

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

Año 11

ABRIL de 1932

No. 4

LA SANIDAD EN COLOMBIA

Por el Dr. PABLO GARCÍA MEDINA

Director Jefe del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública

Tomado del Informe (1930-31) rendido al Sr. Presidente de la República de Colombia

La Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública, de dependencia del Ministerio de Educación Nacional, pasó a formar parte del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública el 1° de enero de 1931, según dispuso la ley No. 1 del mismo año. Este informe comprende del 1° de junio de 1930 al 30 de junio de 1931.

Historia.—En los primeros años de la República el Servicio de Sanidad estuvo tan descuidado como en la época colonial, y el Gobierno no intervenía en la salubridad sino en los casos extremos en que se presentaba una grave epidemia, formándose entonces juntas de sanidad, compuestas generalmente de personas de buena voluntad, pero ignorantes en asuntos de higiene. Organizada la nación como entidad federal, los Estados componentes adoptaron algunas disposiciones sanitarias, pero no crearon oficinas de sanidad, ni nombraron autoridades que hicieran cumplir esas disposiciones.

No fué hasta 1887 cuando, abandonado el Gobierno federal y adoptado el sistema central, se organizó la sanidad pública como rama del Gobierno Nacional. Por iniciativa del eminente Dr. Nicolás Osorio, se creó una Junta Central de Higiene, compuesta de cuatro médicos, uno de ellos secretario y en cada Departamento se estableció una Junta Departamental de Higiene, dependiente de la Central. Esas juntas funcionaron desde 1887 hasta 1918, en que una ley las suprimió y creó un Director Nacional de Higiene como jefe en toda la República, y un director en cada Departamento, nombrado por el Director Nacional y dependiente de éste. La ley No. 1 de 1931 vino a modificar esta organización, separando el ramo de higiene del Ministerio de Educación, y creando el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública. A este Departamento, regido por un Director Jefe y por un Subdirector, corresponde dirigir, vigilar y reglamentar

la higiene pública de la nación en todos sus ramos, y la asistencia pública; reglamentar el servicio de sanidad marítima; señalar las funciones de los médicos de sanidad de los puertos y nombrarlos; dictar medidas profilácticas en los puertos; y hacer cumplir las convenciones sanitarias internacionales. El Departamento queda ampliamente facultado para dictar lo conducente a impedir la propagación de las enfermedades infectocontagiosas y asegurar la salubridad pública.

Organización.—El Departamento quedó dividido en cinco secciones, a saber: Primera, Higiene General y Asistencia Pública: todo lo relacionado con la higiene administrativa, reglamentación de la higiene urbana y rural, aguas potables, alcantarillado, desagües; inspección de alimentos, drogas y medicinas; control de las bebidas fermentadas, alcohólicas y destiladas; profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas; campañas sanitarias contra el paludismo, pian y otras endemias tropicales; campaña contra las enfermedades sociales; reglamentación de las industrias peligrosas; higiene escolar; demografía; y protección a la infancia. Sección Segunda, Instituto Nacional de Higiene Samper Martínez; en realidad, un laboratorio bacteriológico, cuyo principal objeto es la investigación y diagnóstico de las enfermedades infectocontagiosas y la preparación de productos biológicos para combatirlas. Hay también una sección química dedicada al análisis de bebidas, alimentos, etc. Sección Tercera, Lazaretos: organización y administración de los tres lazaretos de la nación, conservando las funciones y atribuciones de la antigua Dirección General de Lazaretos. Sección Cuarta, Uncinariasis: encargada de continuar la campaña sanitaria contra la anemia tropical, reglamentada de acuerdo con el contrato celebrado con la Fundación Rockefeller. Sección Quinta, Contabilidad.

La ley no tuvo necesidad de dar al Departamento autorizaciones especiales, y mantuvo las que tenía la Dirección Nacional de Higiene, que eran muy amplias. Para que la unidad de acción sea completa falta imponer a los Departamentos y municipios el deber de contribuir con una parte de sus rentas para obras de higiene y asistencia pública, pero procediendo bajo las órdenes del Departamento.

Epidemias.—El estado sanitario de la nación ha sido en general satisfactorio. Aunque algunas enfermedades infectocontagiosas se han presentado en varios Departamentos y en algunos con carácter de epidemia, como sucedió con la gripe y la viruela, la mortalidad fué muy pequeña. Por fortuna, no se observó ninguna de las enfermedades pestilenciales, como peste y fiebre amarilla. La difteria, tos ferina, disentería y tifoidea se presentaron en varios municipios, y en algunos con intensidad alarmante. El Departamento las atendió oportunamente, enviando vacunas que hicieron aplicar los respectivos directores departamentales, quienes dictaron además las medidas profilácticas del caso. La gripe fué muy general, pero, afortuna-

damente, no tuvo la gravedad de las epidemias anteriores. En Bogotá invadió a la tercera parte de la población. La ciudad de Medellín estuvo expuesta a la meningitis cerebroespinal, que apareció en un preso de la cárcel de varones, y luego se enfermaron 12 individuos, de los cuales murieron 2. El tratamiento y el riguroso aislamiento lograron dominarla. A la primera noticia, se situó en Medellín la cantidad de suero que se pudo conseguir, y las autoridades de Medellín lo pidieron por cable a los Estados Unidos. En los Departamentos de Caldas, Antioquia y el Valle aparecieron la disentería y la tifoidea, aunque no llegaron a tener la intensidad de años anteriores, debido a que ya, no solamente ciudades importantes, sino otros muchos municipios, han prestado atención a la provisión de las aguas.

Aguas.—En Barranquilla, Medellín, Cali, Cartago, Buga y Popayán se han construido acueductos modelos. El de Barranquilla es superior al de Panamá y el segundo de la América del Sur, siendo el de Buenos Aires el único que lo supera. En ellos, como en el de Bogotá, se purifican las aguas por medio del cloro líquido. Aunque el acueducto de Bogotá tiene muchos defectos, la cloración, que se está aplicando desde hace 10 años, ha reducido en más de 75 por ciento la disentería y la tifoidea, anteriormente frecuentes y muy graves.

Muy loable es el empeño que casi todos los municipios tienen de construir acueductos, pero el sistema implantado de conceder auxilios el Tesoro Nacional no ha sido provechoso. Como los acueductos son obras primordiales de higiene, que deben ser municipales y en ningún caso empresas particulares, es preciso que el Tesoro Nacional ayude, lo cual podría hacerse cuando la situación fiscal lo permita, destinando la suma de quinientos mil pesos o más para apoyar esas construcciones. Para conceder un préstamo sería necesario que el municipio presente los planos de la obra y el presupuesto del gasto, todo lo cual debe ser aprobado por el Departamento Nacional de Higiene. El municipio amortizaría la deuda dentro de un plazo fijado teniendo en cuenta el valor de la obra.

Epidemia de Muzo.—En los dos últimos meses del año pasado apareció en la región de Muzo una fiebre grave, que a fines de diciembre tomó carácter de epidemia y alarmó mucho, porque algunas personas opinaban que era fiebre amarilla, si bien resultó paludismo.

La Dirección Nacional de Higiene envió en diciembre al Dr. J. E. Delgado, acompañado de un ayudante, y esa comisión estuvo dos semanas en Muzo y estudió 22 enfermos, haciendo el diagnóstico de paludismo, que confirmó el examen microscópico. Habiendo regresado de Puerto Rico el Dr. Moreno Pérez, que es el epidemiologista del Departamento, se decidió que visitara las regiones de Muzo y de Coper, acompañado del Sr. Oscar Vargas, jefe de la sección de bacteriología del Instituto Nacional de Higiene, quienes estudiaron 78 enfermos en Coper y 108 en Muzo. Entre 72 de Coper, un examen sanguíneo reveló 13 por ciento de positivos para el *Pl. vivax*; y de 99 de Muzo, resultó positivo un 75 por ciento repartido así: 79 por ciento *Pl. vivax*, 20 por ciento *Pl. falciparum*, y un caso de *vivax* y *malariae* asociados. Para continuar las investigaciones y organizar el tratamiento, volvió a Muzo el Dr. Moreno Pérez con el Dr. Carlos M. Chaparro, quienes hasta fines de junio habían tratado 652 enfermos, con los mejores resultados. Los cuadros clínicos, el índice esplénico, examen sanguíneo, magnífico resul-

tado del tratamiento con la quinina, y la reducida mortalidad, autorizaron a deducir que no ha habido fiebre amarilla, ni se ha hallado el *Aedes aegypti*. El Departamento solicitó una partida para contruir un modesto hospital y para mantener durante varios meses una comisión médica, pero no fué posible obtenerla, y el Departamento ha tenido que limitarse a sostener un médico con un practicante hasta agotar los pequeños recursos de que hoy se dispone. Ni en las casas de la población ni en los campos vecinos hay depósitos de agua, y cuando los hay son apenas suficientes para el agua que se consume en el día, por cuya razón el *Aedes*, que es un mosquito doméstico, falta o es muy raro allí. Para que fuera más completa la investigación, el Dr. Moreno Pérez tomó en Muzo sangre a 80 personas de 1 a 80 años de edad, la cual se ha enviado al Instituto Rockefeller para practicar la reacción de protección. Las medidas que deben tomarse en Muzo para combatir el paludismo son: al restablecer la explotación de la mina de Esmeraldas, nombrar un médico graduado competente en patología tropical; fundar un hospital; construir para los trabajadores habitaciones a prueba de mosquitos y establecer la profilaxia del paludismo con quinina y plasmokino; y dar al Departamento Nacional de Higiene dinero suficiente para mantener allí una comisión sanitaria que implante las medidas de saneamiento indispensables.

Puertos.—Colombia tiene abiertos al comercio los siguientes puertos en el Atlántico: Ríochacha, Santa Marta, Puerto Colombia y San Andrés de Providencia; y en el Pacífico: Buenaventura y Tumaco. Tiene, además, dos puertos terrestres: Cúcuta en la frontera con Venezuela, e Ipiales cerca de la frontera con el Ecuador. En el Atlántico hay una estación sanitaria en Puerto Colombia y otra en Santa Marta para el aislamiento de enfermos u observación de pasajeros sospechosos cuando llegan buques infectados o que hayan tocado en puertos contaminados. Las convenciones sanitarias y el Código Sanitario Panamericano imponen el deber de mantener en los puertos un servicio médico completo y una vigilancia médica permanente. De acuerdo con esto, el Gobierno tiene en cada uno de sus puertos marítimos un médico de sanidad. A pesar de presupuestos cada año más bajos, se ha tenido el cuidado de atender al saneamiento de nuestros puertos con los dineros disponibles, dando preferente atención a la campaña contra el mosquito y contra las ratas. Las demás obras sanitarias no podían iniciarse siquiera. Solamente en Barranquilla se ha logrado, gracias a los esfuerzos del municipio, construir un acueducto y emprender la construcción del alcantarillado y la pavimentación. El Departamento no ha podido contar sino con 90,000 pesos para trabajos de saneamiento en siete puertos marítimos, dos terrestres y dos fluviales (Barbacoas y Puerto Berrío). La campaña contra el mosquito es dirigida por un médico jefe del saneamiento, quien tiene como colaboradores dos o más inspectores de sanidad local, y dos o más agentes de policía sanitaria. Cada campaña tiene un revisor que fiscaliza y ordena los trabajos de los inspectores, agentes de policía, y obreros, e informa detalladamente al médico jefe.

En Buenaventura hay un médico jefe, cinco inspectores y cinco agentes de policía, habiéndose realizado 49,522 inspecciones de casas en 13 meses (3,047 infectadas) y 12,251 inspecciones de charcos (2,381 con larvas). El índice acéidico ha sido de 1 por ciento, y el anofelino de 6 por ciento. En Tumaco, además del

médico de sanidad, hay un revisor, dos inspectores, dos agentes y los obreros necesarios. Inspecciones de casas, 36,687 (3,976 infectadas); vasijas a prueba de mosquitos, 3,787; índice aédico, 0.5 por ciento. En Barbacoas hay un médico de sanidad, un inspector y dos agentes. Es muy importante cuidar la sanidad en este puerto, porque en alguna época lejana fué un foco de fiebre amarilla. Últimamente se ha presentado allí una extensa epidemia de gripe y de paludismo. En Guapí hay un médico de sanidad, a quien se le han suministrado drogas para combatir el paludismo, la amibiasis, el pian, etc. El médico de sanidad ordenado por la ley no se pudo establecer en el Charco, por falta de partida, y hubo necesidad de comisionar al Dr. Octavio Isaacs para combatir allí una grave epidemia de gripe y paludismo. El puerto de Cartagena ha requerido más personal, por ser allí abundante el mosquito y muy favorables para su desarrollo las condiciones de la ciudad. El médico de sanidad es el jefe de saneamiento, y un médico ocupa el puesto de revisor, contando además con tres inspectores y cuatro agentes. Hace cinco años, el índice aédico alcanzaba a 65 por ciento, cifra en extremo alarmante, pero tras una campaña emprendida en 1926 con la cooperación del Sr. G. O. Richardson se logró reducirlo al 15 por ciento. Desgraciadamente, la falta de partidas suficientes obligó a reducir muchísimo el personal, por lo cual el índice ha vuelto a subir ya a más del 50 por ciento. La falta de un acueducto obliga a mantener numerosas cisternas y otros depósitos de agua, en que se desarrollan abundantemente los mosquitos aédicos y el *Culex quinquefasciatus*, propagador del dengue y la filariasis. En Puerto Colombia ha funcionado una comisión sanitaria presidida por el médico de sanidad y formada por personas patriotas. Aunque el dinero de que se dispone es muy poco, se han hecho algunos desagües y alcantarillas. Habiéndose presentado últimamente una verdadera epidemia de paludismo grave, fué necesario aumentar el personal para librar una campaña más activa contra los mosquitos. Santa Marta cuenta con un médico jefe, un revisor, dos inspectores locales y cuatro agentes, además de los obreros necesarios. Por haberse presentado algunos casos sospechosos de ictericia, acompañados de fiebre y albuminuria, el Departamento Nacional de Higiene concedió permiso a la Fundación Rockefeller para estudiar los casos, enviándose al Dr. George H. Ramsey, quien llegó allí a principios de abril último. Tomados los sueros de cinco personas convalecientes, resultaron negativas de fiebre amarilla las pruebas de inmunización de monos y ratones. En Santa Marta es muy abundante el *Aedes*, cuyo índice es mayor del 40 por ciento. Con respecto a Ríochoacha, no ha sido posible destinar partida alguna para su saneamiento, y hubo necesidad de suprimir el inspector. Abundan allí la disentería y el paludismo, debido a falta de acueducto, y existencia de pantanos y depósitos de agua. El personal sanitario de Cúcuta consta de un médico jefe, dos inspectores, tres agentes, y los obreros necesarios. Hace algunos lustros esta ciudad y las poblaciones cercanas a ella fueron foco de fiebre amarilla, de manera que desde que se inició la campaña contra el mosquito se ha cuidado de mantenerla activamente en Cúcuta, lográndose reducir el índice aédico al 0.5 por ciento, y aun a cero en muchas épocas del año, y el anofelino al 5 por ciento. Falta allí un acueducto, pero ya se han formado los planos y los presupuestos de la obra. En Ipiales hay un médico de sanidad, un inspector y tres agentes. La principal obra ha sido el acueducto, que pronto quedará terminado. Florencia cuenta con un médico de sanidad, quien en el primer semestre de 1931 aplicó 12,100 tratamientos a enfermos de paludismo, pian, amibiasis, etc. En Puerto Asís hay también un médico de sanidad, encargado del tratamiento de las susodichas enfermedades. Barranquilla tiene un médico de sanidad, un revisor, tres inspectores y cinco agentes, además de los obreros necesarios. El mosquito paludífero no es allí tan abundante como en los demás puertos del Magdalena, pero sí el *Aedes*, cuyo índice ha llegado hasta al 40 por ciento. En el curso de un año se han realizado los siguientes trabajos: inspecciones domiciliarias, 11,592; revisión de edificios, 2,796; habitaciones en ma

estado sanitario, 4,838; excusados construídos, 232; y criaderos de mosquitos erradicados, 732. En 12 meses el médico de sanidad del puerto visitó y examinó 899 buques, vacunó a 1,653 tripulantes y practicó 28,227 exámenes a tripulantes. En Puerto Berrío hay un médico jefe y un inspector, además de algunos obreros. Se han hecho desmontes y drenajes en terrenos pantanosos, y ordenado la construcción de varios excusados. Las obras de saneamiento del puerto, incluso acueducto y alcantarillado, van progresando. En La Dorada sólo hay dos inspectores y un agente para atender a la sanidad del puerto. El relleno de las lagunas cercanas a la población ha hecho disminuir tan considerablemente los mosquitos, que hay épocas en que desaparecen completamente. El Gobierno del Departamento de Caldas trabajó últimamente en el saneamiento del puerto, y a él se deben varias obras muy importantes.

Peces larvicidas.—En nuestros puertos del Atlántico el índice aédico llega a 60 por ciento, y lo mismo sucede en los del Magdalena, lo cual indica la necesidad de seguir activamente la campaña contra el mosquito. Afortunadamente, en nuestro territorio se encuentran varias especies de peces larvívoros, y el Dr. Henry Hanson implantó su empleo en Colombia en 1923, hallando variedades apropiadas: en Barranquilla, el mero, que según el Dr. C. H. Eigemann es un *dormitator*; en Cartagena, el poeilla; en Bucaramanga, tres especies diferentes, pero poco abundantes, una de ellas la laucha (según Eigemann, *Pygidium striatum*); en Santa Marta el pipón (según Breder, *Allopecilia caucana*); y en Cúcuta, peces de la misma clase que en Bucaramanga.

Frambesia.—De varias direcciones departamentales llegaban a la Dirección Nacional alarmantes informes respecto a la propagación de la enfermedad llamada pian, conocida entre nosotros con el nombre de bubas, que anteriormente estaba circunscrita a las márgenes de los grandes ríos como el Magdalena y el Cauca, y ya extendida a las poblaciones de las riberas de sus afluentes y a otras más lejanas. Para combatir tan grave enfermedad, resolvió la dirección crear una comisión sanitaria, y para dirigirla se aprovecharon los servicios del Dr. Salvador Jaramillo Berrío, quien había dirigido la lucha de 1921 a 1924 en el norte del departamento de Antioquia, y en varios municipios del de Bolívar. Al crearse la comisión en 1925, fué nombrado jefe el Dr. Jaramillo Berrío, quien solicitó como ayudante al Dr. Jorge E. Delgado U. Ese año se emprendieron labores en el río Magdalena y se localizó el trabajo en El Banco, y luego se trabajó en Puerto Berrío, centro de una región muy invadida. En 1926, 1928 y 1929 se agregó más personal. En enero de 1930 hubo que reducir el personal de la Comisión, la cual quedó formada por los Dres. Jaramillo Berrío, Gabriel Olózoga, y Jesús Peláez B., bacteriólogo. Esos médicos han trabajado en el río Magdalena, en la región del río César, en el bajo y el medio Sinú, y en el Bajo Cauca.

El gobernador del Departamento de Caldas, Dr. D. Gutiérrez y Arango, creó una comisión médica para combatir el pian, que ha tenido por centro de acción a Victoria, pero extendiendo su acción a más de diez importantes municipios muy infectados. Los médicos que han trabajado en esa labor sanitaria han obtenido éxito no solamente en el tratamiento del pian, sino de otras graves enfermedades, entre ellas paludismo, fiebre recurrente, disentería amibiana, uncinariasis y leishmaniasis. Para facilitar la lucha, la Dirección obtuvo una magnífica *lancha* con un pequeño *laboratorio* bacteriológico y un botiquín. En el último semestre

de 1930, la lancha hizo nueve viajes, y en los primeros meses de 1931 dos más, recorriendo en la última excursión 1,800 kms., abarcando 14 caseríos, y examinando 505 enfermos. En 1930 se nombró al Dr. Rafael Mejía, quien trató enfermos en la región de Tarso y Valencia, y pasó a Quibdó para establecer en el Chocó la campaña, pero desgraciadamente, en esos días hubo que suspender completamente sus funciones, por no quedar partida disponible. Como en el Chocó hay una gran proporción de enfermos, el Departamento resolvió encargar al médico de sanidad de Quibdó el tratamiento. En marzo principió el Dr. Rodríguez a hacerlo, y hasta la fecha había tratado más de 900 casos, casi todos con buen éxito. Quienes han combatido la gran labor higiénica y social de la Comisión Nacional contra el pian, no conocen los resultados obtenidos.

Los veintiséis médicos que dedicaron sus energías a la campaña de julio 1925 a marzo de 1931, trataron a 19,185 enfermos, de los cuales curaron completamente 12,322, y mejoraron de modo que pudieron volver a trabajar 3,994, en 44 lugares de seis departamentos del país.

Paludismo.—En mi carácter de Director Nacional de Higiene, me dirigí durante varios años al Gobierno y al Congreso para llamarles la atención respecto a la necesidad urgente de emprender una seria y científica campaña contra el paludismo. A fin de obtener la cooperación de la Fundación Rockefeller, me dirigí a los directores de la misma, y después de algún tiempo enviaron al Dr. H. H. Howard, con quien acordamos las bases para un proyecto de campaña. Habiendo venido el Dr. Marshall Hertig, técnico entomólogo, organizó la Dirección una comisión para hacer un estudio preliminar, compuesta del Dr. Hertig y del epidemiólogo, Dr. Moreno Pérez. El Dr. Hertig rindió un detallado informe, en que hace la relación de todos los lugares visitados, con la descripción de los criaderos de anofelinos y la clasificación de éstos.

En Buenaventura encontró un índice esplénico de 20 por ciento, y en Córdoba de 49 por ciento. En el valle del Alto Cauca el índice esplénico varió mucho: desde 0 en Popayóan, Riófrío y Yotoco, hasta 23 por ciento en Palmira y 32 por ciento en Candelaria. La región alta casi no es palúdica. El principal anofelino hallado allí fué el *A. pseudopunctipennis*, y muy pocos *pseudomaculipennis*. Otras especies encontradas en una o dos ocasiones fueron: *argyrotarsus*, *bachmani*, *albitarsis*, y *vestitipennis*, lo cual demuestra que el grupo *nyssorhynchus* está pobremente representado. En la región del Quindío, montañosa, no hay mucho paludismo ni muchos criaderos. El principal anofelino fué el *argyrotarsus*, con algunos *pseudopunctipennis*. El índice esplénico promedió 2.76 por ciento. En la región de Pereira a Medellín, las partes más altas son muy poco palúdicas, aunque algo frecuentes los criaderos. En las alturas menores existe algún paludismo, y el *argyrotarsus* fué casi el único anofelino hallado. El índice esplénico no reveló paludismo. En el valle del río Medellín, de Caldas hacia el norte, a altura de unos 1,500 metros, que comprende bastantes ciudades además de la de Medellín, el problema palúdico se diferencia, pero más en grado que en naturaleza. El único anofelino es el *argyrotarsus*, y se encontraron muchos bazos ligeramente aumentados, pero solamente en dos de 580 niños, lo suficiente para tomarlo como índice significativo. En el valle del Bajo Cauca, a altura de unos 500 metros, región palúdica, como todo estaba seco, prácticamente no existía criadero alguno. El índice esplénico en Antioquia y Sopetrán fué de 2 por ciento, y en Bolombolo de 25 por ciento. El valle del Alto Magdalena ha sido notoriamente

una región palúdica, pero como la estación era seca, no se pudo encontrar anofelino alguno. La situación ha cambiado favorablemente en el último año, por los trabajos ejecutados en algunos puertos. El índice esplénico medio fué de 10 por ciento. El valle del Bajo Magdalena puede tomarse como representativo de las regiones calientes, palúdicas, escasamente pobladas y atrasadas económicamente. De los lugares visitados por la comisión, se escogió el puerto de Girardot para hacer un estudio previo, que sirva de base para iniciar la campaña antipalúdica, que se tiene en proyecto con la colaboración de la Fundación Rockefeller.

Protección de la infancia.—A fines del año 1929 fué que se pudo organizar este importante servicio, que se había retardado por falta de recursos. Según datos de la sección de estadística del Departamento, en 1929 hubo 238,794 nacimientos, y murieron 40,674 niños de un día a dos años de edad, o sea por cada mil, 123 de un día a dos años, y 12,651 de ellos sin asistencia médica ni ningún otro cuidado. Las causas fueron: enfermedades agudas del aparato digestivo, 9,624; del aparato respiratorio, 14,373; enfermedades infecciosas, 7,780; debilidad congénita, 2,293; “raquitismo,” 3,294; y el resto abarcan varias enfermedades mal definidas o no especificadas. La estadística de la mortinatalidad es deficiente. Los datos obtenidos indican que hubo seis nacidos muertos por cada 100 nacimientos normales, revelando la influencia del alcoholismo, la sífilis, la miseria, la fatiga o el trabajo excesivo, y falta de cuidados de la madre. El servicio de protección a la infancia queda dividido en dos secciones, una destinada a los niños sanos, y otra a los niños enfermos.

En la primera sección, los niños que necesitan protección social reciben en las gotas de leche la alimentación y los cuidados indispensables hasta los 12 a 18 meses. Los resultados obtenidos son muy benéficos y han reducido la mortalidad infantil de los primeros meses de la vida, pero una vez salidos de esos establecimientos, los niños quedan expuestos a grandes peligros. La Dirección Nacional de Higiene satisfizo una gran necesidad estableciendo los consultorios para niños sanos, donde se enseña a las madres el modo de preparar los alimentos adecuados y las nociones más importantes de higiene. Otra función de esos dispensarios es vigilar los domicilios de las madres. La protección del niño debe principiar por la que debe darse a la madre antes del nacimiento del hijo, y para tan necesario servicio hay un consultorio obstétrico dependiente del Departamento Nacional de Higiene. Además, hay otro muy bien organizado y sostenido por la Dirección de Higiene del municipio de Bogotá. Hay también un servicio de obstetricia a domicilio. Completa este servicio una oficina de inspección de nodrizas. A esta sección ha prestado su colaboración la Cruz Roja. El servicio prenatal no será completo sino cuando las leyes permitan a las obreras dejar de concurrir a su trabajo por cuatro semanas antes del alumbramiento y cuatro meses después, reconociéndoles parte del salario y reservándoles sus puestos.

El personal del consultorio es el siguiente: un médico encargado de la consulta preventiva, un médico para servicio prenatal y obstétrico a domicilio, y dos enfermeras. Desde el 1º de junio de 1930 al 1º de junio de 1931, se han prestado 3,356 consultas para niños y 1,378 de higiene prenatal, sin contar los tratamientos administrados, que suman millares. Las 3,356 consultas corresponden a 1,704 niños, de los cuales enfermaron 102 y fueron oportunamente hospitalizados. A la consulta prenatal acudieron 545 madres. La segunda sección está destinada a la protección de los niños pobres enfermos, y se estableció en un amplio e higié-

nico edificio. En el curso del año se prestaron 12,250 consultas, y 6,176 casos fueron tratados especialmente. Las enfermedades que predominaron fueron: afecciones gastrointestinales, 1,638; helmintiasis, 921; bronquitis, 621; tos ferina, 270; sífilis, 264; y neumonía, 190. Entre las 101 defunciones predominaron la diarrea-enteritis, 58; neumonía y bronconeumonía, 13; bronquitis, 12; y tos ferina, 7.

Por no haber partida, no se ha podido principiar la organización de los servicios de inspección escolar; protección de los niños en la industria, maltratados, o en peligro moral; asistencia o educación de los anormales o retardados; e instituciones de regeneración y corrección. Esta campaña hasta hoy no se ha podido iniciar sino en Bogotá, y es necesario extenderla a todos los departamentos. De gran importancia para continuarla, es organizar el Consejo de Asistencia Pública como entidad asesora. También es necesario organizar el Instituto Tutelar creado por la ley.

Tuberculosis.—La tuberculosis es ya en Colombia un peligro mucho mayor que el de la lepra, por ser mucho más contagiosa. Hasta hace unos 20 años era tan poco frecuente, especialmente en las alturas, que llamaban la atención los casos comprobados, pero poco a poco ha avanzado, hasta alcanzar proporciones alarmantes. Las leyes 66 de 1916 y 15 de 1925 se han quedado escritas, porque los presupuestos no han incluido sino sumas insignificantes para cumplirlas. La ley 66 destinó una suma anual para fomentar el establecimiento de dispensarios antituberculosos, y algunos establecimientos emprendieron la fundación de éstos, pero desgraciadamente, no se han obtenido partidas suficientes para cumplir siquiera en parte esa ley. Según la Sección de Estadística, la tuberculosis ocasionó en 1929, 2,368 defunciones en la República, pero esa cifra es deficiente, pues se refiere tan sólo a defunciones certificadas por médicos, y es claro que por lo menos han ocurrido mil más. Si se tiene en cuenta que fallecen 10 enfermos por cada 100, se puede estimar en 33,000 el número de tuberculosos en la nación. Para luchar contra tan grave mal, no hubo en el presupuesto del año pasado sino \$12,000, y en el de este año \$10,000. La mayor parte de esa suma se empleó en auxiliar la fundación y sostenimiento de pabellones para tuberculosos en los hospitales de los departamentos, pero no ha habido dinero para fundar siquiera un dispensario o un sanatorio. Las pequeñas sumas de que se podía disponer se han empleado en la fundación de una escuela de enfermeras visitadoras, y el establecimiento de la vacunación antituberculosa.

La escuela de enfermeras visitadoras se organizó a principios de 1930 con la cooperación del Dr. José María Montoya y de dos enfermeras visitadoras graduadas en los Estados Unidos, cuidadosamente elegidas por la Fundación Rockefeller. El 9 de mayo último terminaron sus estudios y obtuvieron su diploma 32 alumnas, la mayor parte ya prestando servicios a la nación, al Departamento de Cundinamarca y al municipio de Bogotá. El 20 del mismo mes se abrió de nuevo la escuela con un programa más completo y que exige 18 meses de estudio. Hay matriculadas 31, de modo que cuando el Gobierno disponga de dinero para establecer dispensarios, habrá un personal instruido y bien preparado.

Alcoholismo.—Las leyes 88 de 1923 y 88 de 1928, permitieron iniciar y seguir una campaña antialcohólica, mas tropezando con muchos inconvenientes, por afectar intereses fiscales. Desgraciadamente, la situación fiscal de la nación obligó al Congreso a expedir la ley 47 de 1930, que suspendió las disposiciones más importantes de aquellas leyes. Las medidas contra el alcoholismo deben comprender principalmente una campaña contra la chicha y el guarapo. Este problema está íntimamente ligado al defectuoso régimen alimenticio de los trabajadores.

En un estudio que publiqué en años pasados, se establece que es bien fácil corregir los defectos de la alimentación en los trabajadores. Nuestros agricultores y los industriales pueden remediar esta situación aumentando el salario de los trabajadores, o facilitándoles una buena alimentación y mejorando sus habitaciones, con lo cual llegarán a obtener mayor rendimiento en el trabajo. La Dirección Nacional de Higiene, y luego el Departamento Nacional, han dictado las medidas necesarias para hacer cumplir las disposiciones relativas a la composición de las bebidas fermentadas y de las alcohólicas, al expendio y fabricación de las mismas, y a su introducción. Teniendo en cuenta que la instrucción es una de las medidas primordiales, se han distribuido cuadros murales a las escuelas primarias, para que los maestros dicten lecciones claras y sencillas de acuerdo con las instrucciones que sobre el particular les dan los directores departamentales. El Departamento Nacional de Higiene ha redactado una cartilla antialcohólica para las escuelas y colegios.

Venéreas.—Ni la Junta Central ni la Dirección Nacional de Higiene dejaron de pedir al Gobierno y a los Congresos que asignaran partidas suficientes para organizar la lucha contra las enfermedades venéreas. Son principalmente los jóvenes las víctimas y, según las estadísticas de los dispensarios de Bogotá, de 15 a 17 años de edad. El número de enfermos que van a los dispensarios departamentales aumenta cada día, sin que se les pueda atender. Las direcciones departamentales han obtenido en casi todos los departamentos que se funden dispensarios antivenéreos, pero en muy pocos, que al mismo tiempo que se examina y se trata a los enfermos, se hospitalice a los que hayan de mantenerse aislados por algún tiempo. De acuerdo con lo dispuesto en la ley No. 1 de 1931, el Departamento ha venido estudiando qué disposiciones deben adoptarse, pero antes de adoptar el proyecto formado, ha resuelto someterlo a la consideración de una junta consultiva. Sin embargo, este programa no podrá cumplirse ni en mínima parte, si los presupuestos no destinan partidas suficientes.

Narcóticos.—La campaña contra los narcóticos y demás drogas se ha seguido mediante la aplicación de las leyes respectivas. Se han fijado los requisitos para la importación y la venta, y se ha adoptado la lista de las sometidas a estas restricciones, tomando en cuenta las disposiciones de la Conferencia Internacional del Opio. La reglamentación y la vigilancia son sin duda parte muy principal de la campaña, pero es necesario completarla con la persecución efectiva del contrabando y el aislamiento de los toxicómanos. La ley 11 de

1920, que fué la primera para reprimir el vicio, era insuficiente respecto a sanciones. La ley 118 de 1928 llenó ese vacío, imponiendo no solamente fuertes multas, sino prisión. Desgraciadamente, faltan claras disposiciones sobre la manera de hacer efectivas las penas. Para vigilar el comercio y fiscalizar el expendio, es necesario un cuerpo de policía sanitaria, la cual, creada en 1925, no funcionó sino en 1928 y 1929. La estadística del Departamento demuestra que la supresión de la policía sanitaria hizo duplicar el consumo de narcóticos en 1930, aumentando en los departamentos de Antioquia, Bolívar, Boyacá, Cundinamarca, Caldas, Cauca, Huila, Magdalena y Tolima, de 17,791 kg., 24,832 ampollitas y 6,515 tabletas de morfina en 1929 a 32,502, 31,940, y 19,600 en 1930; y de 20.320, 1,964 y 400 de cocaína, a 51,309, 5,954 y 984, respectivamente.

De 1925 a 1928 aumentó la importación de drogas heroicas en diversas formas, pero en 1929 bajó extraordinariamente, y en 1930 volvió a aumentar y alcanzó el máximo. En el presupuesto de este año se incluyó una partida para hospitalizar a los toxicómanos, como ordena la ley 118 de 1928. El Departamento Nacional ya había contratado un magnífico local para hospital a pocas horas de Bogotá, cuando se declaró que el gasto no podía hacerse en estos momentos. Cumpliendo la Convención del Opio, el Gobierno dispuso que no pudiera hacerse ninguna introducción de narcóticos y demás drogas habituógenas, sin un permiso expreso del respectivo director de higiene, refrendado en un puerto por el médico de sanidad. Los países signatarios de la Convención deben enviar al Comité Permanente del Opio su estadística trimestral. Colombia ha cumplido ese deber imperfectamente, porque el comité exige el peso neto, y en las aduanas se lleva la estadística en peso bruto. Al Departamento han llegado avisos de que en algunos puertos del Atlántico se importan narcóticos para los países vecinos, y se han dado instrucciones a los directores de higiene para que redoblen la vigilancia. En 1930 fueron introducidos legalmente en el país los siguientes narcóticos: opio: bruto, 169 kg.; preparado, 120 kg.; extractos, 30 kg.; morfina: pura, sales y preparaciones, 380 kg.; heroína, 5 kg.; benzoilmorfina y otros ésteres de la morfina, 30 kg.; hojas de coca, 200 kg.; cocaína pura, sales y preparaciones, 40 kg.; preparaciones de cáñamo indio, 322 kg.; y fueron decomisados los siguientes: opio bruto, 33 kg.; opio preparado, 3 kg.; morfina pura y sales, 47 kg.; heroína, 1.5 kg.; cocaína, sales y preparaciones, 13.5 kg.; y preparaciones de cáñamo indio, 160 kg.

Biodemografía.—A fin de organizar científicamente el servicio demográfico, la Dirección Nacional de Higiene obtuvo que la Fundación Rockefeller adjudicara al Sr. Roberto Concha una beca. Terminados sus estudios, el Sr. Concha practicó en la Oficina de Estadística Médica del Estado de Nueva York y tiene, por consiguiente, los conocimientos necesarios para formar y dirigir la Oficina de Estadística que está a su cargo. Cuando la ley 46 de 1919 creó un Laboratorio Oficial de Higiene, ordenó la publicación mensual de la estadística de las enfermedades infectocontagiosas. La ley 15 de 1925 ordenó la reglamentación de la estadística nosológica y demográfica. Con anterioridad a eso, la Dirección Nacional ya había iniciado la organización de la estadística médica. La Dirección ordenó la distribución de suficiente número de formularios para certificados de defunciones a todas las alcaldías, pero un considerable número de poblaciones no cuentan con

un médico graduado, y por esta razón las defunciones declaradas sin asistencia médica o por causas no especificadas o mal definidas, alcanzaron en 1929 a 30,994, ó sea 30.11 por ciento del total. La fiebre tifoidea da un total de 2,842, cifra que parece baja, pero como excluyendo la diarrea-enteritis y las helmintiasis hay todavía 8,027 defunciones por otras enfermedades del aparato digestivo, bien se puede pensar que ocultan muchas que corresponden a tifoidea y paratifoidea. Otro tanto se puede pensar de las 1,475 registradas por la tuberculosis del aparato respiratorio, comparadas con las 13,976 por enfermedades del sistema respiratorio, incluso bronquitis, bronconeumonía y neumonía; pues en Antioquia, por ejemplo, no aparece

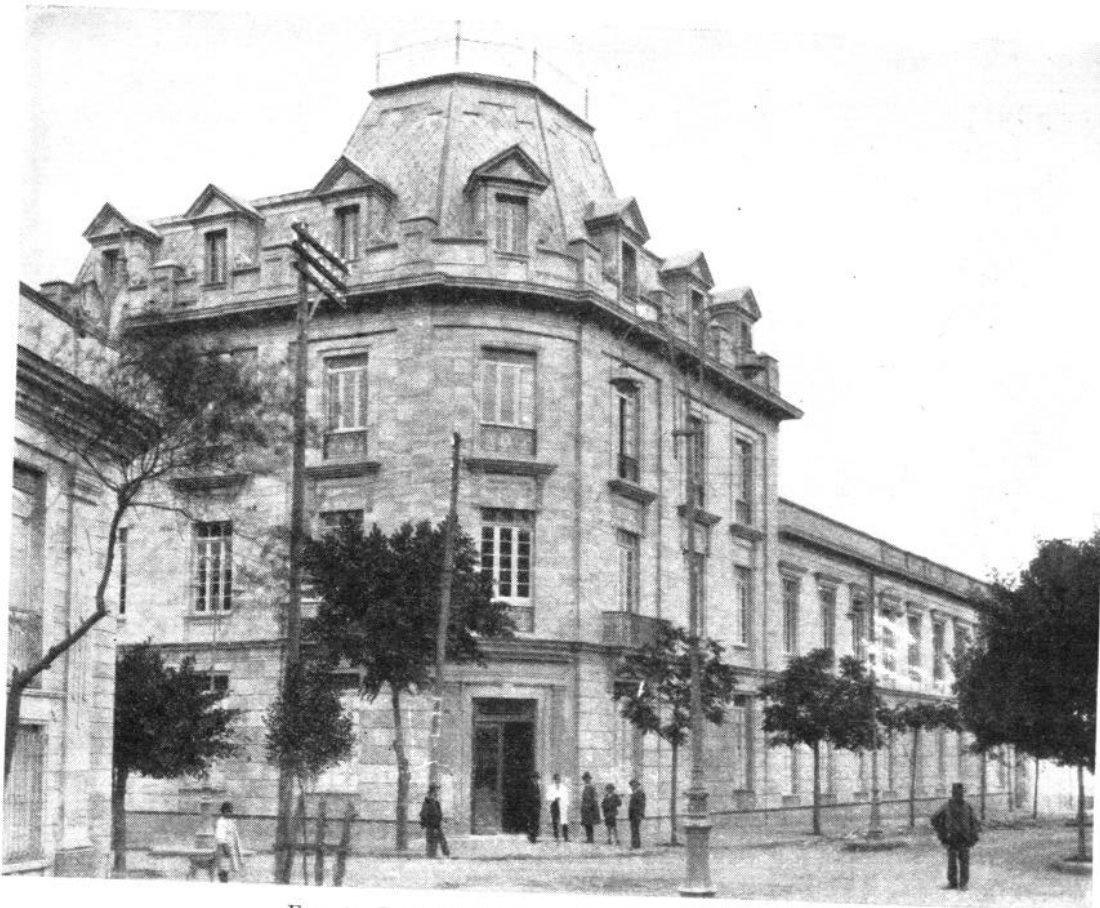


FIG. 1.—Instituto Nacional de Higiene de Bogotá

un sólo caso de tuberculosis del aparato respiratorio, y sí 1,578 de bronquitis, 244 de bronconeumonía y 706 de neumonía. Las defunciones por paludismo arrojan 2,683 y las anemias y clorosis 1,840, y cabe pensar que en estas últimas se incluyan muchas formas de paludismo. El cáncer alcanza un total de 1,249, y es de notar que al Departamento de Antioquia le corresponde un 45.87 por ciento de éstas. En 1929 ocurrieron por enfermedades epidémicas, endémicas e infecciosas, 19,329 defunciones, o sea 1,401 menos que en 1928; y el total de muertes llegó a 102,929, ó sea 4,645 menos que en 1928. En 1928 hubo 231,168 nacimientos, y en 1929, 238,749. Estas cifras se refieren exclusivamente a defunciones declaradas y registradas por las autoridades competentes, pero debido a la falta de cooperación

del cuerpo médico, es absolutamente imposible presentar una estadística de morbilidad completa. Las cifras referentes a nacimientos representan el número de bautizos registrados por los párrocos, y este registro forzosamente es incompleto. Las cifras de mortalidad para otras enfermedades fueron éstas en 1929: tos ferina, 4,995; difteria, 101; gripe, 2,756; enteritis, 1,191; disentería, 1,710; tétano, 417; tuberculosis extrapulmonar, 897; sífilis, 262; "raquitismo," 2,041; diarrea-enteritis en menores de dos años, 2,363, y en mayores de dos años, 772; helmintiasis, 2,062; ofidismo, 69; y estado puerperal, 1,375. La población de la República en 1929 estaba calculada en 7,851,000, siendo las poblaciones de más habitantes: Bogotá con 235,421; Barranquilla con 139,974; Cali con 122,847; Medellín con 120,044; y

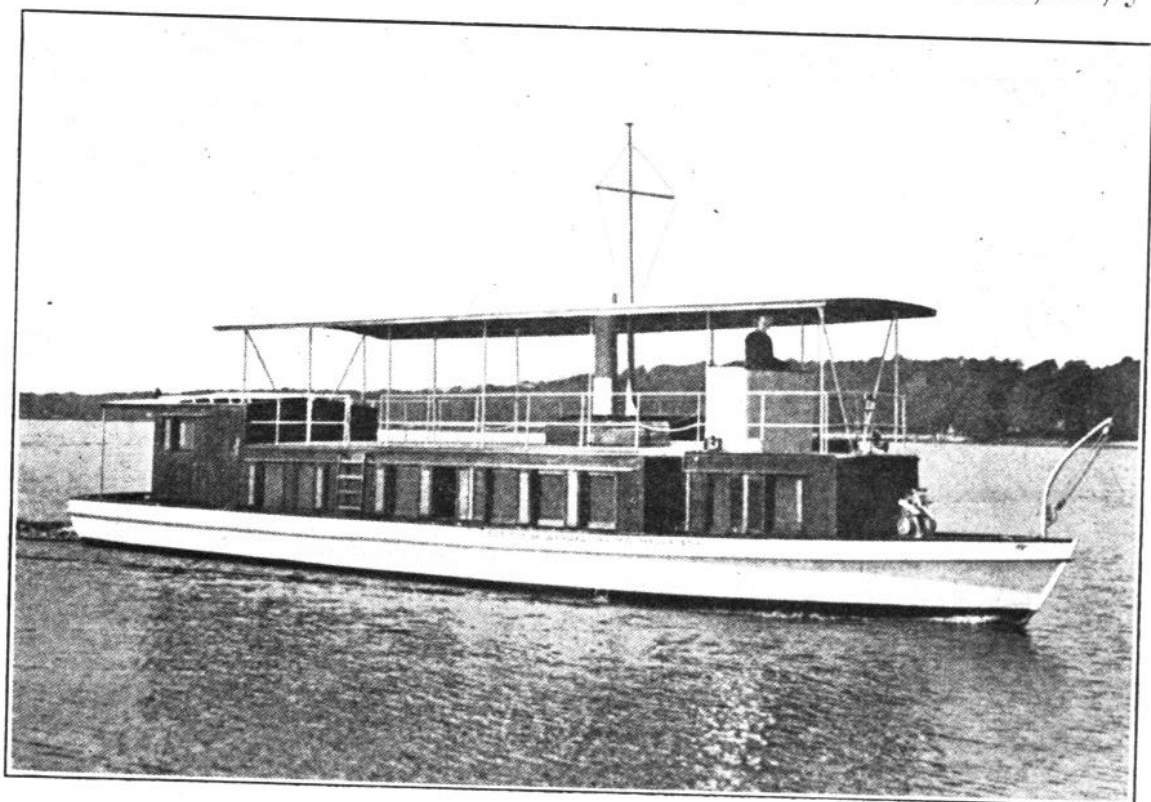


FIG. 2.—Lancha-laboratorio empleada con mucho éxito por el Departamento de Higiene de Colombia

Cartagena con 94,494. Según las cifras disponibles, la mortalidad general en 1929 llegó a 13.1.

Direcciones departamentales.—En las reducciones que el Gobierno se vió obligado a hacer sufrieron estas oficinas deducciones considerables. Además de que los sueldos quedaron rebajados, se suprimieron los servicios de policía sanitaria, indispensables para el servicio. Al mismo tiempo, se les han señalado nuevas y delicadas funciones. Sería una injusticia que el próximo presupuesto no restableciera las partidas que demandan los gastos. Hay también otras dificultades, que dependen muchas veces de que los concejos municipales o las asambleas expiden acuerdos u ordenanzas en que se dan atribuciones especiales a los directores municipales de higiene o a los inspectores

de sanidad. La expedición del Código Sanitario de la Nación remediaría todas estas dificultades.

Instituto Nacional de Higiene.—Desde que el Laboratorio Samper y Martínez pasó a ser propiedad de la Nación, se ha procurado que corresponda a los fines que se propuso el Gobierno: investigaciones de las enfermedades infecciosas; preparación de productos biológicos de uso humano; análisis de alimentos y bebidas; y otras actividades relacionadas con la salud pública. Hasta hoy, ha venido desempeñando el puesto de director científico el Dr. A. Peña Chavarría, quien se ausenta del país por haber terminado el contrato que celebró con el Gobierno para dirigir el establecimiento, que debe a su iniciativa mejoras de consideración. Al personal han ingresado los Dres.



FIG. 3.—Hospital de San José, Bogotá

Pedro J. Almánzar y Claudio Sánchez, quienes hicieron estudios especiales de bacteriología bajo los auspicios de la Fundación Rockefeller. El Dr. Almánzar se encargó de la sección de serología, y el Dr. Sánchez de la de bacteriología y diagnóstico. Como jefe de la sección de química ha continuado el Prof. A. M. Barriga Villalba. Aunque el instituto ha prestado muchos servicios, para realizar las reformas necesarias se establecerán las siguientes secciones, algunas ya funcionando: seroterapia, bacteriología, diagnóstico, y química.

Según el informe del director de la sección de química del instituto, la *leche* que se consume en Bogotá es mucho más pobre que la normal extranjera, pues el extracto medio es de 11 por ciento, y la materia grasa de 2.75 por ciento. Va a practicarse una serie de análisis de las aguas de Bogotá. Ha sido también conveniente vigilar la fabricación de las cervezas y bebidas gaseosas. En éstas no se ha vuelto a encontrar sacarina ni dulcina, pero esto se debe seguramente a que la gran mayoría de los análisis se han realizado en muestras remitidas por los mismos fabricantes. Es notorio, en muestras de fuera de Bogotá, el empleo de colorantes inconvenientes. Sería importante una revisión de los mismos y de las esencias. Se ha principiado un examen sistemático de las mantecas, y el 95

por ciento de las muestras se encontraron adulteradas con sebos y mantecas extranjeras de baja calidad. En muchas panaderías están reemplazando en la fabricación del pan, la manteca y mantequilla, por aceites minerales blancos e inodoros. Se ha terminado el estudio de los plátanos que se producen en el país, y otro de la yuca, y prosigue el de los cubios, chuguas e hibas para seguir con los demás y establecer el poder termógeno y dinámico de nuestros alimentos originales.

El valor de los análisis, productos fabricados y servicios prestados a entidades oficiales y particulares por el laboratorio en los 13 meses, subió a unos \$147,000, muy superior a lo destinado en el presupuesto para gastos de personal y material.

Parque de vacunación.—Este laboratorio, destinado a producir virus vacuno de ternera, ha funcionado con regularidad desde 1898, año en que se fundó, bajo la dirección del profesor de veterinaria, Dr.



FIG. 4.—Hospital de San Juan de Dios, Bogotá

Jorge Lleras. Desde entonces ha producido toda la vacuna anti-variolosa que ha necesitado la nación. En el año 1930 se produjeron 13,606 gms. de pulpa glicerizada, suficiente para 360,600 vacunaciones, a un costo de \$3,046.50; y en los primeros cinco meses de 1931, 4,216 gms., que han costado \$942. Cada dosis o vacunación viene a costar, pues, \$0.0022, o sea por un centavo, virus suficiente para cuatro vacunaciones.

Lepra.—Según la ley No. 1 de 1931, la Dirección General de Lazaretos es una sección del Departamento, pero la misma ley le otorgó autonomía completa, conservando las atribuciones anteriores. En los lazaretos hay muchos enfermos que no son peligrosos, por no encontrarse en ellos el bacilo, ni tener ulceraciones ni tubérculos. De

esos hay en los tres lazaretos 1,784 (forma nerviosa), que pueden vivir fuera, sometiéndose a observación. Sin necesidad alguna, son un gran peso para el Tesoro, pues cada uno cuesta 80 centavos diarios. Saliendo del lazareto, el Tesoro ahorraría \$520,928 anuales. Además, su salida implicaría la de las personas sanas que los acompañan. Muchas personas, entre ellas médicos, creen que el aislamiento a domicilio es peligroso, pero olvidan el hecho inexplicable de que vivan en los lazaretos de Colombia 7,575 leprosos con 9,193 personas sanas con quienes llevan constantes e íntimas relaciones, lo cual es mil veces más peligroso. El hecho de que en dos de los lazaretos se ha obtenido con la aplicación de ésteres de chaulmugra la curación de 170 leprosos, y que con el mismo se hallen en observación más de 300, que sólo se espera que termine el lapso de observación para declararlos curados, demuestra la necesidad de aplicar el tratamiento de un modo intenso a todos los leprosos, o a la mayoría de ellos.

El sistema que la Dirección General de Lazaretos ha seguido es, sin duda, muy acertado: reglamentar el tratamiento dirigido por los médicos oficiales, y el aplicado por los médicos contratados por los Departamentos. Es preciso aumentar el número de los médicos oficiales, porque no pueden actualmente atender sino difícilmente a las enfermedades comunes, y están mal remunerados. Los tratamientos cuyo empleo hayan de contratar la nación o los Departamentos, deben reglamentarse de manera que los médicos los hagan personalmente, y con médicos colaboradores competentes. Debe haber una comisión de médicos extraños al lazareto, que juzgue de los resultados del tratamiento. Muy conveniente sería establecer dispensarios antileprosos donde fueren necesarios. Para establecerlos, es absolutamente indispensable derogar la disposición que hace obligatorio el aislamiento en los lazaretos. Número de asilados en los leprosalarios el 1° de julio de 1931: Agua de Dios, 3,891; Contratación, 3,313; y Caño de Loro, 371; de ellos 4,111 hombres y 3,464 mujeres. La sección de lazaretos ha continuado a cargo del Dr. Alejandro Herrera Restrepo desde 1919.

Uncinariasis.—Según la ley No. 1 de 1931, esta sección quedó formada por el anterior Departamento de Uncinariasis, que conservó las facultades que tenía anteriormente y, por consiguiente, el jefe de la misma nombra sus subalternos y tiene además autorización para crear y suprimir empleos dentro de las partidas del presupuesto. Es jefe de esta sección el Dr. George Bevier, quien la ha dirigido desde hace varios años, y a cuya competencia se deben los buenos resultados obtenidos con la cooperación de la Fundación Rockefeller, según contrato que vence el 31 de diciembre de 1931. Por separación temporal del Dr. Bevier, el Gobierno nombró para reemplazarlo al Dr. Carlos Franco F., antiguo colaborador de esta campaña. Desde hace algún tiempo, la sección viene prestando atención especial al saneamiento del suelo, aprovechando el ambiente conseguido con la

obra educativa y de propaganda desarrollada por las comisiones que visitaron gran número de poblaciones, administrando vermífugos e ilustrando a las gentes sobre la enfermedad. Se ha trabajado porque los municipios establezcan el servicio de inspecciones sanitarias municipales, y se ha logrado interesar a algunos para que, por lo menos en parte, corran con el pago de una inspección sanitaria municipal. En la actualidad, hay inspectores sanitarios municipales sostenidos en parte por el municipio y en parte por la oficina, en 7 poblaciones del Departamento de Caldas, una del Cauca, 4 de Santander del Norte, y 4 del Valle; y pagados íntegramente por la oficina en las siguientes poblaciones: Caldas, Palestina, Timbío, Cúcuta, Durania y Bolívar. Desde el 1° de julio de 1930 hasta el 30 de junio de 1931, se administraron 40,211 tratamientos para uncinuriasis y 6,573 para otros parásitos, y se hicieron 8,675 exámenes coprológicos en Bogotá, de los cuales 13.9 fueron positivos, comparado con 75.3 por ciento entre 4,798 efectuados en otros lugares.

Código Sanitario Panamericano.—Tocó a la actual administración obtener del Congreso la expedición de la ley 51 de este año, aprobando el Código Sanitario Panamericano. La expedición de este código se debe a la iniciativa de Colombia, pues fué el Dr. Guillermo Valencia, jefe de la delegación colombiana a la V Conferencia Panamericana, quien propuso se encargara a la Oficina Sanitaria Panamericana de presentar un proyecto de Código Sanitario Marítimo Internacional a la VII Conferencia Sanitaria Panamericana. El código llenó muchos vacíos de las convenciones sanitarias internacionales celebradas en Wáshington en 1901 y en París en 1912, y amplió la obra de defensa internacional. La ley de Colombia ratificó también el memorándum o protocolo firmado en la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana en Lima.

Altruismo de la medicina.—La medicina no puede ser, en la actualidad, una profesión en beneficio propio, aun cuando este beneficio se logre aliviando la tos y el reuma de nuestros semejantes. La medicina es una forma de cooperación fundamental y primaria al bien común, y sólo al margen de esa misión puede ser un modo para ganar, modestamente, su vida el que la ejerza. Ningún estudiante debe entrar hoy en las facultades si no está previamente trascendido todo su espíritu de esta gran verdad. Lejos, por lo tanto, de aquel criterio con que todavía en mi tiempo se computaba antes de elegir la carrera cuál de ellas ofrecía un tanto por ciento más saneado de probabilidades de éxito material. Entonces, es cierto, se decía también que para ser médico se necesitaba ante todo vocación. Pero esto que sólo se decía por el bien parecer, debe hoy constituir el momento esencial de la elección de la carrera. La medicina es una profesión de vocación, de vocación áspera, aun para el que esté predestinado a los grandes triunfos. De vocación áspera, porque para todos ha de ser cada día un camino de desinterés y de renunciaciones.—Gregorio Marañón, *Gaceta Médica Española*.