el contacto indispensable con las diferentes instituciones,

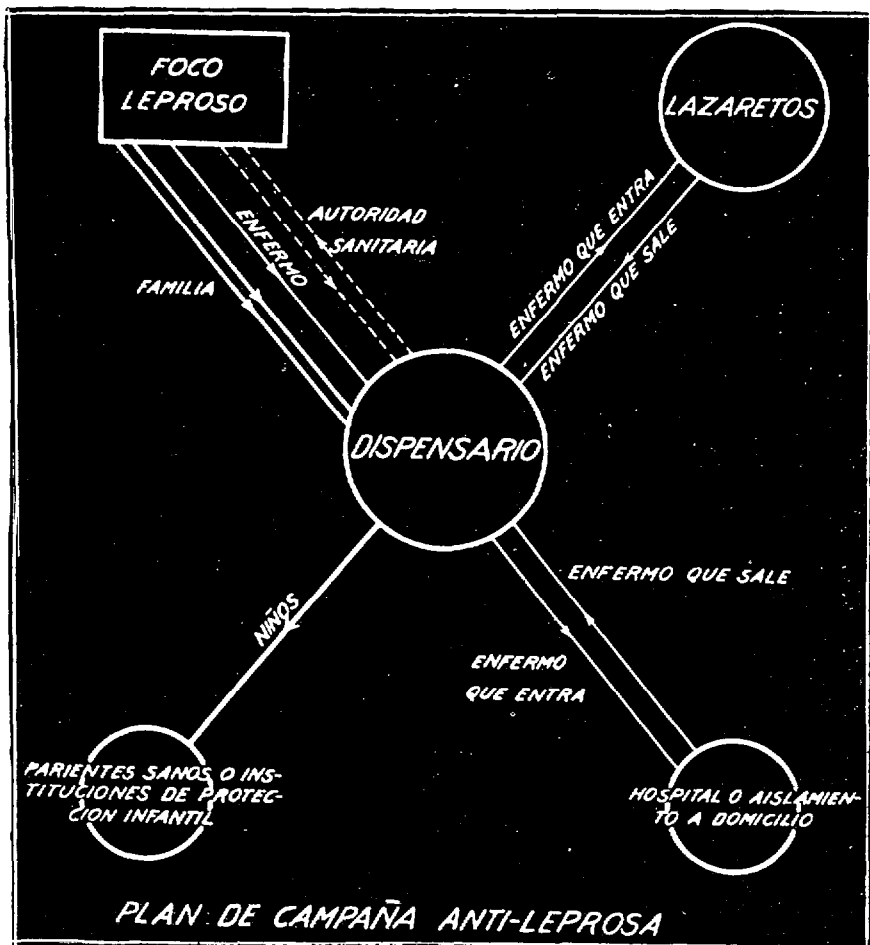


FIGURA 4.—Plan para la lucha contra la lepra en Colombia.

se creó una sección a cargo de un distinguido especialista, que fomentará la lucha antituberculosa en todo el país. Al ejemplo de otros países, se podría organizar un comité central o nacional, en el cual deben figurar, además de las autoridades de higiene, algunas políticas y eclesiásticas, la Cruz Roja y distinguidas personalidades médicas. Este comité central organizaría en los departamentos

comités seccionales y buscaría la manera de crearse recursos. También organizaría la venta del timbre antituberculoso, que en otros países ha dado tan magníficos resultados. La acción directa la ejercerá cierto número de instituciones, cuyos reglamentos dictará la Dirección Nacional de Higiene. Esas instituciones se agruparán alrededor del centro, que es el dispensario, siendo sus satélites: el hospital sanatorio, sanatorio propiamente dicho, el preventorio, y asilos campestres para hijos de tuberculosos. Los resultados publicados sobre la vacunación antituberculosa son lo suficientemente halagadores para intentarla. No ignoramos las polémicas suscitadas, pero hemos llegado a la conclusión de su absoluta inocuidad y de los benéficos resultados en las poblaciones donde ha sido empleada en gran escala.

El Departamento Nacional de Higiene ya ha adelantado mucho en la lucha contra los factores indirectos, supervigilando los planos de las nuevas urbanizaciones y alojamientos. Su acción deberá ir mucho más allá, tratando de controlar la alimentación de los jornaleros. Desgraciadamente, la lucha contra el pauperismo queda fuera de su alcance. Para determinar el grado de impregnación tuberculosa, precisa llevar a cabo en nuestras principales ciudades la cutirreacción a la tuberculina por medio de las direcciones departamentales de higiene, en escuelas, cuarteles, fábricas, etc. De una manera general, se puede planear un dispensario para toda ciudad de más de 10,000 habitantes, un servicio para tuberculosos en los hospitales importantes, y un sanatorio estratégicamente situado para uno o más departamentos limítrofes. Las demás instituciones se distribuirán de acuerdo con las necesidades de cada centro de población. El Departamento emprenderá un estudio de nuestra legislación para buscar la expedición de nuevas leyes, como la del seguro social, que cubra la tuberculosis; una ley obligatoria para departamentos y municipios haciéndoles destinar partidas en su presupuesto; y modificación de las leyes existentes en cuanto a declaración obligatoria de las enfermedades, etc. La sección ha iniciado sus labores organizando un dispensario modelo y poniendo especial atención a las visitas domiciliarias. Con el fin de proveer a la extensión de estas labores, la sección ha estado en continua comunicación con los gobernadores y directores departamentales de higiene, y se han hecho jiras a distintos sitios.

Lucha antivenérea.—Hace más de 20 años el municipio de Bogotá creó una consulta externa destinada a los pobres, para tratamiento especialmente de las enfermedades venéreas. Atendían allí hombres y mujeres, pero principalmente a las mujeres públicas obligadas a inscribirse. Esa organización duró hasta 1916, en que se fundó el dispensario de Cundinamarca, y quedó establecido que el municipio de Bogotá se encargaría de las enfermedades venéreas en los hombres

y el Departamento atendería a lo relacionado con la prostitución, procurando hospitalizar a las mujeres atacadas. En la clínica municipal en 33 meses trataron a 5,160 pacientes, a un costo por persona de 4.20 pesos al año. La Asamblea Departamental ha aprobado este año una ordenanza sobre lucha antivenérea, y en el presupuesto de 1932-33 se asignan 62,000 pesos para la lucha antivenérea, autorizando a la Junta General de Beneficencia para tomar a su cargo la organización, incluso profilaxia. Con los mismos propósitos, se han establecido instituciones semejantes en las principales ciudades del país. El programa es en general el mismo, con excepción de las ciudades de Medellín y Pereira, en donde existen verdaderos institutos profilácticos, los cuales no solamente persiguen la curación de los pacientes, sino principalmente la obra de protección social, elevando el nivel moral y educando al público. La actual organización presenta una laguna, pues queda una parte de la comunidad que no tiene a donde concurrir para su tratamiento, y ese grupo, el más numeroso, está compuesto de todas aquellas mujeres que ejercen la prostitución clandestina. Según cálculos aproximados, de 10 a 13 por ciento de ellas están infectadas de sífilis, y de 40 a 60 por ciento de blenorragia. Para corregir el mal, siquiera en parte, el municipio exige certificado de sanidad a todas las personas que trabajan en establecimientos públicos, y les facilita el tratamiento. Además, los consultorios prenatales examinan sistemáticamente a las embarazadas, y la Cruz Roja Nacional trata gran número de pacientes. El Departamento Nacional de Higiene ha contribuído a la lucha, ordenando que el Instituto Nacional de Higiene Samper y Martínez ejecute cuantos análisis soliciten el municipio y los consultorios de la Cruz Roja y suministrando drogas, y últimamente ha dado especial empuje a la parte educativa. La partida de 7,000 pesos en el presupuesto nacional para la lucha antivenérea, apenas alcanza para atender en parte dicha propaganda.

Viruela.—Esta enfermedad ha costado a la nación mayor número de vidas que todas las guerras unidas desde la conquista, pues de ella murió el 90 por ciento de la población indígena durante las dos primeras epidemias en 1566-87, y en las cuatro más que hubo hasta fines del siglo xvii. La expedición enviada por Carlos IV en 1804 alcanzó a vacunar a más de 100,000 personas, y desde entonces se conservó el fúido vacunal, vigilado por una junta principal de vacuna. En 1815 y 1840 aparecieron otras dos grandes epidemias, traída la primera por los soldados españoles y la segunda por el movimiento de tropas ocasionado por la guerra civil. Las autoridades se vieron obligadas a fundar hospitales en las principales ciudades, y en los campos no había casa de pobre en que no hubiera uno o más enfermos. En 1843 se dictó una ley sobre propagación y conservación del virus vacunal, que derogó las disposiciones dictadas en 1811 y 1841, encargando al Ejecutivo Nacional del asunto. El resultado fué que se acabaron las oficinas de vacunación que funcionaban en las principales ciudades, y por descuido se perdió el virus conservado por la Gobernación de Bogotá. Debido a esto se suspendió por algún tiempo la vacunación y no se logró la conservación permanente de los nuevos lotes de virus importados. La guerra civil de 1860 hizo perder de nuevo todas las semillas, y transecurrió un período en el cual suspendieron sus actividades las juntas encar-

gadas, de modo que sólo en la capital se preocupaban por esta medida profiláctica. En 1881, al presentarse la novena epidemia con caracteres explosivos, el Gobierno del Estado de Cundinamarca formó una Junta Central de Sanidad, y desde entonces la conservación del virus tuvo carácter definitivo. Extinguido el Estado, la Junta Central de Higiene tomó a su cargo todo lo relativo al asunto, pero como las semillas eran posesión de particulares, para resolver el problema se organizó en 1897 el Parque de Vacunación, quedando así asegurado para todo el país el suministro de vacuna. A pesar de esto, en 1900 se presentó la décima y última epidemia de consideración que se extendió por todo el país, con motivo del movimiento de tropas en los tres años de la guerra civil, y fué tal el número de enfermos, que hubo que abrir varios hospitales para ellos, siendo la mortalidad muy elevada y apenas quedando adulto a quien no le diera la enfermedad.

En los últimos 30 años la viruela ha existido en forma endémica con recrudescencias más o menos grandes, pero sin tomar los caracteres anteriores, de modo que la mortalidad ha disminuído considerablemente. Por el Hospital de los Alisos de Bototá han pasado en los últimos 20 años 6,514 variolosos, y la mortalidad sólo fué de 1.4 por ciento, mientras que en 1886 en el mismo nosocomio era de 30 por ciento. Las labores de la Dirección Municipal de Higiene en 1928 han dado por resultado la desaparición de la viruela de la ciudad, y los pocos casos atendidos últimamente la han contraído en las poblaciones vecinas. En las escuelas, en el ejército y en la policía, la vacunación se practica sistemáticamente cada año, y lo mismo hacen en las principales ciudades con todos los individuos que, por la índole de sus ocupaciones, se ponen directa o indirectamente en contacto con el público, así como con los que viven donde hay hacinamiento humano, principalmente en barrios insalubres y establecimientos como hoteles e inquilinatos. La enfermedad todavía predomina en forma endémica en la población rural, y en lugares a donde no pueden extender su acción las autoridades sanitarias se presentan a veces brotes, pero limitados, y de mortalidad disminuída. El número de vacunaciones ha oscilado de un máximo de 1,845,000 en 1913 a un mínimo de 128,100 en 1904, y ha ascendido en los últimos años a 1,476,000 en 1930, 1,295,000 en 1931, y 1,436,000 en 1932. Desde 1916 se emplea la vacuna seca, aunque en menores cantidades que la pulpa glicerínada.

Uncinariasis.—En el período de este informe los fondos para la lucha antiuncinárica han sido algo rebajados, pero la mayor dificultad ha sido obtener que la gente construya letrinas. No obstante, se proveyeron cerca de 4,000 casas de medios sanitarios para la disposición correcta de las heces, y se mantuvo una vigilancia continua sobre las letrinas ya construídas. La ley 1 de 1931 separó el departamento de uncinariasis del Ministerio de Educación, haciéndolo una sección del Departamento Nacional de Higiene. Un requisito esencial para esta campaña es contar con empleados inteligentes y bien preparados, y para esto es de mucha utilidad el área modelo creada en los municipios de Palestina, Chinchiná y Manizales (Caldas). El saneamiento del suelo es, desde luego, la base fundamental, pues el

tratamiento solo sin aquél sólo alivia temporalmente. Cuidadosos estudios han demostrado que 18 meses a dos años después del tratamiento, si no ha habido saneamiento del suelo, el porcentaje de infestados se eleva al nivel original, y pasados tres o cuatro años, el promedio de gusanos por persona será como antes. En algunos lugares, donde más se ha insistido en el saneamiento, se ha logrado proveer de letrinas de 49 a 93 por ciento de las casas. En algunas regiones aun existe el prejuicio de que las letrinas favorecen la cría de mosquitos, pero el remedio consiste en evitar que se formen criaderos en sitios próximos a las casas. El sistema de inspectores sanitarios municipales ha sido extendido y está dando muy buenos resultados, teniendo por objeto primordial el mantener y completar el saneamiento obtenido por las comisiones, y asegurar el uso continuo de las letrinas. Parte del costo de éstos es cubierto por los municipios. En el proyectado establecimiento de algunas unidades distritales de higiene, los inspectores sanitarios bien preparados habrán de desempeñar un papel importante. Durante el año se administró un total de 61,138 tratamientos para parásitos intestinales, 52,606 de ellos para uncinariasis. Nuevas comisiones han sido organizadas en Norte de Santander y Nariño, y parte de la comisión de Palestina se trasladó a Bolívar (Valle). La Asamblea de Cundinamarca votó 5,000 pesos para la campaña. La organización actual comprende parte de los Departamentos de Cundinamarca, Caldas, Cauca, Valle, Nariño, Antioquia y Santander del Norte.

Toxicomanía.—A partir de una ley de 1920 sobre importación y venta de drogas que formen hábito pernicioso, se han ensayado sistemas diferentes para reducir el consumo de las mismas al mínimo. El fraude en las introducciones, el expendio clandestino, y a veces defectos de control han creado y extendido en Colombia, y principalmente en la capital de la República, el muy grave problema de la toxicomanía. En 1928 el Congreso prescribió el aislamiento de los toxicómanos en hospitales o asilos, pero las características de esos enfermos han hecho considerar indispensable la fundación de asilos especiales para ellos. En el presente año se han dedicado mayores esfuerzos a este asunto. Fué lo primero establecer sobre las víctimas un control que evite la clandestinidad del consumo, dictándose al efecto una resolución cuyas bases comprenden: sometimiento de los enfermos a tratamiento médico, control de los expendios de narcóticos, y mayor celo del contrabando. Con la aplicación de esta resolución se ha podido apreciar la extensión del vicio, y un estudio de 46 toxicómanos reveló que el consumo de las distintas drogas por los mismos al día era de: morfina, 11.93 gm (27 individuos); heroína, 9.87 (20); cocaína, 1.45 (2); y eucodal, 0.12 (1 individuo). Se han hecho toda clase de gestiones para la construcción del sanatorio de toxicómanos, pero infructuosamente, por no haber suficientes recursos. Se

ha autorizado un contrato con el síndico del Asilo de Locos de Cundinamarca, el cual recibirá hasta 50 toxicómanos, cuyo mantenimiento sufragará el Departamento de Higiene. Respecto al comercio internacional y a la convención del opio, a la cual se adhirió Colombia, se han puesto en práctica las medidas allí contenidas y se ha seguido una política de restricción en la introducción. Las estadísticas correspondientes han sido enviadas a la Comisión Consultiva de la Sociedad de las Naciones.

Demografía.—La Sección de Estadística Vital se ha preocupado por obtener de todos los municipios un boletín demográfico mensual. Se han simplificado en lo posible los formularios y la forma modelo de certificado de defunción se ha generalizado, y ya son muy pocos los municipios que dejan de llenar las formalidades exigidas. No sucede lo mismo con los nacimientos, pues solamente en algunas capitales se lleva este registro por la autoridad sanitaria. Por otra parte, no se declaran todos los nacimientos, de modo que los datos sobre mortalidad infantil tienen esta causa de error. Con respecto a morbilidad, se resolvió obtener los datos directamente de los hospitales, vista la dificultad para establecer la declaración obligatoria de las enfermedades contagiosas.

En Barranquilla, de una mortalidad de 76 por 1,000 en 1882, se ha bajado en 1930 a 14.45, y cambios iguales se observaron en las principales ciudades de ambas costas, en que hasta 1905 más o menos prevaleció la fiebre amarilla. Con el saneamiento de Panamá y la terminación de las guerras civiles, la mortalidad comenzó a descender. En los últimos 10 años con la seria preocupación por mejorar las condiciones sanitarias, se ha acentuado la baja, y las pequeñas curvas ascendentes se deben a epidemias de tos ferina, sarampión y gripe. La alta mortalidad por la tifoidea y las disenterías también ha desaparecido en aquellas ciudades que, como Barranquilla, Cali y Popayán, han construido magníficos acueductos, y en las que como Bogotá, Santa Marta y Medellín desinfectan sus aguas con cloro. El paludismo, que en ciertas ciudades ocasionaba una mortalidad apreciable, ha desaparecido casi por completo donde se ha establecido la campaña contra el mosquito, y como ejemplo se pueden citar Cúcuta, Buenaventura, Barranquilla, Tumaco y Santa Marta, pues en la primera el índice larvario se ha mantenido durante los últimos tres años por debajo de 1 por ciento, y en las demás oscila entre 5 y 15 por ciento en las áreas controladas.

La curva letal de Bogotá condensa su historia sanitaria en los últimos 50 años. En 1880 existían 4,000 casas y la población era la tercera parte de la actual. No había alcantarillas, sino únicamente caños superficiales. El primitivo acueducto consistía en un sistema de cañerías destapadas que suministraban agua contaminada a un limitado número de habitaciones, y las calles eran intransitables. En cuanto a instalaciones sanitarias, eran completamente desconocidas. De ahí la primera curva de mortalidad, que llegó a su máximo en 1885 con 32.18, y la segunda en 1901 con 46.18. El Gobierno Federal del Estado de Cundinamarca, justamente alarmado, creó una Junta Central de Sanidad en 1881, la cual abrió el Hospital de Los Alisos para aislamiento de los variolosos. De 1886 a 1889, la tifoidea y las disenterías, así como la tuberculosis reinaban, y la mortalidad infantil llegaba a 50 por ciento. Se iniciaron por entonces el alcantarillado y el acueducto. La última guerra civil fué responsable de que aparecieran

de nuevo las enfermedades contagiosas comunes, y la fiebre amarilla, exótica allí, se desarrolló en forma epidémica en todo el trayecto del río Magdalena. Afianzada la paz, se continuaron las obras iniciadas anteriormente, y la mortalidad descendió en 1908 a 19.42. Las epidemias de sarampión, tos ferina y gripe ocasionaron un nuevo ascenso de 1914 a 1918. La tifoidea continuó en forma alarmante, de modo que en 1919 y 1920 hubo que abrir nuevos servicios hospitalarios para los enfermos. De 1921 para acá, con la cloración, el cambio de tuberías y mejor aprovisionamiento de aguas, han desaparecido las epidemias de tifoidea y otras enfermedades entéricas. La canalización de los ríos locales, el incremento del alcantarillado y la pavimentación, también son factores de la mayor importancia, pero quedan en pie con carácter urgente todos los problemas sanitarios relacionados con los barrios apartados. En los dos últimos años la mortalidad



FIGURA 5.—Hospital de San Juan de Dios en Bogotá.

ha bajado en forma sensible. La mortalidad infantil continúa revistiendo caracteres alarmantes en las capitales de los departamentos, y guarda relación directa con la ilegitimidad. Los coeficientes pasan de 200 por 1,000 y la proporción de ilegitimidad llega en algunas ciudades a 50 por ciento. Algunos departamentos, como Antioquia, son una excepción y la mortalidad infantil en Medellín sólo llegó a 120.9. Las enfermedades gastrointestinales son responsables del 50 por ciento de esas defunciones. La tuberculosis continúa haciendo estragos en el país, pero en Bogotá, la mortalidad, de 259.66 en 1901-04, ha descendido a 150.3 en 1925-28, y el año pasado fué de 169.2. La mortalidad por cáncer sí ha aumentado año por año, pero en Bogotá lo explica la concurrencia de enfermos de todas las ciudades de la República. Contra esta enfermedad, como contra la tuberculosis, se hace indispensable una campaña a base de propaganda y de dispensarios. La tifoidea y las disenterías en los últimos años no han prevalecido en forma epidémica sino en los pequeños municipios donde todavía usan aguas contaminadas.

Desde 1921, en que por primera vez se aplicó en Bogotá el cloro a las aguas con excelente resultado, la mayoría de las capitales de los departamentos han implantado el nuevo sistema. Si continúan prevaleciendo estas enfermedades a pesar de las mejoras, es porque predominan otros factores, como carencia de instalaciones sanitarias y cría de moscas. En Bogotá, mientras que de 1909 a 1920 el coeficiente más bajo de tifoidea por cuatrenios fué de 118.7, de 1921 a 1931 el más alto sólo alcanzó a 68.7. Muchas de estas defunciones ocurren en personas de poblaciones vecinas, o que contraen la enfermedad fuera de la ciudad. La gripe o influenza, por circunstancias especiales en la altiplanicie de Bogotá, adquiere características muy peligrosas. En las epidemias de 1890 y 1918, más de tres cuartas partes de la población la contrajeron, y en la última murieron 1,500 personas a consecuencia de las complicaciones bronco-neumónicas. Desde 1918 la enfermedad ha continuado presentándose todos los años con caracteres más o menos graves. A fines del año pasado prevaleció en diferentes regiones del país, y a mediados del presente apareció de nuevo, extendiéndose luego al interior, pero sin mayor mortalidad. En los últimos tres decenios la tos ferina se ha presentado con caracteres epidémicos explosivos en 1905, 1915 y 1925, siendo las defunciones tan numerosas que en algunas ciudades se modificó sensiblemente la curva de mortalidad general. En general, la enfermedad ocupa el cuarto lugar entre las causas de mortalidad infantil. En el año pasado se extendió por todo el territorio con caracteres alarmantes, y a mediados del presente se ha notado un nuevo recrudecimiento. La difteria continúa apareciendo en brotes epidémicos en la capital y otras ciudades, pero en general no reviste los mismos caracteres de gravedad en el trópico como en otras partes. La mortalidad diftérica ha bajado sensiblemente en los últimos años, debido a popularizarse la seroterapia y al diagnóstico más rápido en el laboratorio. Se ha sostenido que la enfermedad es rara en recién nacidos, pero en el Hospital de San Juan de Dios de Bogotá se ha demostrado que no cabe confiar mucho en estos datos, pues en los últimos tres años se han presentado brotes en la sala de maternidad, encontrándose portadores muy virulentos, y la mortalidad fué bastante elevada. Ya se ha comenzado a vacunar sistemáticamente a la población infantil. En los estudios preliminares se encontró que en las escuelas el 60 por ciento de los niños eran inmunes.

DEPARTAMENTOS

Antioquia.—El director departamental de higiene de Antioquia ha seguido una labor educativa, con cuyo fin se ha puesto en contacto con médicos, maestros de escuela, juntas de sanidad y sacerdotes, para conocer las necesidades y deficiencias de las poblaciones. A principios de año se trasladó a Angostura, Santa Rosa, Yarumal y Don Matías, dándose cuenta del estado de las escuelas, cárceles, mataderos y demás edificios públicos, lo mismo que acueductos y alcantarillado. Observó por lo menos unos 6,000 escolares, notando que los varones presentan aspecto de inferioridad en relación con las niñas. En Medellín visitó algunos establecimientos públicos. Llama la atención el crecido número de enfermos de tifoidea, que prueba la mala calidad de las aguas consumidas y la urgencia de intensificar la campaña para dotar a las poblaciones de acueductos y alcantarillados. Otra entidad nosológica que requiere bastante atención es el pian. El departamento ha atendido con sus propios recursos a la lucha contra el pian y la uncinariasis, pero esos recursos son escasos. A propósito de uncinariasis, sólo queda en el departamento una comisión, sin conexión con la Dirección. El gran número de niños atacados de gastroenteritis prueba lo descuidada que anda la higiene infantil. La mortalidad infantil global asciende a 7,633, o sea más de la mitad de la general, y la debida a dichas enfermedades, a 1,034. Últimamente se ha presentado la viruela en Medellín y en algunas poblaciones. El número de

enfermos fué de 1,473, de los cuales murieron 19. (Para más datos sobre Medellín véase el *BOLETÍN* de julio 1934, pp. 665 y 666.)

Atlántico.—Aunque las condiciones de higiene en Barranquilla dejan que desear, la salubridad en general ha sido relativamente satisfactoria, pues no se han registrado últimamente epidemias graves. El acueducto municipal es uno de los mejores de la República, y el agua, después de clarificada con alumbre, es decantada, aireada, filtrada y clorada. En enero y febrero de 1933 se presentaron en los niños algunos casos de angina diagnosticados clínicamente como diftérica, en que el suero dió buenos resultados. En agosto y septiembre de 1931 se presentó el sarampión en Barranquilla, Usiacurí y Sabanalarga, y en las dos últimas una epidemia palúdica. En todo el departamento, y en Barranquilla más que en otras poblaciones, ha sido grande el número de defunciones de niños. Las causas son complejas, pues aun con el acueducto la mortalidad no ha disminuído, y antes bien señala aumento, sin duda debido al uso de leche mala, sumado a la ignorancia de los padres acerca de la alimentación infantil, y las malas condiciones higiénicas de vida del pueblo. Es de notar que la mortalidad infantil es grande en Barranquilla y relativamente baja en los pueblos y campos, lo cual se explica por la construcción impropia de las viviendas en la ciudad. La dirección de higiene ha logrado interesar al concejo en la pasteurización de la leche. En 1931 la mortalidad total en Barranquilla fué de 2,470, de la cual 13.2 por ciento correspondió a enfermedades endémicas, epidémicas e infecciosas, y de ese 13.2 por ciento, la mitad eran de tuberculosis. La Asamblea creó un dispensario para tuberculosos en el Hospital de Caridad, el cual cuenta con un laboratorio de bacteriología y radiología. Cuando los enfermos se hallan en un estado muy avanzado, se hospitalizan en un departamento del hospital que, desgraciadamente, carece de las condiciones indispensables. El departamento tiene un edificio en Piojó que llenaría las necesidades, pero por falta de fondos no está terminado. En Barranquilla, además del hospital, existen el Asilo de San Antonio, la Casa de Locas, el Buen Pastor, la Casa de Maternidad y Gota de Leche. El hospital tiene capacidad para 300 enfermos. El asilo, además de enfermería para hombres y mujeres, posee un orfanato y un noviciado. A pesar de la actividad desplegada, no se han obtenido resultados halagadores en lo tocante al contrabando de drogas heroicas y disminución de la morfomanía. La rabia es frecuente no sólo en Barranquilla sino en el resto del departamento, pero el servicio prestado por el Instituto Nacional de Higiene ha sido muy eficaz, y de 140 individuos mordidos por perros rabiosos murió uno solamente. Han mejorado sensiblemente las condiciones higiénicas de Puerto Colombia. La vacunación en el departamento se ha llevado a cabo con la vacuna seca del Instituto Nacional de Higiene. Se vacunaron y revacunaron todos los escolares, y los brotes de viruela han sido detenidos.

Bolívar.—En casi todo el departamento la viruela es endémica, teniendo algunas veces brotes epidémicos con gran virulencia, y en algunas poblaciones retiradas, defunciones. En abril de 1931 se presentaron varios casos de difteria en Cartagena y algunas poblaciones. El paludismo se extiende en el departamento durante los meses de lluvia, siendo difícil la campaña contra el mosquito por la carencia de medios. La tifoidea se presenta con frecuencia y alguna intensidad en el interior. El departamento se halla invadido por la uncinariasis, pero gracias a la propaganda intensa se espera en corto plazo una mejoría. El expendio ilegal de drogas heroicas es difícil de evitar en Cartagena, porque los barcos descargan algo distante de las costas y los contrabandistas las introducen. Sin embargo, comparativamente, Cartagena acusa una curva menor de toxicomanía que los demás centros poblados del país.

Boyacá.—Con caracteres de gravedad se presentó en marzo de 1931 el paludismo en las poblaciones de Pauna, Coper y Muzo, y se llegó hasta a decir que se trataba

de fiebre amarilla. Ya se ha emprendido una campaña sanitaria de vastas proporciones. La viruela se presentó en varias poblaciones distantes unas de otras, y en diferentes meses. En Boyacá se practica la vacunación general en los escolares a principios de año. La tifoidea no tuvo caracteres malignos, pero en Tunja hubo varios casos a mediados de agosto, coincidiendo con la época de ferias. En febrero de 1932 se tuvo conocimiento de que en Labranzagrande se había presentado una epizootia de carbunco sintomático, que se combatió eficazmente. De 68 exámenes practicados en sospechosos de lepra, 32 fueron positivos y seis dudosos. De la oficina de estadística departamental de Tunja no es posible obtener datos nosodemográficos, pues carece de empleados especializados. A esto se añade el escaso personal de médicos de Boyacá, en su mayor parte concentrados en Tunja, de modo que las defunciones del resto del departamento o no se declaran, aparecen como ocurridas sin asistencia médica, o son declaradas con diagnósticos inapreciables.

Caldas.—El gobierno municipal de Manizales ha tomado como bandera administrativa un amplio programa de higiene y asistencia pública. La obra realizada por el municipio es muy superior a la de la dirección departamental. El municipio se preocupa por atender al mejoramiento de la alimentación infantil, y piensa utilizar las cabras lecheras, de reducido costo y fácil cuidado, en los cafetales mismos. La escasez y mala calidad de las aguas decidieron a la dirección de higiene municipal a contratar a un técnico en la construcción de pozos artesianos. En colaboración con la Sociedad de Agricultores, el Comité de Cafeteros y la dirección departamental de educación pública, el municipio acaba de fundar una escuela sanitaria rural, a fin de internar en ella por períodos de tres a cuatro meses a los niños residentes en los cafetales, cuya salud requiera un fuerte cambio de clima. No aspira el municipio a resolver íntegramente el problema de la leche, y ha dividido la cuestión en dos partes: consumo infantil, y adulto. La dirección municipal consagrará especial atención a la primera, y adelanta un negocio con propietarios de hatos debidamente instalados para que suministren la leche a una pasteurizadora municipal. Está para inaugurarse el nuevo Hospital de San Juan de Dios, y se ha puesto al servicio un magnífico asilo para niños. El consultorio externo funciona en un local especialmente construido. Con mira a restringir el consumo de drogas heroicas, se han puesto toda clase de trabas a los introductores, y el número de permisos concedidos ha disminuído por lo menos en 60 por ciento. Especialmente en lo que se refiere a vacunación, atendiendo al incremento de la viruela en el departamento desde varios años atrás, la dirección de educación pública ha hecho cumplir estrictamente lo dispuesto. En las ciudades principales del departamento en 1931 la natalidad varió de 62.3 en Marsella a 24.1 en Salento, y la mortalidad general de 33.9 en Montenegro a 6.3 en Pueblo Rico. Es de notar que el puerto de La Dorada es el único municipio que muestra un crecimiento vegetativo negativo, por la alta mortalidad y disminución de la natalidad, lo cual es sin duda signo de alarma.

Cauca.—El actual director departamental de higiene llega a la conclusión de que dominan en el Cauca: al norte, como endemia, el paludismo; al centro, la uncinariasis; al occidente, o costa, el paludismo y pian; y al sur, paludismo, fiebre recurrente y uncinariasis. En toda la región se encuentran casos frecuentes de amibiasis. Por las variedades de clima y temperatura, desde nieves perpetuas hasta calor de más de 30 C, la patología de Cauca es de las más variadas, figurando, además de las enfermedades anotadas arriba, como de tipo epidémico la viruela, especialmente entre la raza indígena, si bien ha desaparecido la forma hemorrágica y hoy no queda sino un tipo benigno, que se presenta con frecuencia en el norte del departamento y en la cordillera central. Predominan también el sarampión, la tos ferina, y raros casos de tifoidea en los sitios poblados, con tendencia al descenso. La disentería amibiana figura esporádicamente y hasta ahora,

en lo que se sepa, jamás ha llegado hasta el absceso hepático, debido probablemente al uso de emetina y de arsenicales. En general, el estado de sanidad en los 33 municipios es nulo y deficiente, sin que se destine nada en los presupuestos para obras sanitarias, como mataderos, acueductos, alcantarillados, hospitales, etc. Solamente Puerto Tejada y Santander costean un servicio médico oficial. En Silvia, el médico departamental va a quedar suprimido. En los municipios de Caloto, Tambo y Bolívar figuran inspectores de sanidad. Popayán cuenta con un servicio médico oficial bastante completo. Otro problema, especialmente en la región del centro, es la lepra, que hace estragos en ciertas clases sociales. No existe en el Cauca lucha antituberculosa de ninguna especie, fuera de una legislación no cumplida. El Hospital San José de Popayán cuenta con algunos recursos, y muy en breve se dará comienzo a un pabellón de aislamiento y a la organización del dispensario correspondiente. La lucha antivénebra se ha llevado de modo sostenido, faltando quizás un poco de orientación científica, pero lenta y progresivamente se enmendará lo defectuoso. La Asamblea Departamental aprobó una ordenanza que se basa en un tipo de dispensario con hospitalización y reclusión, y se busca la lucha bilateral, ya que anteriormente sólo se perseguía a las mujeres públicas. En la protección infantil, la dirección tomó a su cargo la fundación de una sala de maternidad con 20 camas. Además, se procura dar cumplimiento a las disposiciones sobre desayunos para escolares pobres. También se inicia en el Hospital de San José un consultorio infantil. El cáncer tiene un predominio notorio en el tipo epitelial. Es nula la labor estadística, pues no se han podido conseguir datos, y los enviados adolecen de errores. La lucha contra la toxicomanía no alcanza las proporciones que en otras secciones. En Popayán han existido algunos casos, pero en número ínfimo, de los cuales han muerto ya tres, y puede decirse que no existen más que en dicha ciudad, donde no pasan de cinco.

Cundinamarca.—La dirección de higiene tiene a su cargo el control de la toxicomanía en Bogotá y el resto del departamento. Se da estricto cumplimiento al decreto No. 1099 de 1930, aplicando las sanciones correspondientes por ejercicio ilegal de la medicina y profesiones aliadas. Se ha reglamentado el ejercicio de la profesión de enfermera. El director de higiene ha encontrado franco apoyo del gobierno, teniendo en cuenta que su radio de acción debe extenderse a los distintos municipios y sus necesidades principales. En el presupuesto departamental se incluyó una partida de 5,000 pesos con destino a la campaña antiuncinárica.

Huila.—No se presentó en el Huila ninguna epidemia alarmante. Los casos de fiebre continua de aspecto tifoideo se han extinguido. La aparición de numerosos casos de varicela ha sido aprovechada para intensificar la vacunación anti-variolosa. Como enfermedades contagiosas más frecuentes se encuentran la viruela, tifoidea, disentería, pian, gripe y tos ferina. En los primeros seis meses de 1932 se notó aumento de la tifoidea y la viruela, aunque en forma benigna. La gripe ha sido muy general.

Magdalena.—Desde octubre de 1931 la dirección departamental de higiene ha estado a cargo del Dr. Eduardo Urueta, quien a principios de 1932 visitó a Sitiónuevo y Aguachica, las cuales halló invadidas por una intensa epidemia palúdica. Tratados los casos, reglamentado el tratamiento profiláctico, e instruidas las autoridades sobre las medidas sanitarias, las noticias recibidas últimamente son satisfactorias. En Santa Marta a fines de 1931 se presentó una severa epidemia de tifoidea. Al público se le ha enseñado a hervir el agua y se ha instalado un aparato de cloración que contribuyó decisivamente a la extinción de la epidemia, pero el problema no se remediará mientras no se cambie el antiguo acueducto. En estas epidemias son más comunes los casos de paratifoideas, y tanto éstos como los de tifoidea son más benignos que en las tierras altas.

Nariño.—En diciembre de 1930, por orden del gobernador, se trasladó el director departamental de higiene a Ricaurte a estudiar una epidemia que allí se

presentó, extendiéndose la visita a otros municipios cercanos. En vista de que es dominante la anemia tropical, calculándose en 80 por ciento el número de infestados, el director llamó la atención hacia la necesidad de combatirla, y se ha celebrado un contrato con la Fundación Rockefeller, en virtud del cual el departamento contribuye con 50 por ciento de los gastos que demande la Comisión Sanitaria en Sandoná. Una ordenanza obliga a los municipios a incluir en sus presupuestos 5 por ciento de sus rentas para higiene local. De diciembre de 1931 en adelante se presentaron brotes de tifoidea en varias poblaciones.

Santander del Norte.—La dirección departamental de higiene ha prestado atención a la formación de una correcta estadística, a la vacunación sistemática y al control efectivo de epidemias, no sólo en Cúcuta, sino en los municipios afectados por brotes de paludismo y otros males.

Santander del Sur.—La viruela invadió el departamento, y en Bucaramanga se estableció la vacunación y en el resto de los municipios se distribuyó vacuna a los alcaldes. En San Gil, Barichara y Charalá se presentó la tifoidea con caracteres epidémicos. La tos ferina constituye, con la gastroenteritis, el azote de la infancia. En los primeros meses de 1931 se presentaron seis casos de poliomielititis en Bucaramanga, y se acordó la declaración obligatoria y se dictaron las medidas profilácticas indispensables. En forma endémica existen la uncinariasis, el paludismo y la amibiiasis. No se ha establecido la lucha contra la tuberculosis, cuya proporción es tan alta como en otras regiones del país. La lucha contra la gastroenteritis está reducida a la gota de leche y la sala-cuna de Bucaramanga. En la región de "Costa Rica" se desarrolla el paludismo en forma violenta. La campaña contra el zancudo es seguida por cuenta del departamento en Bucaramanga y Piedecuesta, quedando en pie como problemas higiénicos de importancia el saneamiento de Puerto Wilches y Barrancabermeja.

Tolima.—La Asamblea de 1931 estableció el servicio de asistencia y salubridad públicas en todos los municipios, ordenando la inversión del 5 por ciento de las rentas para el mismo. En el municipio de Ibagué se ha fundado un consultorio gratuito para pobres a cargo de un médico diplomado, donde se atienden más de 40 personas diariamente. El control de drogas heroicas y de bebidas gaseosas se lleva a cabo de manera efectiva. A todos los municipios del departamento que lo solicitaron se envió vacuna antivariolosa, la que fué aplicada por los vacunadores municipales. La frecuencia de la tuberculosis es alarmante, y como ninguno de los hospitales cuenta con pabellón especial, los tuberculosos andan libres por las calles. En ningún municipio del departamento existe institución alguna destinada a la protección infantil, si bien el comité de la Cruz Roja de Ibagué labora intensamente habiendo establecido una consulta diaria para niños enfermos y ha abierto en el hospital una sala para niños con 10 camas.

Valle del Cauca.—No hubo sino casos aislados de difteria, disentería, tos ferina, tifoidea y otras enfermedades infecciosas, que causaron pocas defunciones. En la lucha contra la viruela se activó la vacunación, que se aplicó en 27 de los 36 municipios del departamento. Como resultado de los esfuerzos del director departamental de higiene, la Asamblea expidió dos ordenanzas: Una sobre campaña contra la tuberculosis y otra sobre campaña antileprosa, fundando un dispensario en Cali. Ocho de los municipios están dotados de hospitales. En Tuluá se dió el servicio un acueducto definitivo, pero más de 10 poblaciones no se hallan convenientemente surtidas. En cuanto a asistencia pública, funciona en Cali un asilo de mendigos, cuatro clínicas de maternidad en Cali, Palmira, Buga y Tuluá, y dispensarios antiveneréos en Cali, Buenaventura, Buga y Tuluá. Anexa a la Cruz Roja funciona una gota de leche en Cali, y en Buga hay orfanatos para cerca de 250 niños. La campaña contra la lepra ha sido continua, y apenas es denunciada una persona como sospechosa se procede a examinarla. Con excepción de Cali, Buenaventura, Palmira, Buga, Tuluá y Cartago, las demás

ciudades carecen de buenos alcantarillados. Durante el quinquenio 1927-31 nacieron vivos 75,507 niños, de los cuales murieron 13,857 menores de un año, o sea 183.5 por 1,000, figurando entre las causas principales las gastroenteritis con 27.62 por ciento, la bronceoneumonía con 17.18, y la debilidad congénita con 14.85 por ciento.

Intendencia del Meta.—La Intendencia tiene cuatro municipios, con Villavicencio como capital, la cual cuenta con un acueducto defectuoso y carece de alcantarillado, de modo que sus 4,000 habitantes contemplan todos los problemas de las poblaciones incipientes, incluso la lucha antipalúdica, antianémica y la campaña contra el pian, cuya solución apenas se inicia. La dirección de higiene orienta todos sus esfuerzos hacia la iniciativa particular, lográndose la fundación de la junta de beneficencia. En abril de 1931 apareció en Villavicencio una epidemia de gripe que se extendió a la generalidad de la población y se mantuvo en pie hasta el mes de julio, ocasionando 20 defunciones. En mayo aparecieron los primeros casos de rabia en algunas haciendas y fincas y al mes, a pesar de las medidas preventivas, se presentaron varias personas mordidas por perros enfermos, salvándose todas gracias al suero. Algunos casos de viruela y otros de varicela estallaron en octubre en la cárcel de hombres. En la mortalidad dominan el paludismo y la uncinariasis, y puede calcularse que el 90 por ciento de la población se halla afectado.

SANIDAD DE PUERTOS

La sanidad de los puertos ha venido considerándose desde hace años como asunto que interesa no sólo al país respectivo, sino al mundo entero, convirtiéndose así en cuestión internacional, sobre la cual se han celebrado varios tratados. Entre éstos rige para Colombia el Código Sanitario Panamericano aprobado por la Ley 51 de 1931, que ha venido cumpliéndose fielmente. Desde el doble punto de vista de conveniencia nacional y obligación internacional, el Departamento se ocupó singularmente de dar al servicio de sanidad de puertos una organización seria y eficaz. Al empezar el estudio, encontró que las distintas funciones se habían ido separando, hasta presentar el aspecto de secciones independientes, que impedían la unidad de acción. Analizadas así las condiciones, se unificó el servicio de sanidad portuaria mejorando algunos sueldos mediante la supresión de empleos inútiles, imponiendo la consagración completa, y dando a los respectivos médicos jefes de los puertos las facultades necesarias para poder exigirles la completa responsabilidad y el mejor éxito de las labores.

Puerto Colombia.—Población, 5,425 (1928). Los agentes de la policía de saneamiento han mantenido vigilancia sobre el mercado, matadero, cementerios, plazas, alcantarillas, etc., a fin de asegurar su aseo. Las enfermedades gastro-intestinales se presentan con frecuencia, especialmente en los niños, por lo que se ha prestado especial atención a la inspección de las leches y del agua de consumo público. En el mes de mayo se presentó una epidemia de sarampión que atacó más del 80 por ciento de los niños, ocasionando cuatro defunciones. También se presentó la gripe en junio, atacando la casi totalidad de los habitantes.

Barranquilla.—Población, 143,100 (1931); nacidos vivos, 3,429; defunciones, 2,470; defunciones de menores de un año, 727. Mortalidad por enfermedades endémicas, epidémicas e infecciosas, 13 por ciento; y del aparato digestivo, 17.6 por ciento. El acueducto municipal fué inaugurado en julio de 1929. El hospital es uno de los más importantes del país, entrando en él 1,410 enfermos en 1931. Las labores de saneamiento se enfocan en un punto principal: la campaña contra el zancudo, y dos accesorios: propender por el buen servicio de recolección de basuras y la campaña contra la mosca. En la campaña contra el zancudo laboran dos brigadas: una de seis agentes y un inspector que hacen visitas domiciliarias

y otra de 10 obreros bajo la dirección del visitador de puertos, encargada de la petrolización y relleno de charcos y pantanos. En el mes de junio fueron despachados 166 barcos, y 70 fueron visitados; aviones procedentes del exterior visitados, 27; y tripulantes vacunados, 72.

Santa Marta.—Población, 30,942 (1928). La campaña de saneamiento del puerto comenzó en julio de 1931, por medio de dos cuadrillas, una dedicada a la recogida de basuras y su incineración, y otra a la petrolización, drenaje, etc. Un 75 por ciento de las casas estaban infestadas por larvas de mosquitos. Con el objeto de contrarrestar la epidemia de tifoidea reinante, se organizó con los camiones de la sanidad un servicio de aseo domiciliario gratuito, recogiendo las basuras de toda la ciudad, que eran luego incineradas en el crematorio. En los barrios nuevos existen muchas casas sin excusados. En los meses de septiembre

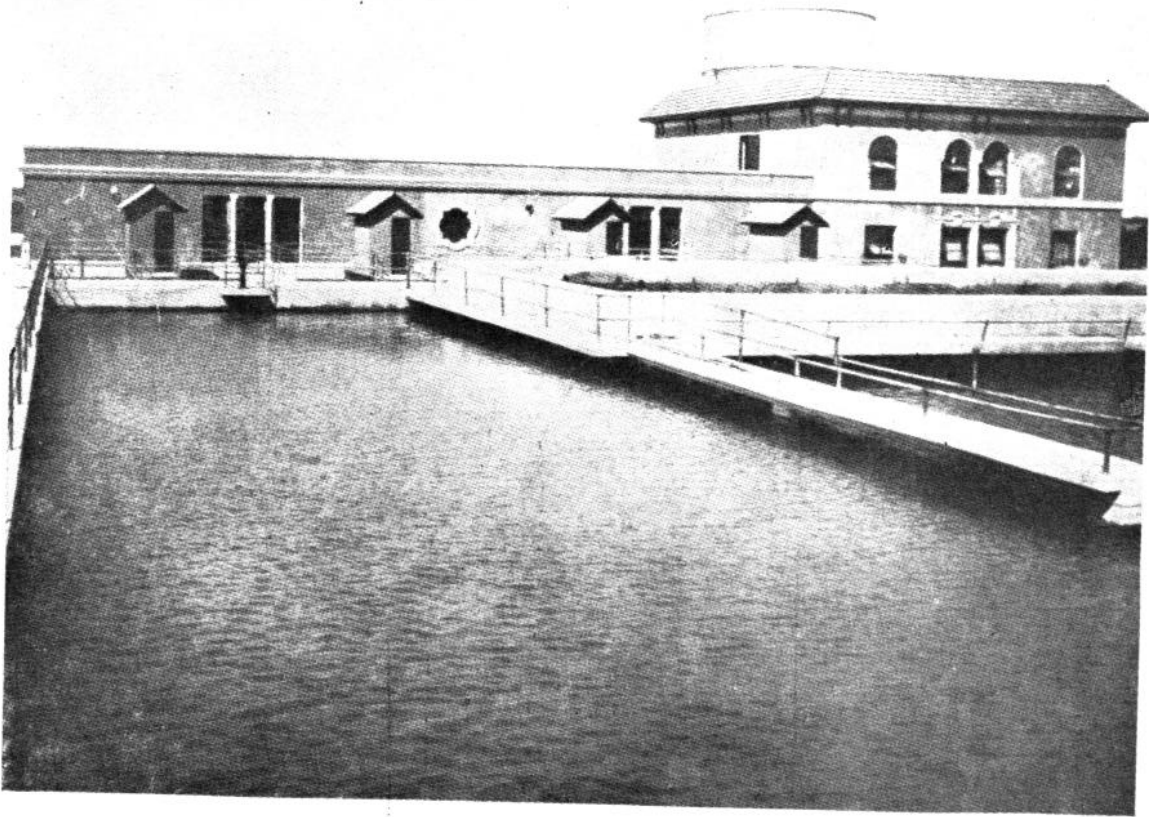


FIGURA 6.—Acueducto de Barranquilla, tanque de coagulación.

y octubre la tifoidea alcanzó su máximo, ocasionando un total de 206 casos, en tanto que en todo el año 1931 se registraron 69 defunciones por esa enfermedad.

Riohacha.—Población, 9,960 (1928). La penuria del fisco municipal impide el sostenimiento de un servicio de higiene. En los meses de verano el agua se encarece, resultando además de pésima calidad; pero se estudian las posibilidades de un acueducto. Las defunciones ascendieron a 58, y los nacimientos a 173, de ellos 45 legítimos y 128 ilegítimos.

Buenaventura.—Población, 25,334 (1928). Como el acueducto del puerto es deficiente, en todas las casas se instalan tanques para recoger aguas de lluvia, que exigen especial vigilancia. Los trabajos de saneamiento han comprendido el desyerbe de solares vacantes y limpieza de desagües. De 20,752 casas inspeccionadas, sólo 344 (1.66 por ciento) estaban infestadas por larvas; y de 6,997 charcas, 551 (7.87). La recolección de basuras está a cargo de la sanidad nacional,

utilizándose un crematorio. En la campaña contra el pian, iniciada en febrero, se trató a 237 enfermos, de los cuales 126 fueron dados de alta, y 52 se hallan mejorados. La campaña contra las ratas se ha intensificado con los mejores resultados, obteniéndose la desratización de las bodegas del malecón, y generalizándose el empleo de trampas y pasta raticida. En seis meses fueron cazadas 5,215 ratas.

Tumaco.—Las labores de la oficina de sanidad en Tumaco se consagraron en su mayor parte a la lucha contra el zancudo, pero con los recortes del presupuesto, apenas se ha logrado sostener el índice larvario cerca de 6.5 por ciento, sin ser posible hacerle descender al 2 por ciento como en 1929. Puede decirse que el paludismo está prácticamente extirpado, pues las larvas que se encuentran son casi únicamente de estegomias y *Culex*. En 1931 se extendieron 373 patentes de sanidad, 164 para buques y 209 para aviones. El pian es el peor flagelo que azota esta provincia, y en general toda la costa del Pacífico, produciendo más estragos que la tuberculosis.

Ipiates.—Población, 21,334 (1928). El médico de sanidad ha tomado a su cargo la higiene municipal, pues la localidad carece de fondos. En mayo se presentaron numerosos casos de gripe. De varicela se registraron tres casos, sin consecuencias fatales. De tifoidea se presentaron ocho casos con dos muertes. Contra la viruela se vacunaron y revacunaron 449 personas en el puerto, y desde 1928 no se ha registrado ninguna epidemia de esta enfermedad. Con el auxilio de la nación, se hallan en construcción el acueducto y el alcantarillado, los cuales harán mejorar notablemente el estado sanitario del puerto. El Hospital de Caridad está a punto de terminarse, y se piensan establecer en él, además de los servicios de cirugía y medicina, una sala-cuna, una maternidad, y dispensarios antivéneico y antituberculoso.

LA SANIDAD EN CHILE*

Alcantarillado.—La red general de alcantarillado de Santiago ha experimentado continuos ensanches, tanto en la capital como en las comunas de Providencia, Nuñoa y San Miguel. A más de 670,000 pesos ascendió, en 1933, el gasto de las obras ejecutadas por la Dirección General de Alcantarillado de Santiago; y a más de 3,300,000 pesos, el producto de la contribución fiscal de Alcantarillado de Santiago. En el mismo año, se construyeron numerosas obras públicas, incorporadas todas a la red de alcantarillado por cuenta de Municipalidades y particulares, con motivo de la formación de nuevas poblaciones, apertura de calles y transformación de canales y acueductos.

Agua Potable.—Durante el año 1933, la explotación de estos servicios proporcionó una entrada superior a 14,600,000 pesos. El total de los gastos, sin incluir intereses y amortizaciones de los capitales invertidos en la construcción de obras, ascendió a poco más de siete millones de pesos. El progreso realizado en la explotación técnica de los mencionados servicios y en la construcción de filtros y demás obras para purificar las aguas, nos ha colocado en tal pie de eficiencia, que el

*Tomado del Mensaje del Presidente de la República al Congreso Nacional, el 21 de mayo de 1934.