

La Organización de los Servicios Sanitarios en el Perú*

Por el DR. SEBASTIÁN LORENTE

Director de Salubridad

I. Introducción General

1. Superficie

El territorio del Perú es atravesado de norte a sur por la Cordillera de los Andes. La mayor parte de su superficie es, pues, muy accidentada y montañosa. La cordillera divide el territorio en tres zonas diferentes: la Costa, la Sierra y la Montaña (como se llama en el Perú a la región de la selva o la floresta). El clima de la Costa es templado, el de la Sierra generalmente frío y el de la Montaña cálido.

2. Población

No se tiene una cifra reciente de la población del Perú. El último censo nacional, efectuado en 1876, indicó un total de 2,699,106 habitantes, al cual escapaba seguramente una gran parte de la población de la Montaña imposible de empadronar debidamente. Una comisión especial de la Sociedad Geográfica de Lima fijó la población en 4,609,999. Se calcula que en la actualidad se eleva a más o menos 5,000,000. Para salvar este vacío de la estadística nacional, se ha expedido la ley No. 4171 que autoriza al Gobierno a llevar a cabo un nuevo censo. Próximamente se tendrá, en esta virtud, la cifra precisa que por ahora falta.

La mayor parte de la población del Perú es india y mestiza. La proporción de la población india pueda ser calculada aproximadamente en 3,000,000; la población mestiza, esto es, originada por el cruce de los aborígenes con los españoles, pasa probablemente de 1,300,000; y la población blanca está estimada en alrededor de 600,000. Hay, además, en el Perú, cerca de 100,000 negros, descendientes de los esclavos importados por los españoles durante la época colonial para el trabajo de las haciendas de la Costa y cuya manumisión decretó la República; y más o menos 40,000 individuos de raza amarilla,

* Informe presentado a la Primera Conferencia Panamericana de Directores de Servicios de Sanidad Pública, celebrada en Washington en los días 27, 28 y 29 de septiembre de 1926.

aportados por la inmigración china y japonesa. La inmigración china, que tuvo por objeto, a mediados de la pasada centuria, proporcionar braceros a la agricultura de la costa, falta de brazos por el enrarecimiento demográfico producido en esta región por la política colonial de España, ha sido en los últimos años prohibida por el Estado como inmigración de *coolies*.

La inmigración de europeos, a la cual tiende el Estado, es aún muy reducida. Se registra casi únicamente un pequeño movimiento de inmigración italiana. Las principales colonias europeas son la italiana, la alemana y la española.

Con el propósito de organizar y fomentar la inmigración, el Gobierno ha creado recientemente en el Ministerio de Fomento un Comisariato General de Inmigración, que tiene a su cargo todas las labores relacionadas con este capítulo del programa gubernamental.

3. Mortalidad general en 1924

La falta de censo no consiente ofrecer cifras exactas referidas a 1,000 habitantes. Los datos estadísticos dan la cifra de 80,000 defunciones anuales. Pero esta cifra es apenas aproximada, pues sólo en los últimos años, con la reorganización del servicio sanitario en la República, la Dirección de Salubridad ha empezado a recibir los datos demográficos precisos de los médicos departamentales y provinciales, que consentirán, en lo venidero, una estadística completa.

La cifra de la mortalidad general en Lima en el año de 1925 fué de 5,501. Con referencia a la cifra de la población arrojada por el censo de la Capital y sus distritos en 1920—228,740 habitantes—a la que se supone en los últimos cinco años un apreciable aumento, la mortalidad ha sido de 28.95 por mil.

4. Mortalidad infantil en 1925

Por las mismas razones que no es posible tener las cifras y proporciones de la mortalidad general de la República, no es tampoco posible establecer las de la mortalidad infantil.

El servicio de Demografía y Estadística de la Dirección de Salubridad empieza sólo ahora a controlar el movimiento demográfico de la población urbana. En la comuna de Lima la mortalidad infantil ha sido en 1925 de 23.81 por cada cien nacidos vivos. En la comuna del Callao, ha sido de 23.35.

5. Natalidad

La natalidad general está calculada en 150,000 nacimientos, cifra que hay que tomar con la reserva correspondiente. La natalidad en

Lima ha sido en 1925 del 39.22. En el Callao ha sido del 35.90 en el mismo año.

6. Presupuesto de Sanidad

El Presupuesto General de la República para el año 1925 fijaba, así los ingresos como los egresos, en Lp. 8,862,245. Los ingresos durante el ejercicio fueron de Lp. 9,146,514 y los egresos de Lp. 9,489,291, en virtud de créditos adicionales votados por el Congreso después de la dación del presupuesto.

El presupuesto ordinario de la Dirección de Salubridad y los servicios de su directa dependencia fué de Lp. 101,735. Mas, en el curso del año, habiéndose presentado la necesidad de campañas sanitarias extraordinarias en algunas zonas de la Costa, en las cuales las lluvias e inundaciones excepcionales de este año produjeron una epidemia de paludismo, fué preciso el gasto extraordinario de Lp. 50,000 aproximadamente.

Además del presupuesto de la Dirección de Salubridad, figuraron en el Presupuesto General de la República de 1925, las siguientes partidas relativas a la higiene pública, en los diversos Ministerios:

Ministerio de Gobierno y Policía (Asistencia Pública, Sifilicomio y Morgue de Lima).....	Lp. 5,574
Ministerio de Justicia (Medicina Legal, Servicio Médico de las Prisiones), Instrucción (Inspección de Educación Física e Higiene) y Beneficencia (Subsidios a Sociedades y Hospitales de Beneficencia)	27,184
Ministerio de Hacienda (Servicio del Empréstito de Saneamiento de 7,000,000 de dólares celebrado en octubre de 1924).....	395,838
Ministerio de Guerra (Servicio de Sanidad Militar y Hospital Militar).....	14,691
Ministerio de Marina (Medicinas).....	960
Ministerio de Fomento (Servicio de Agua y Desagües, Obras Públicas Sanitarias).....	10,051

Los municipios de la República destinan a higiene pública una parte de sus presupuestos. En el año de 1924, los presupuestos de los Consejos Provinciales ascendieron a un total de Lp. 764,090, con Lp. 517,930 de gastos de servicio público, aplicados en parte a higiene urbana.

Las Sociedades de Beneficencia Pública, que tienen a su cargo servicios de asistencia social en las ciudades en que están constituídas,

gastaron en 1924 Lp. 475,056 en el sostenimiento de hospitales, hospicios y cementerios. El monto total de sus presupuestos llegó a Lp. 706,665, de las cuales Lp. 158,023 fueron consumidas por su servicio administrativo.

El Estado, como se ve en una partida del Ministerio de Justicia, Instrucción y Beneficencia, subvenciona a las Beneficencias pobres, pero estos subsidios forman sólo una pequeña parte de la suma global indicada.

Finalmente, debe agregarse a estas sumas los presupuestos de la Junta de Defensa de la Infancia y de la Liga Antituberculosa de Damas, órganos que, bajo el control del Estado, tienen a su cargo vastos servicios de asistencia social.

II. Organización de la Higiene Pública

1. La Dirección de Salubridad y sus dependencias .

En 1903 fué creada, en el Ministerio de Fomento, la Dirección de Salubridad Pública. Hasta entonces sólo había existido una Sección de Higiene, en el mismo Ministerio. Los servicios de asistencia social existentes eran casi únicamente los de las Sociedades de Beneficencia Pública.

En los últimos años la Dirección de Salubridad ha ensanchado gradualmente su actividad y sus funciones. El Gobierno actual, que desenvuelve un amplio programa de política sanitaria, la ha convertido en uno de los más dinámicos departamentos de la administración pública. La necesidad de dar unidad y coordinación a la labor de sanidad pública y asistencia social, ha colocado bajo el control técnico de la Dirección de Salubridad los trabajos que en uno y otro campo realizan así las instituciones públicas como las entidades privadas.

La Dirección de Salubridad Pública está constituída en la siguiente forma :

Dirección

La Dirección dirige y supervigila el funcionamiento de todos los servicios sanitarios de la República. Dependen, además, directamente de ella los organismos de asistencia y previsión sociales del Estado y todos los trabajos y obras de salubridad, tanto en lo que concierne al saneamiento de las ciudades y campiñas, como en lo que se refiere al estudio de la patología nacional y de los medios preventivos y curativos contra las enfermedades existentes en las diversas regiones del País.

Sub-Dirección y Sección de Higiene

A cargo de esta Sección se encuentran especialmente los servicios de Sanidad Marítima y Terrestre. La desempeña, desde que se fundó la Dirección, el doctor Eduardo Lavourería, profesor de la Facultad de Medicina.

Sección Administrativa

Como su título lo indica, esta Sección se ocupa de la administración de los servicios sanitarios.

Sección de Demografía

Esta Sección compila y ordena todos los datos demográficos y estadísticos que recibe de las oficinas departamentales y provinciales de sanidad, de los Municipios, de las Sociedades de Beneficencia, etc. Ha logrado ya organizar debidamente la estadística demográfica de los principales centros urbanos.

Sección Control de Narcóticos

Depende de esta Sección el servicio de supervigilancia del comercio de drogas tóxicas, destinado a asegurar el cumplimiento de las disposiciones dirigidas a impedir el tráfico ilícito de estas drogas.

Sección de Higiene y Seguridad Industrial

Establecida recientemente, esta Sección estudia y ordena las medidas que deben ser puestas en práctica en las fábricas en defensa de la salud y la vida de los trabajadores.

Inspección Técnica de Urbanizaciones y Construcciones

Es la oficina técnica por órgano de la cual la Dirección de Salubridad se ocupa del problema de la vivienda. Bajo su control se encuentran todas las urbanizaciones de Lima, el Callao y sus alrededores.

2. El Servicio Sanitario en los Departamentos y Provincias

En cada Departamento—el Perú está dividido políticamente en 23—se ha establecido una oficina departamental de salubridad, directamente dependiente de la Dirección, a la cual representa en todo lo que se relaciona con la aplicación de los reglamentos y disposiciones vigentes y con la ejecución de las campañas de saneamiento e higienización. El Médico Sanitario Departamental, como se titula el jefe de esta oficina, tiene bajo su dependencia y responsabilidad inmediatas todos

los servicios de salubridad de la zona respectiva. Orienta y vigila la labor de los médicos titulares y sanitarios, obstetrices titulares, inspectores sanitarios y vacunadores; recibe y distribuye el material sanitario que le envía la Dirección de acuerdo con las necesidades del Departamento; lleva un registro de las vacunas y sueros recibidos y utilizados, comunicando a la Dirección, a fin de cada mes, las cantidades gastadas y el saldo disponible; se encarga de la distribución gratuita entre los menesterosos de la quinina del Estado y de la venta de este producto, a precio de costo, por cuenta del Gobierno; organiza la demografía sanitaria departamental con los datos que recibe de las oficinas dependientes; informa a la Dirección respecto a la existencia de enfermedades infectocontagiosas y, en general, respecto a las medidas, investigaciones y proyectos concernientes al proceso de las campañas sanitarias.

En todas las capitales de provincia y, además, en las poblaciones que por el número de sus habitantes y otras circunstancias lo requieren, sostiene el Estado un médico titular que atiende a los enfermos del hospital, de la cárcel, de las fuerzas de policía; practica autopsias y reconocimientos médicolegales; examina a los conscriptos, llamados a servir en el ejército.

Las funciones propiamente sanitarias son desempeñadas por el médico sanitario, de cuya especial incumbencia son las medidas de carácter preventivo, lo mismo que las campañas contra las epidemias y el estudio de las condiciones higiénicas de la zona de su jurisdicción. La determinación de estas zonas y, por consiguiente, del número de médicos sanitarios, tiene en cuenta el volumen y densidad de la población y la situación sanitaria de las provincias.

Los inspectores sanitarios—empleados a los cuales se otorga este título en virtud de estudios prácticos de higiene, profilaxis y desinfección—cuidan de la observancia de los reglamentos en vigor y de la ejecución de las disposiciones de los médicos sanitarios.

Completan el personal sanitario de cada Departamento las obstetrices titulares y los vacunadores.

3. El Servicio Sanitario Marítimo

Este servicio depende también directamente de la Dirección de Salubridad. Corre a cargo de las Estaciones Sanitarias establecidas en el Callao, puerto principal y central de la República; Paita, puerto mayor de entrada por el norte, e Ilo, puerto de entrada a la costa por el sur. Estas estaciones están dotadas de aparatos Clayton y

otros elementos modernos de desinfección. La del Callao es atendida por un Médico Jefe y un médico receptor de naves; las de Paita e Ilo, por un Médico Jefe. Frente al Callao, en la isla de San Lorenzo, se encuentra la Estación de Cuarentena.

4. El Instituto de Vacuna y Seroterapia

Reorganizado por el actual Gobierno, por decreto de mayo de 1921, este Instituto es una dependencia de la Dirección de Salubridad que, conforme al mismo decreto, tiene por fines: La preparación de los sueros terapéuticos y de las vacunas preventivas de las enfermedades infectocontagiosas; la distribución en la República de los sueros y vacunas que elabora y el control de los servicios de vacunación antivariólica y antitífica; el estudio de las enfermedades infectocontagiosas y en particular de las que dominan en el País, en lo que se refiere a su etiología, profilaxis y tratamiento; la práctica de las investigaciones de laboratorio, para fines de diagnóstico, necesarias al servicio sanitario de la República; y la preparación técnica del personal de vacunadores oficiales.

Se divide el Instituto en una sección administrativa y tres secciones técnicas: Sección de la Peste Bubónica, que tiene a su cargo la elaboración del suero y la vacuna antipestosos; Sección de Seroterapia, que se ocupa de la elaboración de los demás sueros terapéuticos conforme a las necesidades del servicio sanitario; y Sección de Vacunas, que prepara las vacunas antivariólica, antitífica, antirrábica y las demás que fueren necesarias.

El Instituto lleva la estadística de su propio funcionamiento, con indicación de los productos elaborados y de las entregas o ventas efectuadas anualmente, en las diversas circunscripciones del País.

El personal médico del Instituto está compuesto de un Director, tres Médicos Jefes de Sección y dos Médicos auxiliares.

El Director, doctor Raúl Flores Córdova, en colaboración con el suscrito, ha preparado y publicado, por encargo del Gobierno, una "Geografía Médica del Perú" que es la primera obra de esta índole en el País.

La partida destinada al sostenimiento de este Instituto, en el presupuesto de Salubridad, es de Lp. 7,093.

5. Asistencia Pública

Esta dependencia del Ministerio de Gobierno y Policía tiene a su cargo el servicio médico de urgencia en Lima. En armonía con la tendencia a unificar y centralizar todos los servicios de higiene y asistencia, se proyecta su transformación.

Su personal está compuesto así: Un Médico Jefe; un médico encargado del servicio de primeros auxilios; tres médicos encargados del servicio antivenéreo femenino; un médico encargado del servicio de laboratorio; un odontólogo; un médico de la gendarmería y policía; y cinco internos.

6. La Junta de Defensa de la Infancia

En 1922 se celebró en Lima, bajo el auspicio del Gobierno, un Congreso del Niño que consideró atentamente, en sus fases nacionales, el problema de la protección a la madre y al niño. El Gobierno, antes de este Congreso, había creado ya un organismo especial que se encomendara de la defensa de la infancia, asociando a la obra del Estado el esfuerzo filantrópico de los particulares y especialistas: la Junta de Defensa de la Infancia, cuyos Estatutos quedaron sancionados en abril de 1924.

La Junta de Defensa de la Infancia está formada por miembros designados por el Gobierno por un período de cinco años. La preside actualmente el Director de Salubridad Pública.

Sus Estatutos la definen como el órgano que representa al Estado en todo lo relativo a la protección y defensa de la Infancia en el territorio de la República; y le asignan las siguientes actividades:

- (a) La protección de la mujer embarazada y gestante, y la puericultura intrauterina;
- (b) La protección de la mujer durante el parto;
- (c) La protección del recién nacido, prodigándole los socorros indispensables;
- (d) La protección de la lactancia natural y la fiscalización sobre la industria de nodrizas;
- (e) La protección de los niños abandonados;
- (f) La protección de los niños víctimas de una paternidad moralmente en quiebra;
- (g) La protección y asistencia de los enfermos;
- (h) La propaganda intensa sobre las prácticas necesarias para oponerse a la mortalidad infantil;
- (i) La defensa del niño contra las enfermedades infecciosas que atacan de preferencia a la infancia, aun antes del nacimiento;
- (j) La protección y asistencia de la infancia en edad escolar;
- (k) La protección y asistencia de la mujer y el menor obreros;
- (l) La educación física obligatoria de los niños.

El órgano técnico de acción, estudio y propaganda de la Junta, para la ejecución de este programa, es el Instituto Nacional del Niño,

creado en 1924, cuya dirección ha sido confiada al doctor Carlos Enrique Paz Soldán, Catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Lima.

Cuenta la Junta de Defensa de la Infancia para su sostenimiento con el 50 por ciento del impuesto de 10 por ciento a las localidades de los espectáculos públicos de Lima y el Callao.

En 1924 los ingresos de la Junta ascendieron a Lp. 18,271 y los egresos a Lp. 18,360. En 1925 los ingresos se elevaron a Lp. 21,033 y los egresos a Lp. 21,033.

7. Liga Antituberculosa de Damas

Análogos son los lineamientos de la Liga Antituberculosa de Damas, institución de sanidad y beneficencia creada por el Gobierno para, con el concurso de distinguidos elementos femeninos, efectuar una progresiva campaña contra la tuberculosis.

Los fines de la Liga, conforme a sus Estatutos, aprobados por el Gobierno en agosto de 1922 y reformados en abril de 1925, son los siguientes:

(a) La creación y sostenimiento de dispensarios antituberculosos, a los que concurren los enfermos que no necesiten ser hospitalizados, para seguir el tratamiento que les instituya el médico director del dispensario y para recibir la enseñanza que necesiten acerca de la manera de curarse y de evitar que su enfermedad se propague a las personas que los rodean.

(b) La hospitalización de los enfermos tuberculosos que carecen de los medios de asistirse en sus domicilios, sea en hospitales o sanatorios propios de la "Liga," sea en otros hospitales de beneficencia.

(c) La creación y sostenimiento de sanatorios, gratuitos, de paga o mixtos, en climas de altura o en playas de mar y el fomento de los existentes.

(d) La creación, sostenimiento y fomento de escuelas al aire libre para niños débiles y de colonias escolares para niños pretuberculosos.

(e) La creación de desinfectorios gratuitos o de paga, para las ropas de los tuberculosos que se asistan en sus domicilios.

(f) La vigilancia en sus domicilios, por medio de visitas periódicas, de los enfermos tuberculosos que la Liga auxilia, con el fin de comprobar que el enfermo y las personas que lo rodean, cumplan debidamente las instrucciones que la "Liga" les imparta, para evitar el contagio de la enfermedad.

(g) La campaña contra las habitaciones insalubres o sobrepobladas,

la campaña contra el alcoholismo y contra todas las demás causas, directas o indirectas, de producción y propagación de la tuberculosis.

(h) La divulgación, por todos los medios posibles, de las nociones de higiene general y especialmente de las nociones relativas a la profilaxis de la tuberculosis.

(i) Todos los demás procedimientos de la misma índole, que tiendan a mejorar las condiciones generales de la subsistencia de los tuberculosos o de las personas expuestas a contraer esa enfermedad.

El Comité Central de la Liga está compuesto por veinticuatro miembros, nombrados, por primera vez, por el Gobierno, debiendo renovarse en lo sucesivo por terceras partes, cada dos años, mediante la elección, por la institución misma, del personal que debe reemplazar al cesante. Son miembros natos de la Liga el Director de Salubridad y los tisiólogos notoriamente especializados.

III. Reformas Recientes en la Legislación Sanitaria

El Gobierno del Presidente Sr. Leguía, que concede atención preferente al problema sanitario, efectúa desde su inauguración una labor metódica y orgánica de reforma y ordenamiento de la higiene pública. Las más trascendentes y substantivas medidas sanitarias han sido dictadas por este Gobierno, el cual ha echado las bases de una política sanitaria ajustada a las necesidades del País.

El Código de Sanidad, o sea la ley fundamental de la higiene pública, está actualmente en estudio por una comisión, designada por el Gobierno en 1925 y presidida por el Director de Salubridad Pública, que componen, además, el Subdirector de Salubridad, el Catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina, el Jefe de la Sección de Higiene y Seguridad Industrial, el Consejero Oficial de Higiene y el Jefe de la Sección Demográfica.

1. Reglamentación del ejercicio de las profesiones médicas

Uno de los primeros actos de la nueva política sanitaria peruana ha sido la reglamentación del ejercicio de las profesiones médicas, urgentemente exigida en el País por la necesidad de impedir el antes frecuente ejercicio ilícito de la medicina, la farmacia y la odontología y de reprimir el empirismo y el charlatanismo, hondamente arraigado el primero en las costumbres de un pueblo muy apegado a su medicina popular.

Se ha formulado, en 1923, los reglamentos de Medicina y Obstetricia, de Farmacia y de Odontología, creándose para su aplicación tres comisiones inspectoras. La Comisión Inspectoras de Medicina y Obs-

tetricia está constituída por un delegado del Gobierno, que conforme a su estatuto la preside, por dos delegados de la Facultad de Medicina, por un delegado de la Academia Nacional de Medicina y por un delegado del Círculo Médico Peruano. La Comisión Inspectoradora de Farmacia está compuesta por un delegado del Gobierno, dos del Instituto Universitario de Farmacia y dos de la Federación de Farmacéuticos del Perú. La Comisión Inspectoradora de Odontología se forma por un delegado del Gobierno, uno del Instituto Universitario de Odontología y uno de la Federación Odontológica.

Estas comisiones constituyen la Junta de Vigilancia de las Profesiones Médicas, creada por resolución gubernativa del 6 de abril de 1923.

2. Reorganización del Servicio Sanitario en la República

Las Oficinas Departamentales de Salubridad fueron instituídas por decreto supremo de junio de 1922, con el objeto de dar a la organización sanitaria del País un mecanismo técnico más adecuado a sus fines. En esta virtud se suprimieron las antiguas juntas departamentales de sanidad creadas por el Reglamento General de Sanidad de 1887. La nueva organización centraliza y unifica la dirección de la sanidad.

El servicio de sanidad marítima ha sido también reformado, en armonía con los acuerdos tomados en la Conferencia de Panamá de febrero de 1924 sobre el régimen de cuarentenas en la costa occidental de Sur América, y con la necesidad de hacerlo más eficiente, sin estorbo para el tráfico internacional.

3. Reglamentación de las construcciones urbanas

A fin de que en lo venidero, la expansión de las ciudades y la reconstrucción de sus edificios ruinosos estén regidas por normas de urbanismo moderno, que satisfagan las exigencias de la higiene pública, la Dirección de Salubridad ha asumido el control de las construcciones y urbanizaciones. Al efecto se ha creado la Inspección Técnica a la cual nos referimos más arriba. Todas las urbanizaciones de Lima, el Callao y sus alrededores se encuentran sometidas a la supervigilancia de esta Inspección, la cual debe aprobar sus planos y adoptar las medidas convenientes para que se cumpla con dotar a los nuevos barrios de todos los servicios higiénicos.

Esta Inspección ha formulado un reglamento que el Gobierno ha puesto en vigencia en 1925 y cuyos resultados empiezan a apreciarse. Todos los nuevos barrios tienen amplias avenidas pavimentadas con

concreto y asfalto, plazas y parques proporcionados a su área, servicios de agua, desagüe y alumbrado, etc. Las casas son construídas, si no totalmente en cemento, como día a día es más frecuente, con cimiento y sobre-cimiento de concreto, de modo que quede asegurada su impermeabilidad a los roedores.

4. La habitación rural

El Gobierno ha dictado diversas medidas para el saneamiento o reconstrucción, de las habitaciones rurales, habiendo, con fecha de marzo de 1923, reglamentado la construcción de estas habitaciones. Esta reglamentación establece que los muros de las habitaciones que los propietarios de fundos agrícolas están obligados a construir para sus peones y operarios, deben tener cimiento de concreto o piedra de no menos cincuenta centímetros de profundidad y sobre-cimiento de la misma altura, de materiales que no puedan ser perforados por las ratas, como piedra, concreto o ladrillo; que los pisos sean también de concreto o de otro material impermeable a los roedores; que estas habitaciones sean dotadas de los servicios higiénicos indispensables; y que sus condiciones de ventilación correspondan a las normas de la higiene.

La Dirección de Salubridad ha conseguido, en no pocas haciendas, la destrucción de las antiguas "rancherías," nombre con el que se designa a las casas obreras de los fundos, y la construcción de casas higiénicas cuyas condiciones se conforman a sus pautas. Pero no habiendo obtenido aún que todos los hacendados cumplan con esta obligación, se ha dirigido a la Sociedad Nacional Agraria, institución representativa de los hacendados, a fin de arribar a una solución definitiva del problema de la habitación rural obrera. La Sociedad Nacional Agraria ha convocado un concurso para el tipo de habitación rural, más conveniente y económico, que puede adoptarse.

5. El Comercio de drogas tóxicas

En cumplimiento de la ley No. 4228 sobre narcóticos, se ha reglamentado en los últimos años la importación y el comercio de drogas tóxicas, con la mira de perseguir eficaz y sistemáticamente la toxicomanía que en ciertas capas de algunas poblaciones urbanas tiende a propagarse, como se observa en casi todo el mundo. La resolución gubernativa de 10 de agosto de 1923 prohíbe el comercio en forma de corretaje de los narcóticos; y la de diciembre del mismo año reserva al Gobierno el derecho exclusivo para la importación y exportación de estas drogas. El Reglamento de Farmacia ordena que las substan-

cias tóxicas de uso terapéutico sean sólo despachadas en virtud de receta médica y que los establecimientos de farmacia y droguería lleven un libro registro de las ventas de sustancias venenosas para uso industrial. Para la importación rigurosamente centralizada de narcóticos, el Gobierno, en ejecución de la ley, sólo autoriza su importación por el puerto del Callao. El comercio en general de drogas tóxicas ha quedado así organizado bajo el control de la Dirección de Salubridad. El comercio clandestino e ilícito es severamente perseguido.

6. Control de las clínicas y casas de salud

Por decreto supremo de 17 de noviembre de 1922, las clínicas, casas de salud y establecimientos de asistencia médica particular están bajo la vigilancia y control de la Dirección de Salubridad, a la que corresponde determinar las condiciones y requisitos de su funcionamiento y apertura. En cumplimiento de este decreto, se ha dictado, con fecha 9 de enero de 1925, un reglamento que establece las condiciones generales y particulares que deben reunir los locales, servicios y organización de las clínicas, casas de salud y establecimientos análogos de asistencia médica particular. Las clínicas y casas de salud existentes han sido obligadas a poner en práctica las prescripciones de este reglamento, que ha llenado un vacío de la legislación sanitaria peruana.

7. Organización de la estadística demográfica

Por resolución gubernativa de junio de 1923, se ha encomendado a los médicos sanitarios departamentales la organización, en la oficina de su cargo, de la estadística demográfica de la zona de su dependencia. Corresponde a estos funcionarios, con la cooperación de los médicos titulares, el obtener de los Consejos Municipales, regular y exactamente, los datos demográficos de cada comuna. Estas medidas permitirán normalizar el servicio de Estadística Demográfica.

8. Policía mortuoria y de cementerios

En los años 1923 y 1924 se han dictado los reglamentos de policía mortuoria, cuya necesidad se venía constatando desde hacía tiempo. Han quedado así reglamentadas la inhumación, exhumación y transporte de cadáveres. Se ha prohibido la celebración de funerales de "cuerpo presente" en los templos, con la sola excepción de los casos en que lo permita, extraordinariamente, la autoridad sanitaria. Y se ha ordenado el establecimiento en el cementerio de Lima de un servicio de cremación de cadáveres para los casos en que, por declara-

ción escrita de su deseo, por parte de los deudos del extinto, esta incineración deba realizarse.

9. Establecimiento de salas cunas en las fábricas

El Gobierno ha reglamentado, en octubre de 1923, el establecimiento de salas cunas en las fábricas, ordenado por la ley No. 2851, relativa al trabajo de mujeres y menores, en todas las fábricas que ocupen a más de veinticinco obreras o empleadas mayores de diecisiete años. Se ha obtenido el cumplimiento de esta ley, y de las disposiciones dictadas para su aplicación, en las diversas fábricas de Lima y sus alrededores.

10. Higiene y seguridad industriales

El 29 de enero de 1926 expidió el Gobierno un decreto que establece que el Ministerio de Fomento, por medio de la Dirección de Salubridad, llevará a cabo el control e inspección de la higiene y seguridad industriales en la República. En virtud de este decreto, se ha creado en la Dirección de Salubridad una Sección de Higiene y Seguridad Industriales que ha iniciado inmediatamente sus trabajos, estudiando las condiciones en que funcionan las fábricas de Lima y el Callao. Esta Sección ha presentado ya al Director de Salubridad sus primeros informes, en atención a los cuales se ha requerido de los propietarios de las fábricas las medidas más urgentes de seguridad y protección de sus obreros. El decreto en mención encarga a la Dirección de Salubridad el control de las medidas de higiene industrial, tales como los aparatos de protección, el alumbrado, ventilación, agua potable, servicios higiénicos, defensa de la salud de las mujeres y los niños, etc.; y la determinación de las medidas de higiene relativas a las horas de trabajo, edad del personal, salud física y mental de los trabajadores, etc. Los representantes o propietarios de los establecimientos industriales están obligados a enviar mensualmente a la Dirección de Salubridad la relación de sus operarios, con noticia del número de enfermos y su diagnóstico, los accidentes del trabajo y su causa, acompañando copia del certificado del médico que asiste en su fábrica o establecimiento industrial al personal obrero.

La obligación de servicio médico y botiquín en todos los establecimientos industriales, minas y fundos agrícolas, fué establecida en resoluciones gubernativas especiales en el curso de 1924.

11. Reorganización del servicio hospitalario

El Gobierno, considerando la necesidad de reformar los servicios de asistencia hospitalaria y de unificar su dirección y orientación técnica,

ha encomendado a una comisión, formada por el Director de Salubridad Pública, por un delegado de la Facultad de Medicina, por dos delegados de las Sociedades de Beneficencia de Lima y Callao, por dos médicos nombrados por el Ministerio de Fomento y por el Catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina, el estudio y preparación de un plan general de organización de la asistencia hospitalaria en la República.

Esta comisión, después de haber formulado su plan de trabajo, ha entrado de lleno en la ejecución de su encargo.

12. Establecimiento de una escuela de enfermeras visitadoras

Por resolución gubernativa de 13 de febrero de 1925, la Dirección de Salubridad ha sido autorizada para organizar una escuela de enfermeras visitadoras de sanidad, destinada a preparar el personal que exijan los servicios sanitarios; y para contratar en el extranjero una enfermera de primera clase que dirija las labores de dicho establecimiento.

13. Reglamento sanitario de ferrocarriles, tranvías, etc.

Con fecha 18 de julio de 1924, el Gobierno ha puesto en vigencia el reglamento sanitario para ferrocarriles, tranvías, omnibuses y vehículos de transporte interurbano, formulado por la Dirección de Salubridad. Este reglamento determina las condiciones que deben reunir las salas de espera, andenes, bodegas, depósitos, boleterías, servicios higiénicos, lo mismo que los carros de pasajeros y carros de carga. Ordena la fumigación, desinfección y desinsectización de las estaciones y coches de pasajeros.

14. Control y vigilancia de los sueros, vacunas, salvarsanos, etc.

Por resolución gubernativa de 8 de agosto de 1924, se ha encargado al Instituto Nacional de Vacuna y Seroterapia del control y vigilancia de la fabricación, importación y venta en la República de los sueros y vacunas bacterianas, vacuna antivariólica, productos biológicos empleados en el diagnóstico o en la terapéutica, salvarsanos y productos similares. Formulado por la Dirección de Salubridad el reglamento de la fabricación, importación y comercio de estos productos, el Gobierno lo sancionó y puso en vigor en noviembre de 1924. Este reglamento confía el control y vigilancia correspondientes a la Dirección de Salubridad, que lo ejerce, por ahora, por intermedio del Instituto de Vacuna y Seroterapia. En sus ocho capítulos determina el mecanismo general del control, las condiciones a que debe sujetarse

el funcionamiento de los institutos y laboratorios particulares y los requisitos mismos de los productos.

15. Control de las instituciones de higiene, asistencia y profilaxis sociales

La resolución gubernativa de 22 de agosto de 1924 obliga a todas las instituciones públicas o privadas que se ocupen de higiene, asistencia y profilaxis sociales, a someter sus programas y actividades al control de la Dirección de Salubridad Pública.

16. Nomenclatura Nosológica

Conforme a la resolución gubernativa de 10 de julio de 1925, a partir del 1° de enero de 1926 es obligatorio en el territorio de la República el empleo de la Nomenclatura Nosológica adoptada por la Convención de París de octubre de 1920.

17. Reorganización de la Sociedad Peruana de la Cruz Roja

El decreto del 11 de diciembre de 1925 reorganiza la Sociedad Peruana de la Cruz Roja, disponiendo que, además de los fines propios de estas sociedades, que constan en sus Estatutos, tenga el de servir de institución auxiliadora de la administración sanitaria del Estado, en las labores destinadas al mejoramiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al alivio de los sufrimientos y calamidades públicas. El nuevo comité central directivo de la Cruz Roja debe presentar al Gobierno un memorial respecto a la forma como el Estado debe apoyar la realización de sus fines humanitarios y sociales.

El Perú participó en la Conferencia de la Cruz Roja celebrada últimamente en Wáshington.

18. Se garantiza la aplicación de la ley de accidentes del trabajo

El Gobierno ha expedido un decreto, en fecha 14 de mayo de 1926, disponiendo que las empresas y entidades industriales sujetas a la ley N.º 1378 sobre accidentes del trabajo, constituyan un fondo de garantía que responda por la asistencia médica, por las indemnizaciones y demás obligaciones prescritas en la citada ley. Este fondo de garantía debe constituirse: 1° con una cuota pagadera por cada empresario o industrial, y 2° por el cuatro por mil de los capitales constitutivos de las rentas destinadas a cubrir los casos de incapacidad permanente absoluta, parcial o de muerte. Se encuentran exceptuados de esta obligación los industriales asegurados en las compañías de seguros autorizadas para el servicio de seguro contra accidentes de trabajo. Con fecha 25 de junio, el Gobierno aprobó la reglamentación de este decreto presentada por la Dirección de Salubridad.

19. La Conferencia de Autoridades de Cuarentena Marítima de Panamá

La Sanidad Peruana, representada por el suscrito, Director de Salubridad, y por el Dr. Paz Soldán, Profesor de Higiene de la Facultad de Medicina de Lima, participó en las labores de la Conferencia de Autoridades de Cuarentena Marítima de la Costa Occidental de Sur América, realizada en Panamá de 25 a 28 de febrero de 1924, con el objeto de tomar algunos acuerdos sobre unificación internacional de la cuarentena marítima y sobre prevención de la difusión internacional de enfermedades contagiosas. El Gobierno del Perú, por órgano de sus delegados, dió su adhesión y colaboración a los acuerdos de esta Conferencia.

20. El Código Sanitario Panamericano

El Gobierno Peruano concurrió, representado por el Dr. Paz Soldán, a la VII Conferencia Panamericana de la Habana, en la cual se aprobó y suscribió el nuevo Código Sanitario Panamericano, que reemplaza muchas de las disposiciones y preceptos de la Convención de Wáshington de 1905. La Conferencia de la Habana eligió Lima como sede de la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana, que tendrá lugar del 12 al 20 de octubre de 1927. De la organización de esta Conferencia se ocupa una comisión compuesta por los doctores Paz Soldán, Lorente y Baltazar Caravedo.

21. La Convención Sanitaria de París

El Perú ha participado en la Conferencia Internacional de Higiene Pública de París, destinada a revisar y modificar la Convención Sanitaria Internacional de 17 de enero de 1912, y ha suscrito las conclusiones de esa Conferencia en la cual lo ha representado el doctor Pablo Mimbela, miembro permanente del Comité de la Oficina Internacional de Higiene Pública de París.

IV. Enfermedades Epidémicas y Contagiosas

1. Peste bubónica

Esta enfermedad apareció por primera vez en el Perú en 1903. Le sirvió de vehículo un barco cargado de harina que tocó primero en el puerto de Pisco y después en el del Callao. En Pisco se presentó un caso, y en el Callao varios. Las condiciones higiénicas de ambas poblaciones facilitaron su propagación dentro de su recinto y a las poblaciones vecinas. La peste se extendió así por la costa de Tumbes a Mollendo. No ha penetrado a la región de la sierra, con excepción de una que otra población de Piura, Cajamarca y Ancash.

El número de casos llegó en 1923 a 172. Subió en 1904 a 940. El más alto número de casos corresponde al año 1907 (1,169) y al 1908 (1,700). A partir de 1910, debido a las medidas de profilaxis adoptadas por el servicio de salubridad, como la vacunación de las poblaciones amenazadas, el aislamiento de los pestosos en lazaretos, la desinfección de las casas infectadas, etc., se ha conseguido una apreciable reducción del número de casos.

Pero la peste ha continuado presentándose en diversas localidades de la costa en los meses de verano, particularmente en las poblaciones rurales, a consecuencia de las condiciones antihigiénicas de las habitaciones que alojan generalmente a los obreros del campo. De las haciendas y las campiñas la peste penetra en las poblaciones urbanas, donde la acción sanitaria consigue ser más eficaz y obtiene una mayor cooperación de los individuos.

El actual Gobierno considera, por esto, las medidas de saneamiento rural y urbano, a cuya ejecución consagra señalado esfuerzo, como la más radical acción preventiva contra la peste. La solución del problema de la habitación rural y urbana en la costa asegurará definitivamente la erradicación de la peste en el Perú. Pero en tanto que esa solución se alcanza, la Dirección de Salubridad trabaja activamente por obtener la disminución de la peste en la escala posible. A este efecto lleva a cabo todos los años una campaña intensiva, cuyos resultados son ya extraordinarios. En el año 1924, se logró reducir el número de casos de bubónica a la cifra mínima desde el año de su propagación. En 1925, las lluvias e inundaciones excepcionales de los meses de marzo y abril causaron en la costa, sobre todo en el campo, un general desmejoramiento de las condiciones higiénicas en que vive la población trabajadora, al mismo tiempo que la acentuación de los factores económicosociales que favorecen la morbilidad. Se presentó asimismo una plaga de roedores que exigió medidas enérgicas de desratización. Esta situación impidió a la Dirección de Salubridad obtener, como se proponía, una nueva reducción de los casos de peste. Para lo venidero, la Dirección de Salubridad se prepara a poner en práctica un plan de campaña que, con el concurso de las instituciones, de la prensa y de los particulares, requerido por el Jefe de ese Departamento en recientes declaraciones a los diarios, está destinado a producir la limitación del flagelo.

La peste se presenta generalmente en el Perú bajo la forma bubónica, siendo los más comunes los casos de bubones inguinales. En menor número se dan los casos de bubones axilares, y en menor aún

los de bubones cervicales. Se han registrado también casos de forma neumónica, sobre todo en la entrada del verano. El tratamiento se efectúa en los lazaretos, por medio de suero antipestoso. El porcentaje de mortalidad está calculado en 40 por ciento en la estadística general. Pero este porcentaje se reduce ahora a un 25 por ciento en la capital de la República y a 40 en el resto del País.

Como medio preventivo en la estación en que aparece la peste y en los meses anteriores, se emplea la vacuna Haffkine, de la cual el Instituto Nacional de Vacuna prepara anualmente más o menos 500,000 dosis, que son distribuidas entre el personal de médicos sanitarios de la costa. El valor práctico de la vacunación ha quedado plenamente verificado por los funcionarios de sanidad del País. La vacunación de casi todos los habitantes de una localidad en la época de invierno, ha mantenido casi indemne esa localidad durante el verano. La ignorancia y la indolencia de las capas retrasadas de la población, particularmente de la rural, han dificultado una campaña más completa de inmunización. Sólo ahora se empieza a conseguir mayor cooperación pública en este terreno, mediante una activa propaganda y, sobre todo, mediante la movilización de los médicos e inspectores sanitarios, que recorren las campiñas en las zonas amenazadas, obligando a sus habitantes a vacunarse.

2. Viruela

Uno de los mayores factores de mortalidad en la sierra del Perú es, desde remotos tiempos, la viruela. Parece que esta enfermedad no existía en América antes de su descubrimiento y conquista. Desde la época colonial, en todo caso, se registran sus tremendos estragos.

En 1889 se efectuaron en el Perú los primeros ensayos para establecer la vacuna animal. Y a partir de 1895 quedó definitivamente establecido el servicio de vacunación que, de entonces a acá, no ha cesado de difundirse y perfeccionarse. Por ley de 3 de enero de 1896 se hizo obligatoria la vacunación y revacunación antivariólica para todos los habitantes de la República. Mas, por mucho tiempo, la vacunación encontró en la población indígena de la sierra la resistencia de prejuicios y supersticiones populares que todavía no se han extinguido, pero que una campaña intensiva y un servicio numeroso de vacunadores ha permitido neutralizar en gran parte.

El actual Gobierno decretó en mayo de 1921 la reorganización del Instituto Nacional de Vacuna, que desde entonces cumple con mayor eficacia que antes su misión, tanto en lo que toca a la preparación

y distribución de la vacuna antivariólica, como de las otras vacunas y sueros.

Con el objeto de hacer más eficaz el servicio antivariólico, el Gobierno lo ha reorganizado en 1925, dividiendo el territorio de la República en diez zonas, para determinar las cuales se ha tenido en cuenta las facilidades de comunicación entre los pueblos de cada zona. El médico jefe de zona tiene bajo su dirección y vigilancia al personal de vacunadores respectivos. Los cuadros y estadísticas de vacunación y revacunación en cada pueblo son visados por los funcionarios locales, a fin de que los jefes de zona puedan controlar regularmente la labor de los vacunadores.

3. Fiebre tifoidea

El porcentaje de casos de infecciones tíficas y paratíficas en las poblaciones de la costa es uno de los más considerables. Estas infecciones se han hecho endémicas en la mayoría de las poblaciones por la falta de higiene y servicios de agua potable, desagüe y cremación de basuras. El Gobierno, por esto, concede preferente atención al establecimiento de estos servicios. En Lima y el Callao funcionarán en breve hornos de cremación de basuras que evitarán el peligroso amontonamiento de éstas en las riberas del río y otros lugares. Este ejemplo será seguido por otras localidades. La Dirección de Salubridad ha encargado a los médicos sanitarios el estudio y adopción de un sistema económico de incineración de las basuras en las pequeñas localidades.

La ley No. 2344, sobre la declaración de enfermedades infectocontagiosas, hace obligatoria la de los casos de infecciones tíficas, paratíficas y colibacilares.

La Sanidad Peruana intensifica, gradualmente, su esfuerzo por la erradicación de estas enfermedades. Se ha expedido ordenanzas sobre el cultivo de hortalizas y verduras de tallo corto, prohibiendo terminantemente su riego con aguas impuras; y sobre la higiene de los establos y caballerizas, que forma parte de la campaña contra las moscas.

El decreto de 20 de octubre de 1922 ordenó el establecimiento en el Instituto de Vacuna de un servicio gratuito para el examen y diagnóstico bacteriológico precoz de las infecciones tíficas, paratíficas y colibacilares, y la vacunación antitífica intensiva y gratuita.

El Instituto Nacional de Vacuna prepara fuertes cantidades de vacuna antitífica mixta (Tifo-Paratifo A-B) que se distribuyen en la República, de acuerdo con las necesidades acusadas por la estadística demográfica de cada localidad.

La mortalidad en las infecciones tíficas y paratíficas llega hasta el 25 por ciento.

4. Disentería amibiana

También esta enfermedad se ha hecho endémica en las poblaciones de la costa. Se constata en la época de verano un número de casos que señala a la disentería amibiana entre los factores de morbilidad y mortalidad que urge neutralizar en lo posible. Su prevención eficaz depende de la ejecución de las obras y medidas de saneamiento que el Gobierno realiza presentemente. Se presentan, además, casos de disentería producida por tricomonas.

5. Tifo exantemático

El tifo exantemático es el flagelo de las poblaciones andinas del Perú. Con la viruela, constituye en la sierra el principal factor de morbilidad contra el cual se debe luchar. Parece que esta enfermedad existe en el Perú desde la época incaica, aunque no hay argumentos decisivos para admitir este hecho. Siendo su agente el piojo, su extirpación no puede ser sino el resultado de un largo proceso de educación del indio en los principios de la higiene. Entre las personas que, por su limpieza, están exentas de piojos, los casos de tifo son muy raros.

Se ha observado que en las poblaciones de la costa, donde la temperatura es superior a 20°, el tifo no es contagioso. Esta observación se ha hecho en la asistencia de individuos que, procedentes de la sierra, se han trasladado a localidades de la costa. En estos enfermos el proceso de la enfermedad se ha cumplido sin que se den casos de contagio en las personas que los han asistido o, por otro motivo, se han acercado a ellos. En la costa del Perú no se ha presentado nunca esta epidemia.

6. Fiebre amarilla

Esta epidemia ha aparecido en la costa del Perú en sólo dos o tres ocasiones en el siglo pasado y en una en el presente, proveniente siempre de la vecina República del Ecuador. Su última aparición tuvo lugar en 1919 en el departamento de Piura. El origen fué un pasajero de Guayaquil que desembarcó en Paita.

El Gobierno llevó a cabo entonces una enérgica y eficiente campaña antiamarílica, consiguiendo finalmente la extirpación de la epidemia, localizada en Piura y Lambayeque, con la cooperación generosa de la *Rockefeller Foundation* por intermedio del *International Board of Health*.

No se ha vuelto, después, a presentar en la costa peruana casos de fiebre amarilla. En 1925 la propagación del paludismo, con carácter singularmente maligno, en las poblaciones del norte, originada por las inundaciones a que ya hemos hecho referencia, dió lugar a que se sospechara en el Ecuador que se trataba de una reaparición de la fiebre amarilla; pero a la Sanidad Peruana le fué fácil demostrar lo infundado de esta sospecha y un comisionado de la Sanidad ecuatoriana invitado a constituirse en la región que se suponía amagada, pudo verificar personalmente la inexistencia de caso alguno, cosa que comprobó ampliamente también un representante de la *Rockefeller Foundation*.

7. Varicela, Sarampión, Escarlatina

Estas enfermedades eruptivas no revisten nunca una forma maligna. La varicela se presenta frecuentemente a la entrada del verano, atacando casi únicamente a la población infantil. El sarampión, que cunde en la población infantil cuando aparece en una localidad, es siempre muy benigno, a tal punto que su cifra de mortalidad es casi cero. La complicación posible, cuando se presenta en las épocas de cambio de estación, es la bronquitis catarral. Se da también uno que otro caso de bronconeumonía. La escarlatina es menos frecuente que el sarampión. Como su única complicación, se observa a veces una ligera nefritis hidropígena.

8. Gripe

La gripe se presenta, con carácter generalmente benigno, a la entrada del invierno o del verano. Su grado de difusión es tan considerable que a veces llega al 50 por ciento de una población; pero por lo regular su curación es sencilla y no exige sino unos pocos días de reposo en el lecho.

En 1918-19 su aparición tuvo, como en casi todo el mundo, carácter epidémico y grave. En sólo Lima causó entonces alrededor de 15,000 víctimas.

V. Medicina e Higiene Preventivas

1. Tuberculosis

La tuberculosis causa hondos estragos en la población de la costa. La población de la sierra parecía hasta hace poco indemne; pero aun allí se observa ahora que la tuberculosis suele hacer presa de las personas cuyo organismo está debilitado por otras enfermedades

o por el alcoholismo. La sierra tiene, con todo, la defensa natural de un clima que van a buscar, para su cura, o al menos su mejoría, los tuberculosos de las localidades de la costa.

La cifra de la mortalidad por tuberculosis no puede aún ser fijada, en virtud de la insuficiencia de datos demográficos, a que nos hemos referido anteriormente, que tienden a salvar radicalmente, en lo venidero, las disposiciones también mencionadas de la Dirección de Salubridad en los últimos años. Se tiene únicamente la cifra de mortalidad de los centros urbanos. Citaremos la de Lima, que en los últimos años ha sido la que expresa el cuadro siguiente :

Año	TUBERCULOSIS PULMONAR		OTRAS FORMAS	
	<i>Absoluta</i>	<i>Por 1,000 habitantes</i>	<i>Absoluta</i>	<i>Por 1,000 habitantes</i>
1920	755	4.33	215	1.23
1921	796	4.49	219	1.23
1922	745	4.13	160	0.88
1923	802	4.37	142	0.77

El Gobierno ha iniciado una campaña, a la que se propone dar amplio desarrollo, con la creación de la Liga Antituberculosa de Damas, de cuyos fines damos cuenta en el capítulo relativo a la actual organización sanitaria del País. Pero su principal acción preventiva está representada por sus trabajos y proyectos de higienización urbana, sobre todo de los que tienden a dar una solución orgánica al problema de la habitación. La habitación insalubre, miserable, contaminada, constituye el más insidioso peligro para la salud y la vida del proletariado. Por tanto, la labor preventiva del Gobierno ha comenzado ahí.

No obstante el poco tiempo que tiene de actividad, la Liga Antituberculosa de Damas ha logrado ya aportar a la lucha contra la tuberculosis un apreciable concurso. Ha establecido en Lima un dispensario para tuberculosis, a cargo de competentes especialistas, que atienden y asisten gratuitamente a los enfermos que ahí acuden y que difunden conocimientos de higiene indispensables para evitar el contagio. Ha creado en Chosica a poco más de una hora de Lima y a 800 metros de altura, una Escuela Climática para niños. Y ha construido en Jauja, en el Sanatorio para Tuberculosos que tiene ahí la Sociedad de Beneficencia de Lima, un pabellón dedicado a los enfermos que se asisten por su cuenta en ese establecimiento.

De julio de 1924 a noviembre de 1925, la Liga Antituberculosa

sostuvo en el Sanatorio de Jauja a 72 enfermos, de los cuales a fin de año 16 habían regresado curados a la capital, y 44, de los 47 que ahí continuaban, se encontraban en vías de curación.

En el Hospital de San Vicente de Tarma, villa de altura como Jauja, de clima privilegiado, se asisten, además, por cuenta de la Liga, 18 enfermos.

El Sanatorio de Jauja, dependiente de la Sociedad de Beneficencia de Lima, es un establecimiento moderno, con capacidad actual para 100 enfermos, excluido el pabellón de la Liga Antituberculosa al cual acabamos de hacer referencia. El clima de Jauja es considerado, desde muy antiguo tiempo, como uno de los mejores climas de altura del País. Jauja está a 3,395 metros de altura, en un valle abrigado, entre los dos ramales de los Andes. Registra un porcentaje elevado de curaciones de ciertas formas de tuberculosis.

También en Jauja existe un Sanatorio Escuela Taller, a cargo de Madres de Caridad. El Gobierno subvenciona este establecimiento, donde se asisten por su cuenta 20 niñas, tuberculosas de primer o segundo grado. El objeto de este Sanatorio,—que puede ser uno de los tipos de sanatorio que el Estado establezca para la campaña curativa,—es la asistencia de casos incipientes.

Recientemente el Gobierno ha adquirido el edificio en el cual funciona la Estación Climática de Chosica, a fin de dar a este establecimiento capacidad para el alojamiento de 250 niños pre-tuberculosos.

La Liga Antituberculosa efectúa labor de propaganda y educación por medio de cartillas populares.

El programa del Gobierno, en orden al problema de la tuberculosis, abarca desde el establecimiento de sanatorios y colonias de altura, colonias marítimas y escuelas al aire libre, hasta una sistemática labor de educación mediante conferencias, cartillas, exposiciones, etc.

2. Paludismo

En la costa y en la montaña, el paludismo es la enfermedad que más alto porcentaje de morbilidad produce. El paludismo, además, al socavar sus defensas, predispone a los individuos, especialmente a los procedentes de la sierra, a la tuberculosis.

El problema del paludismo es, por esto, considerado por el Gobierno como de los más graves problemas médicosociales del Perú. La política sanitaria del actual Gobierno se propone resolverlo gradual pero segura y radicalmente.

Como se trata de una epidemia particularmente sensible en el campo, donde constituye el principal agente de morbilidad,—lo que no quiere decir que no haga también estragos en la población urbana—la base de toda acción preventiva es el saneamiento rural. Ya hemos visto cómo el Gobierno trabaja por resolver la cuestión de la habitación obrera rural, obligando a los “hacendados” y empresas agrícolas a la construcción de barrios obreros que reúnan las condiciones necesarias de higiene.

La ley 2264 sobre profilaxis del paludismo establece las obligaciones que tienen al respecto los “hacendados” y empresas agrícolas. El artículo 11 de esta ley dice que “la defensa de las personas contra el paludismo comprenderá la protección mecánica de sus habitaciones contra los zancudos y la distribución gratuita de la quinina como preventivo, si dichas personas moran dentro de los linderos de los fundos o de los establecimientos industriales. Cuando las personas en referencia sólo concurren a los fundos, a los establecimientos o a los lugares mencionados durante las horas del trabajo en el día, su defensa comprenderá sólo la distribución gratuita de la quinina como preventivo. Cuando, además, tengan que hacer eventualmente algunas horas de la noche en dichos fundos, establecimientos o lugares, las habitaciones que les sirven de reunión temporal estarán protegidas contra los zancudos.”

La Dirección de Salubridad, por medio de los médicos sanitarios, ejerce la actividad necesaria para obligar a los propietarios de las haciendas al cumplimiento de esta ley. La mayor parte de los hacendados obedecen la ley en lo que respecta al sostenimiento de servicio médico, al suministro gratuito de quinina y a la limpieza de los canales y acequias. En muchas haciendas se ha destruído las antiguas “rancherías”, reemplazándolas por barriadas obreras de habitaciones amplias y ventiladas, con red metálica en las ventanas. Pero por el costo de estas obras no ha sido posible aún conseguir su ejecución en la mayor parte de los fundos, cuyos propietarios alegan, por el momento, para diferirla, la difícil situación económica por que atraviesa actualmente la agricultura. Con la intervención de la Sociedad Nacional Agraria, anteriormente señalada, se espera encontrar pronto una vía de compromiso. Se trata, en todo caso, de una dificultad temporal que se arribará a superar siempre en más o menos tiempo.

También están obligados los propietarios de fundos agrícolas a la desecación o petrolización de los pantanos existentes dentro de los

linderos de sus propiedades. Por cuenta del Gobierno se ha llevado a cabo en los últimos años la desecación de algunas paludes y, con su concurso, se realizará la de las lagunas del valle de Tambo, uno de los más afligidos por el paludismo.

Estos trabajos representan uno de los aspectos principales del saneamiento rural, dado que es en las aguas estancadas, tan abundantes en la costa y en la montaña, especialmente en la época de avenidas, donde se cría el anofeles o zancudo transmisor de la malaria. Los obras de irrigación que, en gran escala, ha emprendido el Gobierno, ofrecen, por esto, un gran interés sanitario, ya que el mejor aprovechamiento y canalización de las aguas están destinados a evitar la formación o subsistencia de pantanos. La irrigación de las pampas de Olmos, en el departamento de Lambayeque, que habilitará para la agricultura una vasta extensión baldía, comportará, al mismo tiempo, el drenaje y desecación de los terrenos pantanosos de esa zona.

Por otra parte, el servicio de sanidad se ocupa de modo especial de la asistencia de los palúdicos. El Gobierno ha establecido dispensarios antipalúdicos en diversas localidades de la República, asumiendo la protección de los pequeños agricultores y en general de todos los trabajadores del campo, a cuya asistencia debe proveer directamente el Estado.

En las regiones donde el paludismo adquiere proporciones más graves, el servicio sanitario realiza campañas extraordinarias. Comisiones especiales de médicos son enviadas a reforzar al personal sanitario de la región. Estos médicos recorren los valles y las campiñas, enseñando y proporcionando a los campesinos los medios de curarse.

Tanto en la costa como en la montaña, el paludismo tiene trascendentes proyecciones médicosociales. La población obrera de la costa es insuficiente para satisfacer la actual necesidad de brazos de la agricultura y, por consiguiente, ésta debe apelar al empleo de braceros de la sierra que casi inevitablemente son atacados por el paludismo. Análoga cosa ocurre en los valles de la montaña, en los cuales la población está compuesta además de los colonizadores, de tribus aborígenes, con los cuales no se puede contar para un trabajo disciplinado. Para el cultivo de las "haciendas" establecidas en los valles bajos de la vertiente oriental de los Andes, se recluta trabajadores indígenas. Y éstos, seguros de ir al encuentro de la enfermedad, se muestran cada día más rehacios a emigrar a la montaña.

El complejo problema de la malaria, por primera vez abordado en el Perú resuelta y ampliamente, se presenta así como el más vasto de los que debe resolver una política sanitaria dirigida a la defensa y al aumento de la población autóctona.

3. Cáncer

El Perú se ha incorporado oficialmente en la lucha mundial contra el cáncer con la creación del Instituto Nacional de Cáncer y la Asociación Nacional de Estudios contra el Cáncer.

El Instituto, cuya creación fué autorizada por resolución suprema del 8 de febrero de 1924, se inauguró el 30 de abril del mismo año. Conforme a sus Estatutos, sancionados dos meses después, sus fines se precisan así:

(a) La divulgación de los conocimientos relativos a los síntomas, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer.

(b) Unificación dentro de una fórmula de inteligencia y coordinación, de los servicios clínicos y hospitalarios que atienden públicamente el cáncer, con el criterio de facilitar el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

(c) Proporcionar a los cancerosos desvalidos los medios de curación y alivio; y

(d) Reunir los elementos para una estadística nacional sobre el cáncer.

Para la realización de estos fines, se da al Instituto en el mismo reglamento la siguiente organización:

Sección Clínica, encargada de la historia de los casos y de su diagnóstico eficiente y rápido mediante los exámenes respectivos.

Sección Radiografía, destinada a los exámenes radiológicos necesarios para el diagnóstico y el control de los efectos terapéuticos.

Sección Laboratorio, a cargo de los exámenes histológicos y de los trabajos, experimentación e investigación.

Sección Radioterapia, encargada del tratamiento de las neoplasias cuya indicación se halla precisada.

Sección de Propaganda y Estadística, destinada a organizar conferencias y publicaciones y, de acuerdo con la Asociación Nacional del Cáncer, orientar la labor de educación.

La Dirección del Instituto coordina la labor y los datos de las secciones mencionadas y mantiene el contacto con las instituciones similares del extranjero.

La Asociación Nacional de Estudios contra el Cáncer ha sido creada

por resolución gubernativa del 20 de junio de 1924, como una entidad consultiva cuyo órgano de acción es el Instituto del Cáncer. Forman parte del Comité de esta Asociación el decano de la Facultad de Medicina, el presidente de la Academia Nacional de Medicina, los médicos del Instituto del Cáncer y varios cirujanos y especialistas. Con el objeto de comunicar a este cuerpo con los centros análogos del extranjero, se ha designado como sus miembros honorarios corresponsales a varios eminentes investigadores de Europa y América.

La mortalidad debida al cáncer en Lima en los últimos años se expresa en las siguientes cifras:

*Defunciones por cáncer en la ciudad de Lima en el último decenio
1916-1925*

	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925
17-20 años ..	2	1	0	0	0	0	0	1	0	1
20-30 " ..	18	17	15	10	8	9	18	10	13	12
30-40 " ..	24	23	20	15	18	22	20	18	20	22
40-50 " ..	36	35	38	33	32	38	35	39	38	40
50-60 " ..	32	31	47	39	40	42	40	35	31	42
60-70 " ..	16	16	12	29	38	27	31	27	35	21
70-90 " ..	6	5	2	10	8	6	5	6	4	5
	134	128	134	136	144	144	149	136	141	143

Sexos: hombres, 37 por ciento; mujeres, 63 por ciento. Total, 1,402.

Recientemente se ha creado la Liga Nacional contra el Cáncer, bajo el alto patronato del Presidente de la República.

4. Enfermedades venéreas

El Gobierno ha convocado y organizado una Conferencia Nacional Antivenérea, destinada a estudiar y formular un plan de acción contra las enfermedades venéreas en el País. La comisión designada a este efecto ha preparado el programa de trabajo de la Conferencia, la cual someterá al Gobierno un cuerpo de iniciativas y proposiciones que trazará los lineamientos fundamentales de esta campaña médico-social.

Del examen y tratamiento de las meretrices así como de la profilaxis antivenérea, se ocupa el servicio de Asistencia Pública. El Estado sostiene, además, en Lima, un Sifilocomio.

Por resolución gubernativa del 4 de septiembre de 1925, se establece en los colegios de instrucción media, oficiales y particulares de la República, la enseñanza de la higiene sexual, mediante conferencias sobre las enfermedades venéreas y su profilaxis.

5. Verruga

El Gobierno dedica especial atención al estudio de la patología nacional. Entre las enfermedades peculiares del País, una de las que ofrecen mayor interés científico es la verruga peruana o enfermedad de Carrión, sobre la cual existen estudios de numerosos médicos nacionales y extranjeros. Es una enfermedad localizada en unos pocos valles y quebradas de la vertiente occidental de los Andes que nunca ha tomado carácter epidémico. Se le conoce con el nombre de *verruga peruana*: 1°, porque la característica macroscópica, el producto patológico, hace su aparición en forma de induraciones verrucosas en las capas superficiales de la piel y en el tejido conjuntivo laeso subseroso y submucoso de los órganos internos y de los espacios intermusculares; y 2°, porque es una enfermedad observada sólo en el Perú. También se le denomina fiebre de la Oroya, en razón de haberse presentado con particular frecuencia en la línea del ferrocarril de la Oroya y “enfermedad de Carrión” en memoria del estudiante de medicina Daniel Carrión que, habiéndosela inoculado para estudiar su naturaleza y manifestaciones clínicas, falleció, víctima de ella. Se presenta en dos formas, una llamada verruga benigna y otra maligna o fiebre grave de Carrión. Sostienen algunos estudiosos que se trata de dos enfermedades distintas; pero esta teoría dualista no reposa en una experimentación que demuestre suficientemente la independencia etiológica de cada una de las dos formas.

El estudio integral de la etiología, profilaxis y tratamiento preventivo y curativo de la verruga ha sido encargado por el Gobierno a una comisión compuesta por el doctor Carlos Monge, profesor de la Facultad de Medicina; por el doctor Pedro Weiss, anatomopatólogo, y por el doctor Telémaco Battistini, miembro del Instituto Rockefeller y representante de la Sanidad Peruana en dicho Instituto. Este último profesional, que ha llevado a cabo trabajos muy importantes sobre la materia, ha sido encargado recientemente de la preparación de la vacuna profiláctica obtenida en los experimentos de laboratorio y las experiencias necesarias para su aplicación a la profilaxis y el tratamiento de la enfermedad en el hombre.

6. Toxicomanías

El control del comercio, importación y fabricación de drogas tóxicas, establecido por el Gobierno en 1923, permite al Estado refrenar eficazmente las toxicomanías que en los últimos años se extendían cada vez más en Lima y otros centros urbanos de la República. El consumo

indebido de opio, cocaína, morfina, heroína, etc., no ha podido, sin embargo, ser definitivamente extirpado. Las fumerías de opio para chinos están autorizadas por la legislación especial que concierne a esta colonia asiática, de modo que, a pesar de la vigilancia policial de esos establecimientos, existe siempre un cierto número de opiómanos nacionales. La acción sanitaria secundada por los funcionarios de policía, tiende a una radical extirpación de las toxicomanías.

7. Alcoholismo

El Estado se preocupa de combatir el alcoholismo con medidas eficaces. Desde hace varios años está en vigor una ley que prohíbe el expendio y el consumo públicos de licores y bebidas alcohólicas, después del medio día del sábado y el día domingo. Se ha conseguido de esta suerte una reducción apreciable del alcoholismo, sobre todo en las clases trabajadoras. El aumento del impuesto a los alcoholes importados y a los fabricados en el País constituye otro de los factores actuales de disminución del alcoholismo.

8. Protección del niño y de la madre

La Junta de Defensa de la Infancia, cuya organización y programa hemos ya resumido, al ocuparnos de los servicios de higiene pública y asistencia social, representa al Estado en el campo de la protección al niño y a la madre.

El Instituto Nacional del Niño, órgano técnico de esta Junta, tiene a su cargo la propaganda en favor de la infancia, la difusión de los conocimientos elementales para la formación de la conciencia popular en las prácticas de la puericultura y las relaciones de la Junta con las instituciones públicas o privadas de la República.

Trabajan al servicio del Instituto dos *nurses* extranjeras que prestan sus servicios en la preparación del personal necesario para una amplia organización de la protección a la infancia.

Esta instrucción corre a cargo de la Escuela de Visitadoras de Higiene Infantil que desde 1925 funciona regularmente y de la cual han salido ya diplomadas las primeras dieciocho visitadoras nacionales.

Se ha establecido los servicios de Amparo Legal de la Maternidad y de Visitadoras de Higiene Infantil y se ha iniciado la publicación de un Boletín sobre el Niño Peruano, destinado a una activa labor de educación y propaganda.

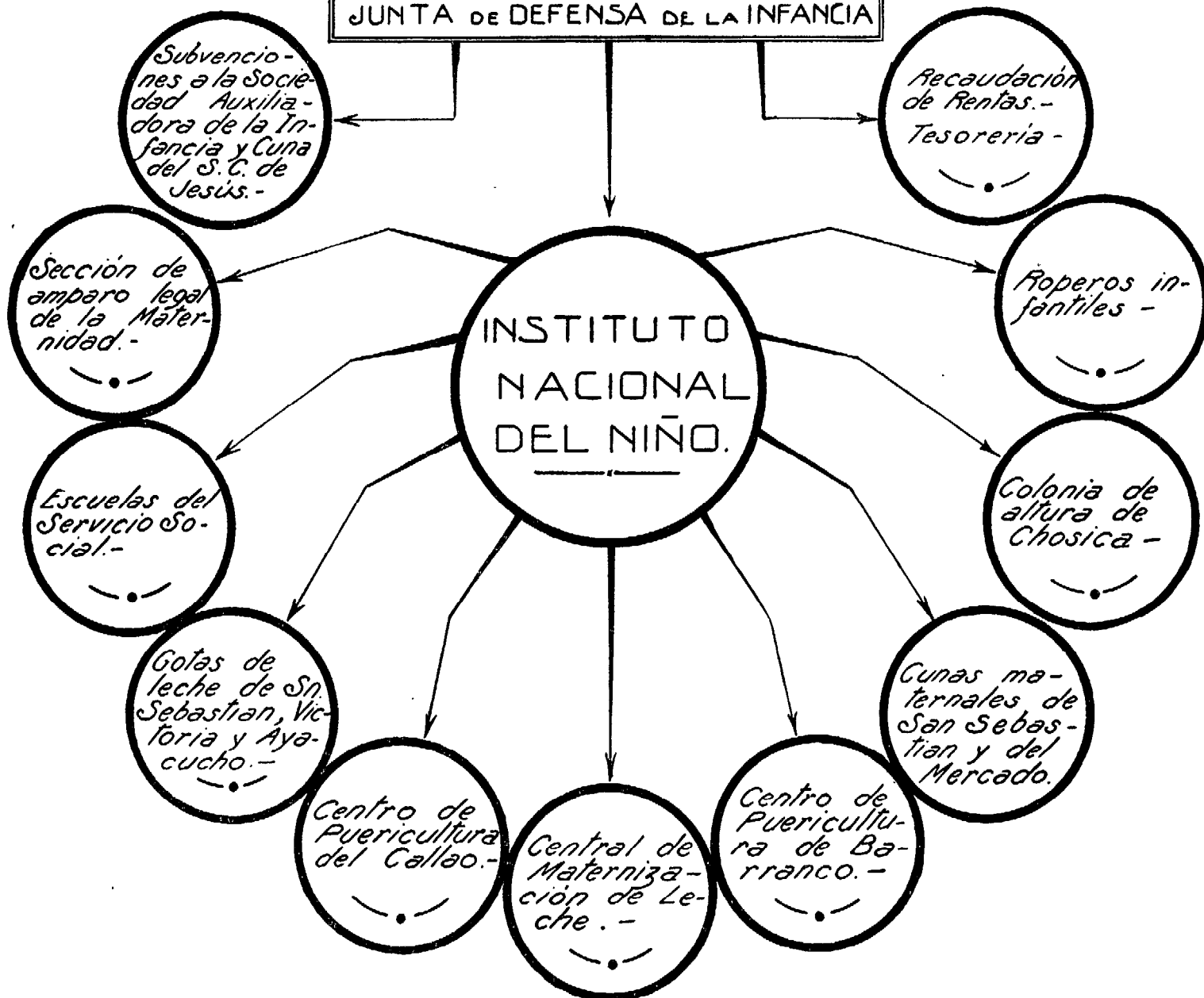
Ha fundado la Junta cuatro Gotas de Leche, una Cuna Modelo y una Central de manipulación de leche para lactantes en Lima, un

Ministerio de Fomento

Gráfico de la Organización de la Protección a la Infancia

PRESIDENTE DE LA REPUBLICA
MINISTRO DE FOMENTO

JUNTA DE DEFENSA DE LA INFANCIA



Centro de Puericultura en el Callao, un Centro de Puericultura en el Barranco y una Colonia de Altura para niños débiles en Chosica.

Con la cooperación filantrópica de un grupo de damas, ha instituído la obra de los Roperos Infantiles que distribuye periódicamente, cunas, ajuares y servicios de baño entre las madres pobres.

Subvenciona la Junta a la Sociedad Auxiliadora de la Infancia, a la Cuna Maternal del Sagrado Corazón de Jesús y a la Cuna del Mercado Central, instituciones que prestan un eficiente servicio en la labor de protección a la infancia.

Se propone la Junta ensanchar gradualmente sus servicios a provincias. Ya se ha constituído la Junta de Arequipa a cargo de la cual corre el Puericultorio "Juana Gamio," que atiende diversos servicios de protección a la primera infancia.

Se termina actualmente, de otro lado, la construcción del Hospital para Niños, resuelta por el Gobierno hace dos años. Este Hospital tiene una ubicación excelente. Se alza en la Avenida que une la capital con la Magdalena del Mar. Queda situado a menos de cuatro kilómetros del mar. Los planos, formulados en armonía con un criterio científico de las necesidades del establecimiento, fueron presentados al Gobierno por una comisión presidida por el Director de Salubridad. El costo del edificio es de Lp. 70,000.

La ley No. 5057, promulgada el 2 de marzo de 1925, autoriza a la Junta a efectuar una Lotería, que se denominará "Sorteo Nacional del Niño," cuyo producto se dedicará a la construcción y sostenimiento de una Colonia Marítima Infantil.

La resolución gubernativa de 17 de abril de 1925 hace extensiva a los fundos agrícolas, que ocupen a más de veinticinco obreras o empleadas mayores de diecisiete años, la obligación de establecer salas cunas, en vigor para las fábricas, conforme a la ley de protección del trabajo de la mujer y del niño.

El trabajo de los menores de catorce años está prohibido en la República, en virtud de esta ley, que reglamenta con un criterio moderno el trabajo de la mujer y del niño, en las fábricas, talleres, oficinas, etc.

La Junta de Defensa de la Infancia gestiona el establecimiento del servicio médico escolar en todos los colegios y escuelas.

La Sociedad de Beneficencia de Lima sostiene dos asilos de huérfanos y construye en la Magdalena del Mar un vasto Orfelinato, con varios pabellones concluídos ya. La Sociedad de Beneficencia del Callao sostiene igualmente un Orfelinato, una escuela taller y una escuela

elemental donde se proporciona desayuno, almuerzo y lunch a los niños pobres que la frecuentan y que pasan de mil.

En el Callao se ha fundado un Refectorio Escolar, dependiente en la actualidad del Ministerio de Instrucción Pública, que proporciona desayuno y almuerzo a los niños que concurren a las escuelas fiscales.

9. Higiene mental

El Gobierno ha encargado a una comisión, presidida por el Director de Salubridad e integrada por el Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Lima y dos médicos alienistas, la preparación de un proyecto de legislación sobre asistencia de alienados.

Se presta esta asistencia en la actualidad en el Asilo Colonia de la Magdalena del Mar, dependiente de la Sociedad de Beneficencia. Funciona este Asilo Colonia en un magnífico local, dividido en cómodos y modernos pabellones que con sus jardines y campos ocupa una extensión total de veintisiete hectáreas.

Tiene el Asilo Colonia servicios gratuitos y de pensionistas para varones y mujeres, instalados en pabellones independientes. Sus servicios generales son los siguientes: Laboratorio de investigaciones biológicas, Pabellón de Fisioterapia, Gabinete de Psicología Experimental, Museo, Biblioteca, Gabinete Odontológico, Farmacia, Imprenta, Establo y Granja.

Dirige este establecimiento, que se clasifica entre los primeros de su género en Sud América, un especialista con estudios en Italia, el doctor Hermilio Valdizán, profesor de Psiquiatría de la Universidad. Integran el personal de médicos alienistas los doctores Honorio Delgado, Baltasar Caravedo, E. Pardo Figueroa y Sebastián Lorente.

He aquí las cifras estadísticas de la asistencia en el Asilo en el año de 1925:

Movimiento general de enfermos del Asilo "Víctor Larco Herrera" durante el año

Entradas 441.

Salidas, 255.

Defunciones 99.

Existencia en 31 de diciembre de 1924, 671.

Existencia en 31 de diciembre de 1925, 758.

Como se ve, durante el año 1925 ha aumentado en 87 el número de enfermos de ambos sexos.

Se asiste también enfermos mentales en una clínica privada: la

Villa Margarita de Bellavista, dirigida por los doctores Lorente y Caravedo.

10. La enseñanza de la Higiene

La cátedra de Higiene en la Universidad fué creada en 1842. Uno de sus primeros titulares, cuando aún se hallaba incorporada a la de Fisiología, fué don Sebastián Lorente, abuelo del suscrito, eminente maestro español que hizo del Perú su segunda patria.

Con la reforma de la educación pública en 1856 la cátedra de Higiene se confundió con la de Física Médica. Desde entonces se le enseña en la Facultad de Medicina.

En la actualidad la cátedra de Higiene se enseña en un año a los alumnos del séptimo año de estudios médicos. Se encuentra desempeñada por un profesor titular, el doctor Carlos Enrique Paz Soldán y un jefe de Trabajos Prácticos. La enseñanza se hace teórica y práctica. Desde hace dos años los alumnos concurren a los trabajos de investigación médicosocial de la cátedra en el Seminario de Higiene, organizado en armonía con las tendencias activas de la enseñanza superior.

Acaba de establecerse un impuesto especial a las aguas gaseosas con destino a la erección y funcionamiento de un Instituto de Higiene y Medicina Social, que servirá además de escuela práctica para las investigaciones sobre nuestra patología autóctona.

A menudo la cátedra hace labor de propaganda pública de la Higiene por medio de conferencias populares.

La enseñanza de la higiene, en virtud de la reforma general de la instrucción pública, tiene hoy el lugar que le corresponde en los programas de instrucción primaria y secundaria.

VI. Medicina Curativa

1. Hospitales

La mayor parte de los hospitales de la República se encuentran a cargo de las Sociedades de Beneficencia a las cuales ya nos hemos referido. Estas Sociedades de Beneficencia, cuya constitución y funcionamiento están sometidos a una ley especial del Estado, tienen su origen en condiciones pretéritas, en las cuales la asistencia a las clases pobres no era concebida como una obligación del Estado, sino como una función de la filantropía del Estado. Su personal directivo está formado por personas visibles de la localidad respectiva. Sus rentas

<i>Establecimientos</i>	<i>Existente en 31 de diciembre de 1923</i>			<i>Ingresados durante el año</i>		
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Hospitales	1,667	1,258	2,925	31,268	25,240	56,508
Lazaretos	11	7	18	65	40	105
Hospicios	480	511	991	163	191	354
Otros	433	484	917	245	183	428
Total	2,591	2,260	4,851	31,741	25,654	57,395

proviene de donaciones o fundaciones especiales de personas filantrópicas. El Estado subsidia a las más pobres, a fin de que puedan atender a su presupuesto.

El número de hospitales, a cargo de las beneficencias, era en 1924 46, el número de lazaretos 7 y el de hospicios 9. El movimiento de enfermos o asilados en estos establecimientos durante ese año fué el siguiente:

<i>Salidos durante el año</i>			<i>Fallecidos durante el año</i>			<i>Existente en 31 de diciembre de 1924</i>		
<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
28,652	22,727	51,379	2,428	2,336	4,764	1,865	1,435	3,300
29	14	43	23	24	47	24	9	33
76	102	178	67	63	130	500	537	1,037
154	104	258	71	59	130	453	504	957
28,911	22,947	51,858	3,589	2,482	5,071	2,842	2,485	5,327

El personal de asistencia de estos establecimientos se componía de 393 profesionales y 1,266 no profesionales.

Los principales de estos establecimientos son el Hospital "Arzobispo Loayza" y el Hospital "Dos de Mayo," de Lima y el Hospital "Goyoneche," de Arequipa. El primero y el último están instalados en edificios novísimos, que se cuentan entre los mejores de su objeto de este lado de Sud América. Los tres se encuentran dotados de los servicios y elementos más modernos y completos.

El Estado destina constantemente una partida en el presupuesto a la construcción de hospitales en las poblaciones que más los necesitan, y al mejoramiento y sostenimiento de otros. Del Estado dependen directamente, entre otros hospitales, varios lazaretos para infecto-contagiosos.

Pronto contará Lima, como ya hemos visto, con un Hospital para Niños, construído por el Gobierno.

Se ha construído en Loreto una Leprosería Colonia Agrícola, destinada al aislamiento y asistencia de las personas atacadas de lepra que existen en la región oriental o de la selva. (En las otras regiones del Perú no se registran casos de esta enfermedad).

Como más arriba hemos anotado, el Gobierno ha encargado recientemente a una comisión técnica la preparación de un plan general de reorganización del servicio hospitalario en la República.

Apuntaremos finalmente que funcionan en el Perú varias clínicas, casas de salud y otros establecimientos particulares de asistencia médica, debida y modernamente instalados, que conforme al reglamento expedido últimamente por el Gobierno, están sujetos al control de la Dirección de Salubridad Pública.

2. Médicos

La Facultad de Medicina forma parte de la Universidad Mayor de San Marcos de Lima. Pero funciona en un local especial y, como las demás Facultades, goza de autonomía administrativa. Su presupuesto en 1925 fija los egresos en Lp. 33,939.0.00.

Los estudios de medicina duran siete años. Para ingresar a la Facultad se requiere haber hecho en la Facultad de Ciencias Físicas y Naturales dos años de estudios preparatorios.

El número de estudiantes de medicina, según la matrícula de 1926, asciende en este año a 398. Los médicos graduados en la Facultad de Medicina de Lima son actualmente 729.

Depende de la Facultad de Medicina la sección de obstetricia. La Facultad otorga el título de obstetriz a las aspirantes que han cursado en esta sección los estudios correspondientes. Se efectúan estos estudios en el período de tres años. Llegan a 230 las obstetrices autorizadas a ejercer su profesión en la República.

3. Farmacéuticos

La enseñanza de farmacia se realiza en el Instituto de Farmacia, dependiente de la Universidad de Lima. Los estudios duran cuatro años. Los aspirantes obtienen, cumplidos sus estudios, el título de farmacéuticos, indispensable para ejercer la dirección técnica de un establecimiento de farmacia.

El presupuesto del Instituto de Farmacia ha sido en el año de 1925 de Lp. 4,128.0.00. Los alumnos suman 50. El número de farmacéuticos diplomados llega aproximadamente a 500.

4. Odontólogos

El Instituto Universitario de Odontología, depende también de la Universidad de San Marcos de Lima. La duración de los estudios es de cuatro años. El presupuesto del Instituto de Odontología ha sido en 1925 de Lp. 6,262.000.

El número de odontólogos diplomados que trabajan actualmente en la República es de 348. Se han matriculado este año en el Instituto 51 aspirantes.

El ejercicio de la profesión de odontólogo, como el de la medicina, obstetricia y farmacia, está sujeto a un reglamento especial, cuya observancia controla una comisión inspectora.

VII. Cuestiones Generales

1. Control de artículos alimenticios

Los Municipios, por intermedio de sus Inspecciones de Higiene, vigilan y controlan el comercio al detalle de artículos alimenticios en los mercados, tiendas y puestos de expendio. La matanza de ganado, la venta de leche, la higiene de los establecimientos de artículos alimenticios y de los restaurantes, fondas, etc., están sujetas a ordenanzas municipales, por cuya observancia velan empleados especiales de cada municipio, en todos los centros urbanos de importancia.

La Salubridad Pública, por su parte, se ocupa también de la supervigilancia de cuanto concierne a la higiene de la alimentación. En Lima y en otras localidades, sus inspectores y cuadrillas sanitarias practican la revisión de los restaurantes, fondas, posadas y establecimientos de expendio de artículos alimenticios, clausurando los que no reúnan las indispensables condiciones higiénicas y exigiendo a los demás la observancia estricta de sus disposiciones.

2. Control de drogas y de productos biológicos

Conforme al reglamento de ejercicio de la profesión farmacéutica, comercio de drogas y funcionamiento de herboleras, estas actividades están colocadas bajo el control de la Dirección de Salubridad Pública, por intermedio de la Comisión Inspectora de Farmacias y de sus delegados provinciales. Este reglamento establece que toda especialidad farmacéutica, para ser vendida en las droguerías y boticas de la República, deberá ser analizada por la Comisión Inspectora de Farmacia, y autorizada por la Dirección de Salubridad Pública; y que toda especialidad llevará un breveté donde conste detalladamente su com-

posición química, con arreglo al sistema médico decimal, y la fecha de la autorización mencionada.

La fabricación, importación y venta en la República de sueros y vacunas bacterianas, productos biológicos, empleados en el diagnóstico o en la terapéutica, salvarsanes y productos similares, se encuentran controladas por la Dirección de Salubridad, en virtud del reglamento puesto en vigor en 1924 y al cual nos referimos en el capítulo de las reformas recientes en la legislación sanitaria.

3. Servicios urbanos de agua, desagüe y pavimentación

Desde su inauguración, el Gobierno del señor Leguía decidió abordar resueltamente el problema del saneamiento de las ciudades de la República, dotándolas de apropiados servicios de agua, desagüe, pavimentación y eliminación de basuras. La ley No. 4126, promulgada en mayo de 1920, facultó al Poder Ejecutivo para contratar la ejecución de las obras necesarias en las ciudades de Lima, Callao, Magdalena, Miraflores, Bellavista, Chorrillos, La Punta, Ancón, Arequipa, Cuzco, Puno, Trujillo, Chichilayo, Lambayeque, Piura, Ica, Cajamarca, Huarás, Huánuco, Cerro de Pasco, Huancayo, Ayacucho, Huancaavelica, Abancay, Iquitos, Chachapoyas, Moyobamba, Moquegua, Tumbes, Locumba y Jauja. En los años transcurridos, se han efectuado dichas obras en las ciudades de Lima, Magdalena, Miraflores, Bellavista, Chorrillos, Arequipa, Cuzco, Trujillo, Piura y Ayacucho; están en ejecución en Callao, La Punta y Huancayo; y en estudio en Puno, Ica, Huánuco, Cerro de Pasco, Iquitos y Moquegua. Lima ha sido dotada de un eficiente servicio de agua y desagüe con capacidad suficiente para las necesidades de su próximo desarrollo. La realización de los trabajos está encomendada a *The Foundation Company*, empresa que emplea los materiales y sistemas más modernos, de acuerdo con el plan gubernamental.

El Gobierno ha llevado a cabo, además, en varias otras poblaciones menores el establecimiento de servicios de agua y desagüe.

Al cumplimiento de la ley No. 4126 están afectadas rentas especiales del Estado.

4. El problema de la habitación

Capítulo substantivo de la política medicosocial del Gobierno es la construcción de casas para obreros y empleados. Próximamente se iniciará en Lima, por cuenta del Estado, la edificación de un gran barrio obrero modelo. El Gobierno tiene el proyecto de construir en ese barrio tres mil casas de diversos tipos, cuya propiedad será

adquirida por las personas a quienes sean asignadas en un plazo de pocos años, mediante cuotas mensuales no superiores a las actuales pensiones de locación.

En el Callao, una ley especial crea un fondo estable para la construcción anual de varias casas para obreros y empleados. La primera serie de casas está ya en servicio. Por su parte, la Sociedad de Beneficencia Pública de la misma ciudad tiene actualmente en construcción cuarenta y dos casas para empleados.

Las facilidades que dan las nuevas urbanizaciones, sujetas al control de la Dirección conforme al reglamento ya citado, para la adquisición a prorrata de terrenos, ha favorecido la extensión de la pequeña propiedad urbana, en Lima y sus alrededores. El área de la capital y los balnearios se ha ensanchado enormemente.

La reglamentación de las construcciones en estos barrios asegura en la capital y sus alrededores una solución metódica del problema de la habitación urbana. El de la habitación rural ha sido afrontado por el Gobierno en la forma de que ya nos hemos ocupado.

5. Propaganda de higiene

La propaganda de la higiene se realiza por medio de cartillas, artículos y anuncios en la prensa, conferencias y carteles. Los médicos sanitarios están encargados de organizarla y desarrollarla en sus respectivos sectores. La Dirección de Salubridad Pública trabaja por darle toda la amplitud necesaria.

