

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 12 — MEDELLIN, NOVIEMBRE 1962 N° 10

Organo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y de la Academia de Medicina de Medellín. — Continuación de "Boletín Clínico" y de "Anales de la Academia de Medicina". — Tarifa Postal reducida. Lic. N° 1.896 del Ministerio de Comunicaciones.

Dr. Oriol Arango Mejía
Decano de la Facultad

Dr. Miguel Guzmán A.
Presidente de la Academia

EDITOR:

Dr. Alberto Robledo Clavijo

CONSEJO DE REDACCION:

Dr. Héctor Abad Gómez

Dr. César Bravo R.

Dr. Iván Jiménez

Dr. David Botero R.

Dr. Alfredo Correa Henao

Srta. Melva Aristizábal

Srta. Margarita Hernández B.
Administradora

CONTENIDO:

EDITORIAL:

El 75º Aniversario de la fundación de la Academia de Medicina de Medellín.—**A. R. C.** 605

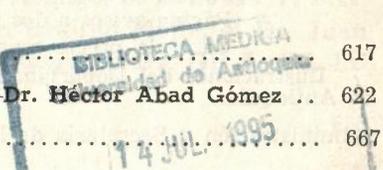
Discurso del Rector de la Universidad de Antioquia, doctor Jaime Sanín Echeverri en la sesión solemne con motivo de la celebración del 75º aniversario de la fundación de la Academia de Medicina de Medellín. 609

TRABAJOS ORIGINALES:

El Tuntún.—**Doctor Andrés Posada Arango** 617

Diez Años de Salud Pública en Antioquia.—**Dr. Héctor Abad Gómez** .. 622

INDICE DEL VOLUMEN 667



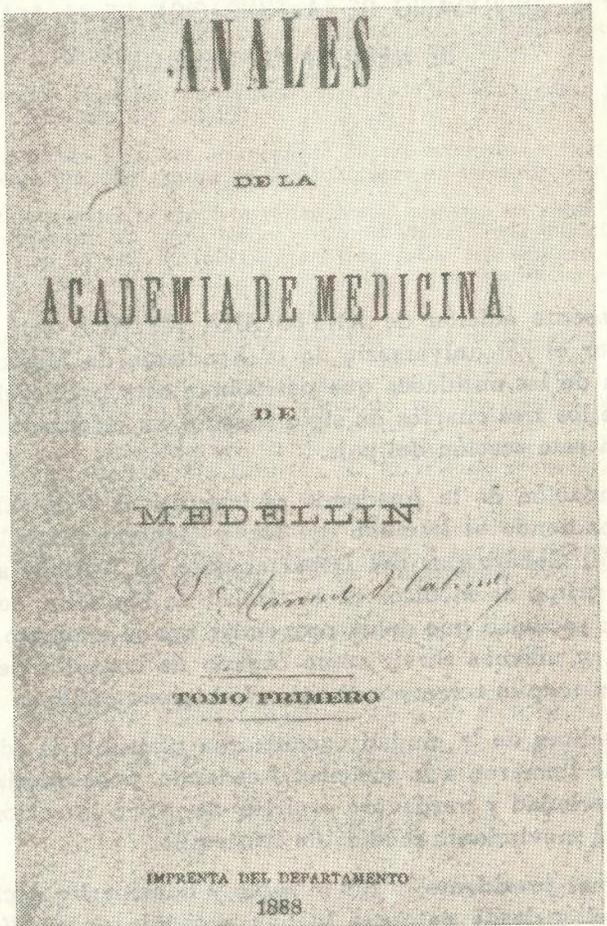
**EL 75º. ANIVERSARIO DE LA FUNDACION DE LA ACADEMIA
DE MEDICINA DE MEDELLIN**

La presente edición de **ANTIOQUIA MEDICA** está dedicada a conmemorar el 75º aniversario de la Academia de Medicina de Medellín, una de las entidades que patrocinan esta publicación y que a lo largo de los tres cuartos de siglo pasados ha orientado las ciencias médicas en esta sección del país.

La fundación de la Academia se cumplió el 7 de julio de 1887, cuando atendiendo al llamado del Dr. y General Marceliano Vélez, quien era el Gobernador del Departamento de Antioquia, se reunió un selecto grupo de médicos de la ciudad de Medellín, con el fin de formar una sociedad que debía propender por el adelanto de la ciencia médica y además servir como órgano de consulta del Gobierno seccional en todo lo correspondiente a la higiene pública.

Los médicos de la ciudad encontraron plausible la idea y desde un principio llamaron a la sociedad Academia, pues querían que fuera por su seriedad y verdadero espíritu científico la rectora y representante del movimiento médico de Antioquia.

Su primer presidente lo fue el sabio y benemérito doctor Manuel Uribe Angel y desde entonces lo han sucedido en su dirección los más preclaros exponentes de nuestra medicina. A ella han pertenecido el botánico insigne Andrés Posada Arango, el Dr. Francisco Uribe Mejía, los Dres. Francisco y Ramón Arango, el Dr. José V. Maldonado, el Dr. J. Enrique Delgado, el Dr. Braulio Méjía, el Dr. Juan B. Montoya y Flórez, el Dr. Juan B. Londoño, el Dr. Gil J. Gil, los



Dres. Tomás y Emilio Quevedo, el Dr. Gabriel Toro Villa, los Dres. Miguel María Calle y Emilio Robledo, el Dr. Eugenio Villa Haeusler y muchos más cuyos nombres viven en la memoria del pueblo antioqueño, pues han sido la honra y prez de la profesión médica en el Departamento.

Los más importantes trabajos científicos que han visto la luz en esta ciudad y el Departamento, han sido leídos ante la Academia de Medicina de Medellín y la trayectoria severa y estrictamente científica trazada por sus fundadores se ha mantenido incólume a lo largo de los setenta y cinco años.

Como órgano consultivo del gobierno en lo tocante a Higiene y Salud Pública, ha tenido que ver con la fundación de las diversas entidades asistenciales con que cuenta la ciudad y el Departamento, con las distintas campañas de salubridad llevadas a cabo, con la fundación y organización de los estudios médicos y de enfermería y en fin con todo lo tocante a las ciencias médicas y afines. Sus conceptos son solicitados y acatados por los gobiernos y corporaciones públicas y privadas pues se conoce su seriedad y responsabilidad.

El Gobierno Nacional para asociarse a esta efemérides y por solicitud del Departamental le otorgó la Cruz de Boyacá como reconocimiento a su labor en pro de la ciencia y de la patria.

Mas también celebramos con la presente edición de Antioquia Médica, el 75º aniversario de su fundación, pues esta revista es sucesora de los "Anales de la Academia de Medicina de Medellín", cuyo primer número salió en el mes de noviembre de 1887, como puede observarse en el facsimil que ilustra nuestras páginas. Su primer director fue el Dr. Andrés Posada Arango, médico y botánico, uno de los investigadores científicos más notables del país y en cuyo homenaje reproducimos uno de sus artículos.

Esta doble conmemoración encuentra a la Academia y a la revista en pleno vigor y actividad. A la primera con 40 miembros de número, diez y seis correspondientes residentes en la ciudad, y cerca de cincuenta ausentes y sesenta y tres miembros honorarios que mantienen el prestigio y la altura de los postulados propuestos por los fundadores. Y a la revista Antioquia Médica con cerca de 500 canjes y dos mil quinientos ejemplares por edición, con un prestigio científico bien cimentado dentro y fuera del país como corresponde a las entidades de las cuales es vocero.

BIBLIOTECA MEDICA
Universidad de Antioquia

14 JUL. 1995 607

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

AÑO I

Medellin, Noviembre de 1887.

NÚM. 1.

LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

El 7 de Julio del presente año, á la una de la tarde, nos fuimos reunidos en el salón de la Asamblea Legislativa de Antioquia, la casi totalidad de los médicos domiciliados en Medellín, excitados al efecto por el Sr. Gobernador del Departamento, General D. Marceliano Vélez, con el fin de formar una Sociedad que, á la vez que se ocupara en el adelanto de la Carrera, especialmente en sus aplicaciones al país, sirviera al Gobierno de Centro conculivo para las numerosas cuestiones de higiene pública y de salubridad general, que con no poca frecuencia se le ofrecen.

Veintidós profesores atendieron aquella convocatoria del Jefe del Departamento.

Después de ligera discusión, promovida por proposiciones que hizo el que esto escribe, la Sociedad quedó constituida, tomó nombre, eligió sus estatutos para el primer año y designó la comisión que debia redactar los Estatutos.

Tal es el origen de la Academia de Medicina de Medellín. Deseo á la Sociedad esta denominación, que acusa alguna jocosura presentacion, no por vanidad pueril, ajena ciertamente del ánimo de todos los concurrentes, sino para dar á conocer desde luego, por su solo nombre, el objeto, el fin, esencialmente científico, de la Asociación, á la vez que su carácter oficial, pues debe saberse que el Gobierno departamental, con una elevación de maras hasta más merecedora de encomios cuanto que es éste el primer ejemplo dado en el país, tomó á su cargo todos los gastos de la Sociedad, le hizo mesa, dejando sólo á nuestro cuidado la labor.

Si no estoy equivocando, éste será en lo porvenir uno de los timbres más honorables para la actual Administración.

Quizá para varios de mis colegas no será pequeña la ofensa, escaso el sacrificio, hecho en aras del bien general, de ese tiempo que habrán de quitar á las faenas cotidianas, á la vida, á la vida, pero no obstante eso, estoy seguro de que todos sabrán corres-

DISCURSO

**Del Rector de la Universidad de Antioquia, Dr. Jaime Sanín Echeverri
en la sesión solemne con motivo del 75° aniversario de la Academia de
Medicina de Medellín.**

Hemos escuchado en esta sesión solemne la lectura del acta de fundación de la Academia de Medicina de Medellín. Tiene la sencilla majestad de la historia. La grandeza se impone por sí misma, sin necesidad de reforzarse en oropel y pompa vana. Su liturgia es rezada cuando no del todo silenciosa. Entre los espacios que separan las palabras y las líneas descansa el espíritu invisible que es el que anima los hechos trascendentes.

Espíritu de una veintena de hombres que avizoraron nuestra generación y las que nos sucederán y le hicieron bien invaluable hace setenta y cinco años. Ninguna de sus nobles figuras corpóreas, decoradas por la elegancia médica del siglo pasado, recorre ya nuestras calles ni visita nuestras casas, como antaño lo hicieron en la hora precisa y en el minuto aciago de la enfermedad. Pero la efigie de más de uno, en la inmovilidad del bronce, dirige, con sus ojos abiertos día y noche, nuestros pasos y señala nuestros rumbos: un doctor y general Marceliano Vélez, primer gobernador del departamento de Antioquia, Intérprete del sentido unitario que realiza regeneración nacional, adalid de la paz después de las jornadas terribles de nuestra derrota provincial y la ocupación a sangre y fuego de tropas forasteras, conductor de la iniciativa privada y gestor de la pública en maravillosa armonía para el bien común, general heroico en el campo de batalla que olvida sus charreteras y deja oxidar su espada gloriosa para ejercer su título de doctor en leyes, el primero otorgado por nuestra Universidad de Antioquia y bajo sus borlas depone odios, cicatriza heridas del alma popular, hace campear la justicia sobre la cual se siembra la paz

Este magistrado epónimo, no pudiendo hacer llegar a cada médico su mensaje urgente, escoge unos cuantos, los más representativos, para que organicen el cuerpo profesional en forma que pueda cumplir a cabalidad su función social de guía de la comunidad y consultor de los gobernantes en ese campo sacrosanto, compartido con la Providencia, que señala la amable vida y la inexorable muerte de la persona humana.

Los conductores naturales, en medio de tantas cumbres de sabiduría y de ética que ornaban la pequeña ciudad capital del departamento, eran José Ignacio Quevedo y Manuel Uribe Angel. Del primero dijo el segundo: "El arte de curar tiene en toda la comarca de la tierra su padre legítimo, y el padre de él en Antioquia fue el doctor José Ignacio Quevedo". Salvador de vidas, trajo a estas montañas olvidadas rutinas cuyos orígenes son anteriores a nuestra era, como la operación cesárea de las cuales nadie aquí tenía conocimientos. Decano entonces del cuerpo médico, su gloriosa longevidad, rodeado de la veneración de sus gentes y del aprecio de sus colegas, no le permitía ya todas las ejecutorias de Uribe Angel, que atravesaba una fecunda madurez.

Porque al llegar a Uribe Angel tenemos que deternernos ante el nombre de uno de los grandes artifices del pueblo antioqueño, como el oidor Mon en su día, como Berrío el grande, como Carrasquilla y Carlosé, como el Arzobispo Caycedo y el General Uribe. No era simplemente el médico a quien Robledo llamó Hipócrates cristiano ni el cabecilla popular, sino la auténtica cabeza de su pueblo, en quien las virtudes de la prudencia y la liberalidad tenían un asiento proporcionado al bien de todos sus conciudadanos. Si alguien ha dado a Antioquia más de lo que ha recibido de ella es el médico Manuel Uribe Angel. Sus estudios de la naturaleza y de la lengua, de la geografía y de la historia difunden aún hoy, un tono de ternura por su pueblo que es superior a la marcha de los hechos, y aunque se hayan modificado las cifras y rectificado lo que antes se daba por cierto y progresado la ciencia médica y abandonado el idioma cauces que se tenían por inmodificables, resta ese misterioso hálito de cultura superior que solamente logran los artistas en sus obras maestras, el algo divino que diferencian la estatua original y su copia matemáticamente perfecta.

Invitaron, pues, Manuel Uribe Angel y José I. Quevedo a nombre de Su Señoría el Gobernador del Departamento doctor Marceliano Vélez. Están los bustos de Vélez en la plazuela José Felix de Restrepo y de Uribe en su nativa Envigado, pero dónde está el de Quevedo, fundador y padre de la medicina científica en nuestro suelo? No hay en él un metro cuadrado que sustente hasta el aire y levante por encima de sus conciudadanos a este ejemplo de esfuerzo que salvó tantas vidas y llegó a la

medicina cuando nada en torno lo estimulaba a ello? Sin un ancestro comprobado judaico, los antioqueños somos dueños de cierta avaricia en bronce y de un innegable temor a la escultura de nuestros varones éméritos, como si tomásemos al pie de la letra la del primer mandato del Sinaí.

Al menos repitamos ahora los nombres de los fundadores, porque cada uno tiene timbre propio y suscita en nuestro mundo interior resonancias superiores al verbo reminiscencias de grandeza, de servicio y de luz: Federico A. Peña, Tomás Bernal, Juan de Dios Uribe, José Quevedo, Julio Restrepo, Pedro A. Estrada, Rafael Pérez, Ricardo Rodríguez, José María Hernández, Ricardo Restrepo, Eduardo Zuleta, Francisco A. Uribe, Manuel Uribe Ángel, Francisco Molina, Joaquín Castilla, Andrés Posada, Manuel Vicente de la Roche, Julián Escobar, Enrique Villa, Tomás Quevedo, Juan Clímaco Álvarez, Francisco A. Arango y Ramón Arango. Del uno se dijo que era de los contados sabios que Antioquia ha dado, el otro fue llamado por antonomasia maestro de la juventud, cual se sacrificó por fundar aquí los textiles creyendo que la seda era la fibra apropiada, otro fue novelista y diplomático, otros rectores de la Universidad de Antioquia, varios llamados en la boca del pueblo con diminutivos que expresaban la gratitud popular, todos eximios bienhechores de nuestros antepasados y los mejores amigos, con el sacerdote, en las horas amargas de nuestros hogares. Viven en nuestra memoria agradecida y en las buenas obras que realizaron por su pueblo, una grande entre ellas, esta Academia de Medicina de Medellín.

La idea inicial de organización del cuerpo médico fue perfeccionada desde la sesión inaugural para darle exigente carácter no solamente gremial y consagrada en sus cánones exactos por los estatutos cuyo primer redactor fue el sabio Andrés Posada Arango.

Desde entonces sin interrupción la Academia, en la modestia silenciosa propia de su profesión, viene acompañando el crecimiento de su ciudad sede, atenta a cada problema, colaboradora en cada solución. De la villa que era todavía el Medellín de 1887 empezó a ocuparse de inmediato, como si se tratara de un paciente: dónde y cómo deben ser sus hospitales y sus mercados, cómo deben evitarse el polvo de las calles y la fetidez y cultivos de malos gérmenes de sus caballerizas, cómo y dónde han de ser cementerios, qué hacer con la proliferación de las niguas, cómo sanificar el sur dominado por la malaria, cómo exterminar los insectos xilófagos que devoran las maderas de sus muebles y construcciones y cuál será el efecto de las fases de la luna sobre el corte y secamiento de los árboles, cómo precaverse de las mordeduras de serpientes y fundar un laboratorio de ofidiología, cuál es el aprovechamiento de las plan-

tas medicinales indígenas y cuándo deben rechazarse como mágicas o de monjacas, en qué términos la medicina casera está de acuerdo con la ciencia.

Estos hombres eran modestos y estudiosos. Capaces de tratar sobre muchas materias que nadie estudia en nuestra jactanciosa juventud. Muy atados a su pueblo y a los problemas reales. Poseídos por la locura de conocer la verdad y dominados por la pasión dominante de prestar servicios.

Al contemplar lo que son los problemas académicos de hoy, con sus intrincadas complicaciones experimentales y sus imponentes herramientas auxiliares, pensemos en la profunda verdad que especialmente para nosotros contiene esta afirmación de Arturo Castiglione en su Historia de la Medicina: "El error que se repitió por tantos siglos en la historia de la literatura y del arte, de hablar de floraciones imprevistas y maravillosas nacidas en terreno desierto, como la cultura de los Faraones en Egipto, la griega de la época de Pericles y la italiana del Renacimiento, error cancelado por la crítica histórica, se ha manifestado extrañamente vivo en la medicina, y se oye repetir continuamente, aun por médicos cultos, que la historia de la Medicina comienza, queriendo ser generosos, hace poco más de un sig'o". Por más exacto que sea que la medicina antioqueña solamente cuente un siglo de historia, y que hasta cierto punto los escritos científicos más antiguos son documentos forenses de Uribe Angel y Manuel Vicente de la Roche hacia 1860, el culto que debemos rendir a aquellos primeros maestros es la justa correspondencia a su esfuerzo, sin el cual nuestra ciencia no hubiera podido escalar una cima que nos permite presentarnos decorosamente ante los pueblos cultos. Cuántos de esos apellidos notables, los Peñas, los Quevedos, los Restrepos, los Uribes, los Arangos, se repiten hoy en el prestigio de la Escuela y de las gentes, red'vivos en la sangre de sus nietos.

Uno tras otro, los fundadores fueron cayendo. El primero fue el venerado doctor Pedro Estrada, cuyo entierro, con programa escrito y asistencia de comunidades, banda, sociedad de artesanos y academia fue el mayor homenaje que Medellín tributó a su médico. Don Fidel Cano dijo en el cementerio:

"Doctor Estrada: Yo soy de los que creen que la vida no se interrumpe por la muerte, y a veces confío en que Dios abre el oído de los muertos a las voces de la justicia y de la gratitud humanas".

Mediante la Academia, nuestra Medicina, que hasta entonces tenía ambos ojos puestos en la mayor luminaria del mundo, París, pudo dirigir una mirada apacible y avizora a otros puntos nuevos de la tierra, donde también la ciencia médica tenía promisorio florecimiento. Manuel Vi-

cente de la Roche y Eduardo Zuleta eran médicos de Columbia, y tras él otros como Gil J. Gil trajeron nueva visión y métodos renovados de medicina y cirugía. Fuimos poco a poco más Universidad, más abiertos a todo el mundo y a la verdad única. Espíritus como el de Braulio Mejía, primer Director de la Escuela de Medicina, plasmaron nuevos caracteres y nuevas inquietudes a quienes se debe la realidad médica actual que es uno de los orgullos de Antioquia. Necesario es, sin embargo, habiendo hecho mérito al doctor Quevedo como padre de la medicina antioqueña con la palabra indudable de Uribe Angel, no olvidar a J. M. Martínez Pardo que ya en 1837 sentó cátedra de medicina.

Pero acompañadme, señores académicos, a pensar en los problemas de hoy, no en el arte divino de Esculapio ni en el humano de Hipócrates, sino en cuanto él influye en la vida de nosotros los que no tenemos el privilegio de vuestra severísima disciplina.

El derecho a la salud, para quienes creemos en que el derecho es anterior a la ley, es el mismo de la vida, tan viejo como el hombre, pero su reconocimiento escrito, claro, exigible por los medios actuales ideados para la conservación y mejoramiento biológico de su especie, es del novísimo derecho. En vano intentamos engañar hoy al hombre del pueblo. Tiene él una noción clarísima de su derecho a la ciencia. Mayor derecho al acceso a la aplicación científica cuanto más desvalida sea la persona humana menesterosa de estos servicios. Derecho elemental, superior al sagrado que tiene el médico a su estipendio.

Dos peligros parecen cernirse frente a este hecho protuberante: la dehumanización de la medicina en sus fases capitalista de industrialización de la profesión para provecho del médico y socialista de olvido de la persona del médico al servicio de la comunidad. En la una y en la otra redeada de triunfos parciales y de trofeos ocasionales, la víctima es la ciencia.

En la vieja Universidad, bajo la facultad teológica o de divinidades, dialogaron siempre hombro a hombro, sobre los cuerpos y las almas, el abogado y el médico, colegas en esto de las humanidades o conocimientos relativos al hombre por la sola razón. El médico fue siempre el agente para el ejercicio de ese derecho a la vida, limitado entonces como hoy solamente por la móvil muerte, cuyo reino sí escapa al derecho y a la medicina y corresponde otarlo a la primera de las facultades que excede nuestro Profesor Emilio Robledo— como se han demostrado falaces torio.

“Se manifiesta errada la industrialización de la medicina —dijo nuestro Profesor Emilio Robledo— como se han demostrado falaces todas las doctrinas que partían de la teoría de una posible identidad de todos los individuos”.

Por los mismos días en que el eclecticismo universitario, oyendo racionales positivos, concluyó que no había delitos sino delincuentes, afirmó también que no había enfermedades sino enfermos.

Es verdad que la ingeniería o gobierno de la materia inerte transformada le ha entregado a la medicina los mejores instrumentos. Ciertamente también que la moderna ciencia administrativa permite la eficaz distribución del trabajo médico entre su personal auxiliar y la multiplicación de la eficiencia mediante el trabajo en equipo. Que las concentraciones hospitalarias y las modernas vías de comunicación permiten acercar el paciente a los recursos científicos. Que todo ello hace obvio el nuevo método hospitalario que a principios del siglo parecía utópico. Nuestro médico de hoy invierte en ejercicio de la ciencia ese inmenso tiempo que gastaba ayer en viajes interminables y en tediosos actos preparatorios. Todo lo tiene a la mano en servicio de su paciente y hay tras él el personal y los medios físicos que antaño requerían interminables esperas. Puede afirmarse sin temor que el médico consagrado de hoy es muchas veces más médico y puede atender muchas veces más pacientes. Hasta ahí puede llegarse a que la industrialización esté al servicio de la medicina. Pero solamente entonces y en este punto comienza la ciencia y el arte médicas. La vida humana, con su soma y su psique, puesta en sus manos. El soberano privilegio indelegable de alargar una vida y hacerla mejor y ese poder físico de amenguarla y cortarla por sus hechos o sus omisiones.

He aquí la parte sagrada, la que toca ya el dintel sobrenatural, sobre la cual la deontología o la Universidad o el derecho, el hombre en resumen, no puede ceder. Se ha depositado por la sociedad en el médico un atributo sublime. La divinidad ha dejado en sus manos la vida, que sigue siendo privativa del Creador. Y el hombre ha entregado, en un acto supremo de confianza, su propio ser a otro hombre. Tales renunciaciones en la privilegiada persona del médico exigen en reciprocidad actos personales, reflexivos, colmados de responsabilidad. No es posible que se difundan en el grupo de los colaboradores. Ante el hombre, ante la sociedad, ante Dios, el médico sigue siendo responsable de haber hecho por su paciente cuanto sabía. El error invencible del profesional no lo asemeja al homicida, pero su culpa lo incluye en ese catálogo con el agravante de la indefensión de la víctima. No hay artefacto, por perfecto que sea, que pueda llamarse a responder en lugar del médico.

El hombre profano, que se entrega a sí mismo y entrega a sus padres, a su esposa, a sus hijos en manos del facultativo, nunca podrá entender en absoluto nada que atenúe la responsabilidad de esta máxima entrega, invóquese el progreso del maquinismo industrial o la socialización. Es cierto también que el derecho moderno no puede cruzarse de

brazos ante los estragos de la ignorancia que pretende hacer de sus aberraciones y caprichos una ley social. El derecho a la vida es el deber de la salud. Los hombres que se revelan contra las prevenciones higiénicas, la vacuna y el saneamiento de zonas deletéreas por ejemplo, han de ser compelidos por la sociedad a cumplir los mandatos de la recta razón, pues de no hacerlo vendrían consecuencias injustas contra su propia vida y salud y las de sus semejantes.

El criterio social y masivo es esencial en la medicina moderna. El enfermo, aunque así lo quiera, no tiene derecho a acudir en demanda de tratamiento médico ante quien no es médico con los privilegios y las cargas que a esta profesión impone la sociedad en su provecho y defensa. Hay limitaciones cada vez más claras a las libertades clásicas en la persona del enfermo, así como la naturaleza misma lo priva de las fuerzas usuales para moverse libremente, el derecho lo priva frecuentemente de su libertad de locomoción. Lo retiene en un punto si deambular es amenaza de contaminación. Lo traslada, llegado el caso, a un hospital, pues por encima del derecho de locomoción está el derecho a la vida, por cuya conservación, con la honra y en último lugar los bienes, existe la autoridad. El médico suspende transitoriamente el derecho al trabajo. Una incapacidad laboral decretada legalmente por el médico a quien corresponde convierte en objeto ilícito lo que antes de ella era un deber y el más alto ejercicio de la personalidad, el trabajo. Es la sociedad quien debe proveer a las indemnizaciones justas y de ahí la causa de los subsidios por enfermedad, que tantas repercusiones tienen en el seguro social y a tantos libran del horrendo tránsito de la pobreza a la indigencia. Hay libertad de palabra, pero no puede hablar aquel a quien su médico se lo veda. Y detrás del ejercicio primigenio del derecho a la vida, el médico suspende el derecho de reunión, decreta la cuarentena, detiene, retiene, inmoviliza y aun priva del íntimo intocable derecho del pensamiento, hasta donde no pueden llegar los tiranos, administrando en sus oportunidades la anestesia y los estupefacientes. El hiere curando y sus heridas no son acercamiento sino lejanía de la muerte. Propina los más amargos brevajes y de ahí nos viene la dulzura de la vida. Conoce a la mujer y al hombre en la desnudez de sus cuerpos y en la más íntima confidencia de sus espíritus atribulados y en lugar de abscondidos y difamaciones nacen de su contacto valores morales invaluable. Cuando practica la disección en la escuela, un lego lo calificaría como el más abyecto profanador de los cadáveres, y he ahí que la aparente sevicia con que los desgarras es un acto perfecto de amor y de servicio a la vida.

Esta dignidad del médico de ayer y de hoy tienen que transmitirla las Academias, como la meritisima de Medellín, al lado de los conoci-

mientos experimentales, a las promociones que han de sucedernos. Orgullo de los antioqueños en toda su historia ha sido y es la incorruptibilidad de su cuerpo médico. En él hemos confiado y nunca nos hemos sentido defraudados. En su santa misión han descansado nuestros hogares. Por ellos muchos no son huérfanos, no son viudos. Por ellos estamos vivos y podemos entonar hoy débilmente su alabanza. Han llevado hasta los más humildes la droga, la palabra y la sonrisa. Han enjugado lágrimas corporales y secado antes de que nazcan aquellas que se avergüenzan de salir al lagrimal. Han estado incorporados a nosotros orando cuando su ciencia queda corta ante el misterio. Han respetado los vientres de nuestras mujeres y los cuerpos indefensos de nuestros hijos en la vida intrauterina. Han prolongado hasta donde llega su mano la vida de nuestros padres y nos han acompañado silenciosos en el desgarramiento de su despedida. Campeones de la abnegación y de la tolerancia, han puesto sus oídos con dolor cuando los corazones de los seres amados pierden el ritmo. Sus manos han tocado las llagas que a todos se esconden. Su olfato se ha acercado al aliento fétido que a todos aleja.

Y un silencio de amor está siempre entre quienes vivimos por ellos y quienes murieron a pesar de ellos.

Señores miembros de la Academia de Medicina de Medellín: vuestro pueblo sabe bien cuánto habéis hecho vosotros y vuestros predecesores en nuestro bien y cuánto anhelaís que sea realizado por vuestros sucesores. Deseamos teneros siempre con nosotros, que vuestra enseñanza multiplique los seres privilegiados en el dolor y en el amor de los hombres que son los médicos, que vuestras normas sabias sean acatadas por todo el pueblo en su provecho, que ocupéis entre nuestros hermanos ese sitio de honor y dirección a que os hacen acreedores vuestra ciencia y vuestra bondad.

Al cumplir setenta y cinco años vuestra docta corporación, reciba ella para todos los médicos el Dios les pague de un pueblo a sus más silenciosos y eficaces bienhechores.

Medellín, Julio 31 de 1962

TRABAJOS ORIGINALES

EL TUNTUN

Por el Dr. Andrés Posada Arango

"ANTIOQUIA MEDICA" como homenaje a quien fuera el primer director de los "ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN", y uno de los más preclaros exponentes de la cultura y la ciencia colombiana, el doctor Andrés Posada Arango, reproduce su importante artículo titulado "El Tuntún", que sin lugar a dudas es una notable aportación a la medicina colombiana.

Dicho artículo fue publicado en el N° 8 de los Anales, correspondiente al volumen I. pág. 224 del año de 1888.

Hasta entonces el síndrome anémico que llevaba tal nombre era explicado por medio de teorías extrañas y notablemente empíricas. Recientes estaban los estudios de Bilharz (1853) y Griessinger (1854) que consideraban al anquilostoma como posible causante de la clorosis de Egipto; y los estudios de Perroncito en 1879 y 1880 que explicaba la anemia grave que presentaban los obreros del túnel de San Gotardo como causadas por el Anquilostoma duodenal. Posada Arango tiene el mérito indiscutible de haber establecido la relación entre nuestras anemias de las tierras medias y la presencia del parásito y haber dado importantes pautas para el tratamiento de esta entidad que aún sigue azotando a nuestras gentes. Si bien es verdad que luego debía aclararse que nuestro parásito tenía otro género y que su ciclo de vida y la vía de entrada al organismo eran diferentes a los que nuestro sabio creía; le queda el mérito de haber establecido con sin igual visión los planteamientos generales sobre la etiología y el tratamiento de la Anemia tropical o uncinariasis.

EL EDITOR.

Acaba de publicares en París en el Dictionaire Encyclopédique des Sciences Médicales, bajo este mote, un artículo mío, destinado especial-

mente a dar a conocer la naturaleza de la enfermedad a que en Antioquia damos ese nombre, enfermedad que, según mis observaciones, es idéntica la Clorosis de Egipto. Lo limitado del espacio de que allá podía disponer, en mi carácter de mero colaborador en el Diccionario, y sobre todo, la circunstancia de haberse tratado ya, en otras partes de la obra, de lo relativo a la terapéutica de esa caquexia, me impedían ocuparme de nuevo en ese asunto, extenderme más sobre la materia, tratando esa faz de la cuestión. Más como el fin principal de todo estudio médico debe ser alcanzar la curación de las enfermedades o el precaverse de ellas, he juzgado conveniente, por la importancia que tiene para Antioquia esa dolencia, verdadera plaga en varios de sus distritos, y por lo poco que se sabe aún acerca de ella, exponer aquí, sumariamente y como complemento al artículo en referencia, el tratamiento y la profilaxis del TUNTUN, consignar mis ideas sobre el particular.

Para mejor inteligencia de lo que he de decir, principiaré por traducir, de mi citado artículo francés, una pequeña parte.

TUNTUN.- Nombre dado en Antioquia (Colombia) a una enfermedad endémica caracterizada por suma palidez, debilidad general, opresión o disnea al menor ejercicio, y por una sensación de golpes intracraneos que el paciente experimenta al andar y sobre todo al subir. Son estos golpes, comparados por las gentes a los choques del pilón con que preparan el maíz para la alimentación, los que le han hecho dar a la enfermedad, por una especie de onomatopeya, su nombre: tun, tun, tun, tun,

El **TUNTUN** es, en resumen, una profunda anemia.

Pero la anemia, más bien que una verdadera enfermedad, es un estado mórbido, un resultado, que puede provenir de causas muy diversas. Cual será, pues, la causa del Tuntun? La influencia de las malas aguas usadas para bebida, es aquí evidente, tangible. Generalmente provienen de pozos, y son siempre, en las localidades donde reina la enfermedad, turbias y gredosas. Por eso había yo creído que la arcilla era la causa de la enfermedad, sin entrar a decidir si aquélla obraba directamente sobre los glóbulos sanguíneos, destruyéndolos, o indirectamente, trastornando o pervirtiendo las funciones digestivas.

Tal fue la opinión que sostuve ante la Academia médico-quirúrgica matritense en 1870. (Véase mi memoria publicada en el Pabellón Médico de Madrid);

Pero vuelto a Antioquia en 1872, el exámen cuidadoso de algunos cadáveres de tuntunientos me hizo reconocer que la causa era la que Griesinger había señalado para la Clorosis de Egipto. El duodeno estaba, en efecto, cubierto de innumerables anquilostomas, sobre todo de hembras.

Desde entonces quedó demostrado para mí que el Tuntún es la misma enfermedad que el profesor R. Blanchard y otros autores han llamado Anquilostomiasis.

El tratamiento del Tuntún ha consistido hasta ahora, entre nosotros, en el solo empleo de ferruginosos. Bajo su influencia, con cambio de clima o de agua usada en bebida, se obtiene pronto una notable mejoría; pero si los individuos permanecen en los mismos lugares, expuestos a las mismas causas, esos medios no son más que palativos, y los enfermos llevan una vida miserable, con alternativas de alivio y de agravación, hasta que alguna enfermedad intercurrente, tal como la disentería o la neumonía, viene a arrebatarnos.

Para obtener una curación radical, definitiva, preciso es, pues, remontarse a la causa, combatir el mal en su fuente. Para eso hay que llenar las tres indicaciones siguientes: 1ª Impedir la entrada de los anquilostomas, que tienden a entretener y perturbar la enfermedad, o que la producirían si no existiera. 2ª Destruir estos parásitos en el canal digestivo, o provocar su expulsión. 3ª Reponer las pérdidas del organismo, corroborarlo, devolverle a la sangre lo que ha perdido en cantidad y en cualidades.

Sábese que los anquilostomas se ayuntan en el canal digestivo de los pacientes; que sus huevos son expelidos con las materias excrementicias y van a desarrollarse o a hacer eclosión al exterior, en el suelo húmedo y que es por medio del agua usada en bebida como las larvas o gusanitos que de ahí resultan, va a parar otra vez a los intestinos de las personas.

Para llenar, pues, la primera indicación, debe tenerse especial cuidado en impedir que los excrementos puedan inficionar el agua, y hervir ésta o filtrarla, en las localidades donde el tuntún es endémico, o bien sustituirla por la de lluvia. Si se elige el primer medio deberá hervírsela desde la víspera, para darle tiempo de recuperar el aire que ha perdido por la ebullición y que le es indispensable para que sea realmente agua

potable. Si se opta por el segundo, pueden reemplazarse los filtros de asperón, de que por aquí se carece, por otros de barro poroso o por grandes embudos, de barro, de madera o de hoja de lata, tapados abajo con pequeños guijarros lavados, sobre los cuales se dispone una capa de carbón en polvo, dentro de otras dos de arena fina. En cuanto al agua lluvia, bueno es advertir que la prevención que contra ella tienen por acá el común de las gentes, carece de todo fundamento, pues es una buena agua potable.

La segunda indicación es menos fácil de cumplir, porque no se conoce aún un buen anquilostomicida que sea inofensivo para los enfermos, y se sabe además, que esos parásitos pueden permanecer muchos meses y aún más de un año en el canal intestinal de una persona.

Yo tuve ocasión de examinar el cadáver de un individuo muerto de disentería crónica, al cabo de cerca de tres meses de haber salido del lugar donde adquirió el tuntún, y hallé gran número de anquilostomas fuertemente implantados en los intestinos, a pesar de la ipecacuana que se le había estado administrando para la disentería, por el médico que lo asistía.

Parece que los ensayos hechos en otros países con el extracto etéreo de raíz del helecho macho, con el ácido tímico y con el jugo lechoso del *Ficus doliaria* del Brasil, han dado buen resultado. Este último, que se dá en cantidad de una onza, mezclado con agua o con leche, podría probablemente reemplazarse con el jugo de algunos de nuestros *Ficus*, tal como el que lleva el nombre de Higuérón.

Yo he prescrito el calomel en dosis purgante, 12 a 20 granos dados de una vez, al principio del tratamiento; el ruibarbo, que ejerce su acción sobre la parte alta del intestino y que excita además la secreción biliar, la que no puede menos que perjudicar a los parásitos, o la sal común (cloruro de sodio), que es un buen emetacatártico, que se tiene siempre a la mano y obra como vermífugo universal. Sabido es lo que se multiplica toda clase de helmintos en las personas y en los animales que no consumen la sal necesaria en su alimentación.

A veces he ordenado el cloroformo, la creosota o la esencia de trementina, dados en cápsulas por las mañanas durante algunos días, y sus efectos me han parecido buenos. Estos medios pueden repetirse, a intervalos proporcionales, en el curso del tratamiento.

Administro al mismo tiempo los amargos, especialmente el ajenjo, la nuez vómica, el cedrón o la cuasia, dados diariamente en ayunas, por bastantes días.

La tercera indicación se satisface con un régimen alimenticio reparador, especialmente de origen animal, y con el empleo de los ferruginosos. Entre estos debe darse la preferencia, sobre las preparaciones suaves usadas contra la clorosis de las mujeres, a las composiciones solubles y sápidas, —el tartrato, el citrato, los cloruros,— pues a más de su acción general, pueden obrar tópicamente sobre los parásitos.

Por eso mismo, para alcanzar ese doble fin, asocio yo, y con provecho, el arsénico al hierro.

Preciso es mencionar aquí, tratándose de esta enfermedad, un remedio que goza de gran boga en Antioquia desde hace muchos años, y cuya fórmula se debe al Sr. D. Manuel Vicente de La Roche. Se prepara poniendo en una botella grande de zumo de naranjas agrias, colado por un lienzo, una onza de limadura de hierro, una onza de quina pulverizada y dos dracmas de ruibarbo, para tomar de eso, después de algunos días de preparado, dos o tres cucharadas diarias, mezclándolas a un poco de tisana amarga o agua de panela. Sus efectos son de los más felices y rápidos.



Señor Ex-alumno de la Universidad de Antioquia

Usted es parte de la Universidad. Tome participación activa en la Dirección del Alma Mater, ingresando a la Asociación de Antiguos Alumnos. Infórmese en el tel. 229-15.

DIEZ AÑOS DE SALUD PUBLICA EN ANTIOQUIA +

Por el Dr. Hector Abad Gómez. * *

Diez años es un período demasiado corto en la vida de un pueblo. Pero durante la década 1950-1960 tenemos estadísticas comparables que nos servirán para analizar el estado sanitario de la población antioqueña y sus fluctuaciones en este intervalo. Los médicos antioqueños se han preocupado de la "Higiene" desde hace muchos años, como se demuestra por la formación de comisiones permanentes, la primera la de Higiene, desde la quinta sesión de la Academia de Medicina de Medellín, el 27 de Agosto del año de 1.877. El primer problema científico que se trató en la Academia fue el de "tétanos infantil", un típico problema de salud pública. Durante el primer año de sesiones de esta benemérita institución se discutió sobre "viruela", sobre "fiebres intermitentes", sobre "una epidemia de disentería", sobre las "teorías microbicas" y sobre "una epidemia de beriberi". En el acta del 18 de junio de 1.888 se hace referencia a una intervención del Dr. Julio Restrepo en la cual afirma creer que "entre las causas de esta curiosa afección tiene lugar prominente la mala calidad de la alimentación y sobre todo la poca o ninguna variedad de ésta". Refiriéndose a una epidemia en las minas de Junín dice que "los climas parecen tener escasa influencia en su desarrollo, pues se ha visto aparecer en los fríos, en los cálidos, en los calientes, en las islas y aún en alta mar, siempre que se reúnen las condiciones

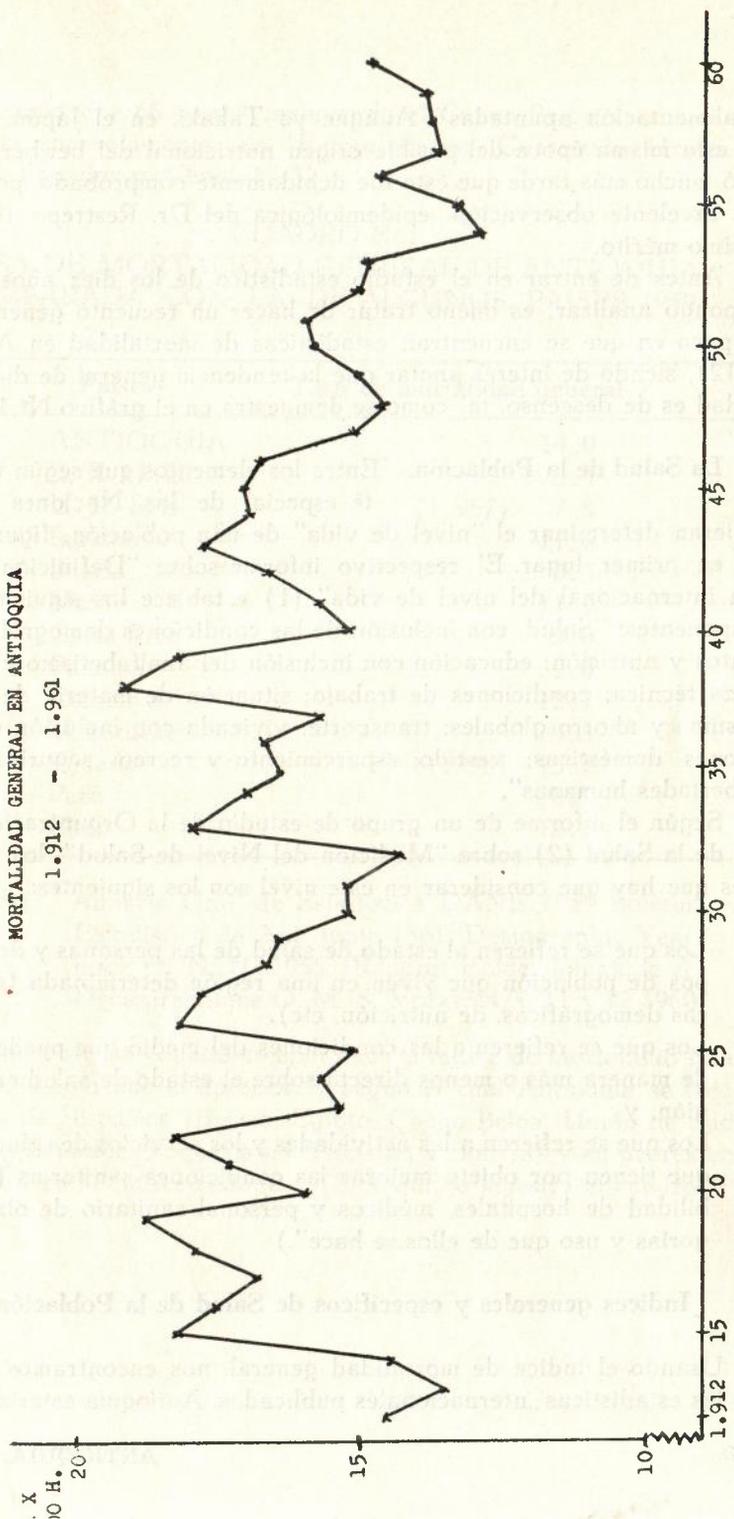
* Este trabajo fue elaborado a solicitud de la Sección de Planeación del Departamento de Antioquia y con la activa colaboración, en la confección de los cuadros estadísticos, del personal de dicha sección, muy especialmente del Dr. Jaime Orozco y del personal técnico de la Secretaría de Salud Pública de Antioquia.

** Profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

GRAFICO No 1.

MORTALIDAD GENERAL EN ANTIOQUIA

1.912 - 1.961



de alimentación apuntadas". Aunque ya Takaki, en el Japón, hablaba por esta misma época del posible origen nutricional del beriberi, no fue si nó mucho más tarde que ésto fue debidamente comprobado, por lo cual esta excelente observación epidemiológica del Dr. Restrepo tiene muchísimo mérito.

Antes de entrar en el estudio estadístico de los diez años que me propongo analizar, es bueno tratar de hacer un recuento general desde la época en que se encuentran estadísticas de mortalidad en Antioquia (1912), siendo de interés anotar que la tendencia general de dicha mortalidad es de descenso, tal como se demuestra en el gráfico N° 1.

La Salud de la Población. Entre los elementos que según un comité especial de las Naciones Unidas, pudieran determinar el "nivel de vida" de una población, figura la salud, en primer lugar. El respectivo informe sobre "Definición y medición internacional del nivel de vida" (1) establece los siguientes doce componentes: "Salud, con inclusión de las condiciones demográficas; alimentos y nutrición; educación con inclusión del analfabetismo y la enseñanza técnica; condiciones de trabajo; situación de materia de empleo; consumo y ahorro globales; transporte; vivienda con inclusión de instalaciones domésticas; vestido; esparcimiento y recreo; seguridad social y libertades humanas".

Según el informe de un grupo de estudio de la Organización Mundial de la Salud (2) sobre "Medición del Nivel de Salud", los tres factores que hay que considerar en este nivel son los siguientes:

- a) Los que se refieren al estado de salud de las personas y de los grupos de población que viven en una región determinada (estadísticas demográficas, de nutrición, etc).
- b) Los que se refieren a las condiciones del medio que pueden influir de manera más o menos directa sobre el estado de salud en una región, y
- c) Los que se refieren a las actividades y los servicios de salud pública que tienen por objeto mejorar las condiciones sanitarias (disponibilidad de hospitales, médicos y personal sanitario de otras categorías y uso que de ellos se hace".)

Indices generales y específicos de Salud de la Población.

Usando el índice de mortalidad general, nos encontramos que, según las estadísticas internacionales publicadas, Antioquia estaría en peo-

res condiciones que 66 países, incluyendo el Congo Belga y en mejores condiciones que solamente seis (Egipto, Burma, Guatemala, Unión de Sudáfrica, Ecuador y Albania) (3)

CUADRO N° I
TASA DE MORTALIDAD GENERAL DE ANTIOQUIA
COMPARADA CON LA DE ALGUNOS PAISES 1959

Países	Tasa de mortalidad general
ANTIOQUIA	14.0
E. E. U. U.	9.4
U. R. S. S.	(1.957) 7.8
Inglaterra	11.6
Suecia	9.5
México	11.9
Costa Rica	9.0
Panamá	9.0
Colombia	12.7
Venezuela	9.3
Ecuador	(1.958) 15.1
Perú	10.1
Chile	12.5

Fuentes : Anuario Gral. de Estadística DANE 1959 Boletín Estadística de Ant. Junio 1861. Demographic Yearbook O. N. U. 1958 Rapport Epidemiologique et Demographique O. M. S. Vol. 13N/s. 11 y 12 1960

Esto se confirma cuando comparamos el índice de mortalidad infantil, más indicativo que el anterior, y según el cual Antioquia se coloca por encima de 10 países (Burma, Egipto, Congo Belga, Unión de Sudáfrica, Chile Ecuador, Yugoslavia, Pakistán y Bolivia) y en peores condiciones que los 57 países restantes, (3) según lo muestra el cuadro N°II que sigue:

CUADRO N° II

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DE ANTIOQUIA COMPARADA CON LA DE ALGUNOS PAISES

Países	Tasa de mortalidad infantil
ANTIOQUIA	97.5
E. E. U. U.	26.4
U. R. S. S.	(1.957) 45.0
Inglaterra	22.2
Suecia	16.3
México	75.5
Costa Rica	(1.958) 68.9
Panamá	59.3
Colombia	96.9
Venezuela	57.7
Ecuador	(1.958) 105.8
Perú	85.0
Chile	124.2

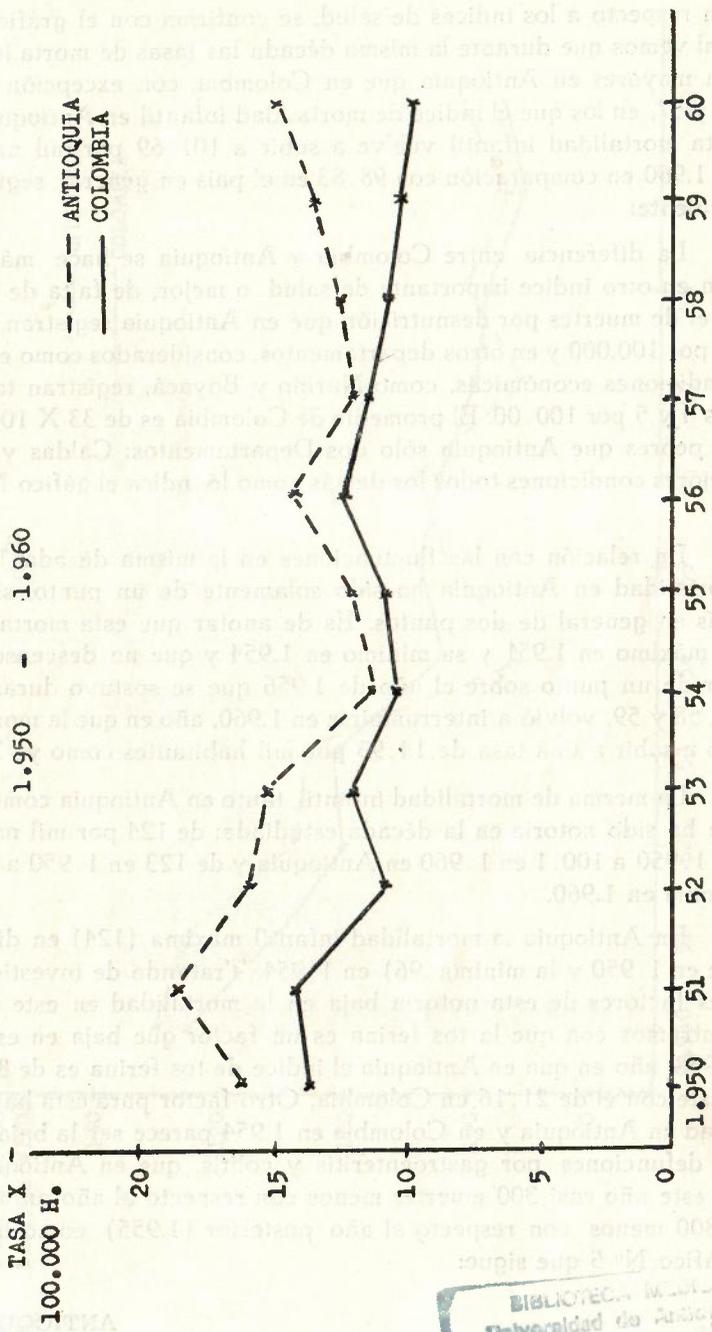
Fuentes : Anuario General de Estadística DANE 1959. Boletín Estadístico de Ant. Junio 1961. Demographic Yearbook O. N. U. 1958 Rapport Epidemiologique et Demographique O. M. S. Vol. N°s 11 y 12 1960.

Colocado así el Departamento con relación al mundo analicémoslo con respecto a Colombia y veamos en qué forma han variado sus condiciones en la última década.

De acuerdo con el gráfico N° 2 que sigue, durante la década 1.950-1.960, la mortalidad en Antioquia ha sido siempre mayor que la mortalidad en Colombia, sin ninguna excepción. En los años 54 y 57 las diferencias fueron mínimas, pero fueron subiendo hasta llegar a casi dos puntos en contra de Antioquia en 1.960.

GRAFICO N° 2.

TASA DE MORTALIDAD GENERAL EN ANTIOQUIA Y COLOMBIA



BIBLIOTECA
Universidad de Antioquia
1960

Esta inferioridad de Antioquia en relación al promedio de Colombia, con respecto a los índices de salud, se confirma con el gráfico N°3 en el cual vemos que durante la misma década las tasas de mortalidad infantil, son mayores en Antioquia que en Colombia, con excepción de los años 54 y 57, en los que el índice de mortalidad infantil en Antioquia baja a 96. Esta mortalidad infantil vuelve a subir a 101.69 por mil nacidos vivos en 1.960 en comparación con 98.83 en el país en general, según el gráfico siguiente:

La diferencia entre Colombia y Antioquia se hace más acentuada aún en otro índice importante de salud, o mejor, de falta de salud, como es el de muertes por desnutrición que en Antioquia registran una tasa de 51 por 100.000 y en otros departamentos, considerados como en más malas condiciones económicas, como Nariño y Boyacá, registran tasas de apenas 4 y 5 por 100.00. El promedio de Colombia es de 33 X 100.00, estando peores que Antioquia sólo dos Departamentos: Caldas y Valle y en mejores condiciones todos los demás como lo indica el gráfico N° 4 siguiente.

En relación con las fluctuaciones en la misma década, la merma de mortalidad en Antioquia ha sido solamente de un punto, siendo la del país en general de dos puntos. Es de anotar que esta mortalidad marcó su máximo en 1.951 y su mínimo en 1.954 y que un descenso de alrededor de un punto sobre el año de 1.956 que se sostuvo durante los años 57, 58 y 59, volvió a interrumpirse en 1.960, año en que la mortalidad volvió a subir a una tasa de 14.93 por mil habitantes como ya lo vimos.

La merma de mortalidad infantil, tanto en Antioquia como en Colombia ha sido notoria en la década estudiada: de 124 por mil nacidos vivos en 1.950 a 100.1 en 1.960 en Antioquia y de 123 en 1.950 a 98.8 en Colombia en 1.960.

En Antioquia la mortalidad infantil máxima (124) en dicho período fue en 1.950 y la mínima (96) en 1.954. Tratando de investigar los posibles factores de esta notoria baja en la mortalidad en este año nos encontramos con que la tos ferina es un factor que baja en este año y en 1.958, año en que en Antioquia el índice de tos ferina es de 8.82 en contraste con el de 21.16 en Colombia. Otro factor para esta baja de mortalidad en Antioquia y en Colombia en 1.954 parece ser la baja del número de defunciones por gastroenteritis y colitis, que en Antioquia registra en este año casi 300 muertes menos con respecto al año anterior (1.953) y 800 menos con respecto al año posterior (1.955) como lo muestra el gráfico N° 5 que sigue:

GRAFICO Nº 3.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN ANTIOQUIA Y COLOMBIA

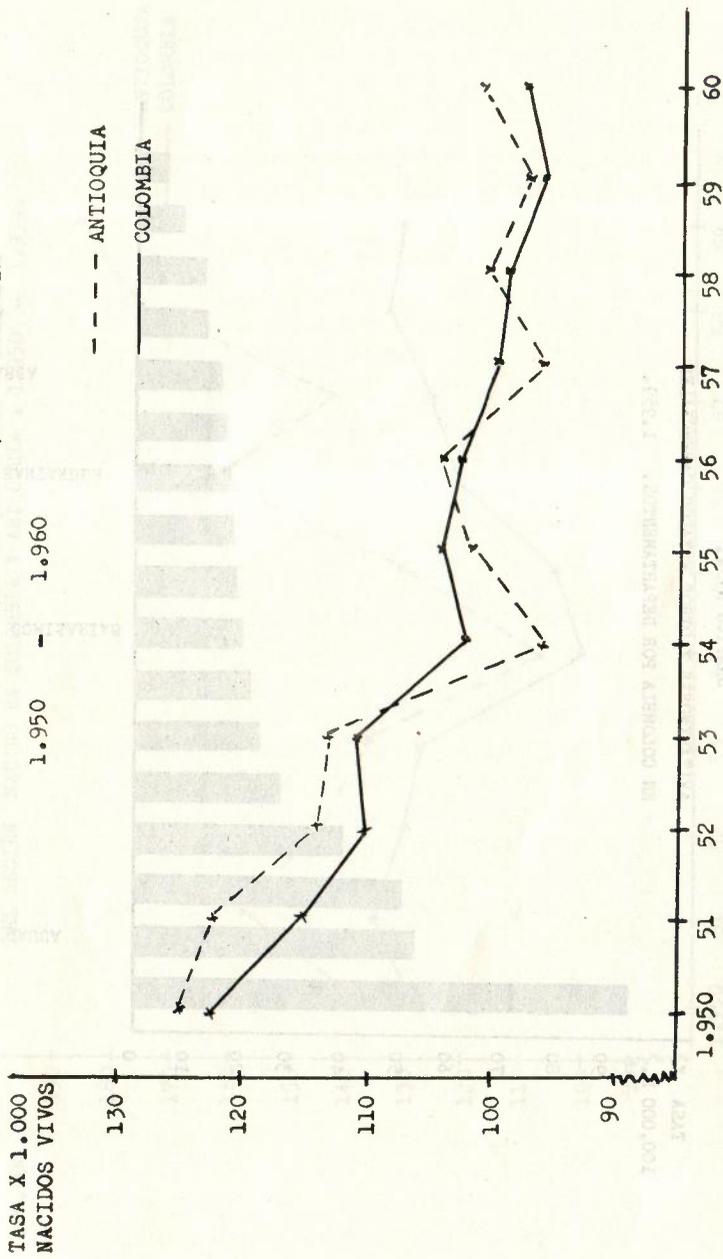


GRAFICO N° 4.

AVITAMINOSIS Y OTROS ESTADOS CARENCIALES
EN COLOMBIA POR DEPARTAMENTOS. 1.959.

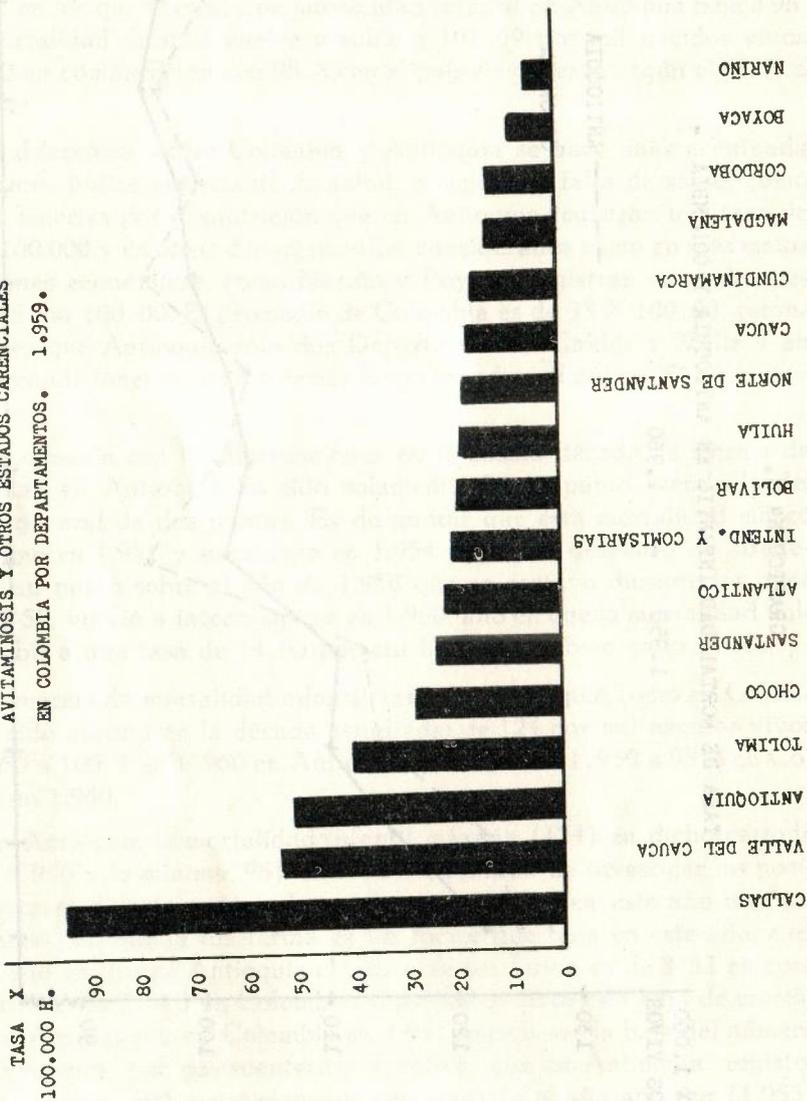
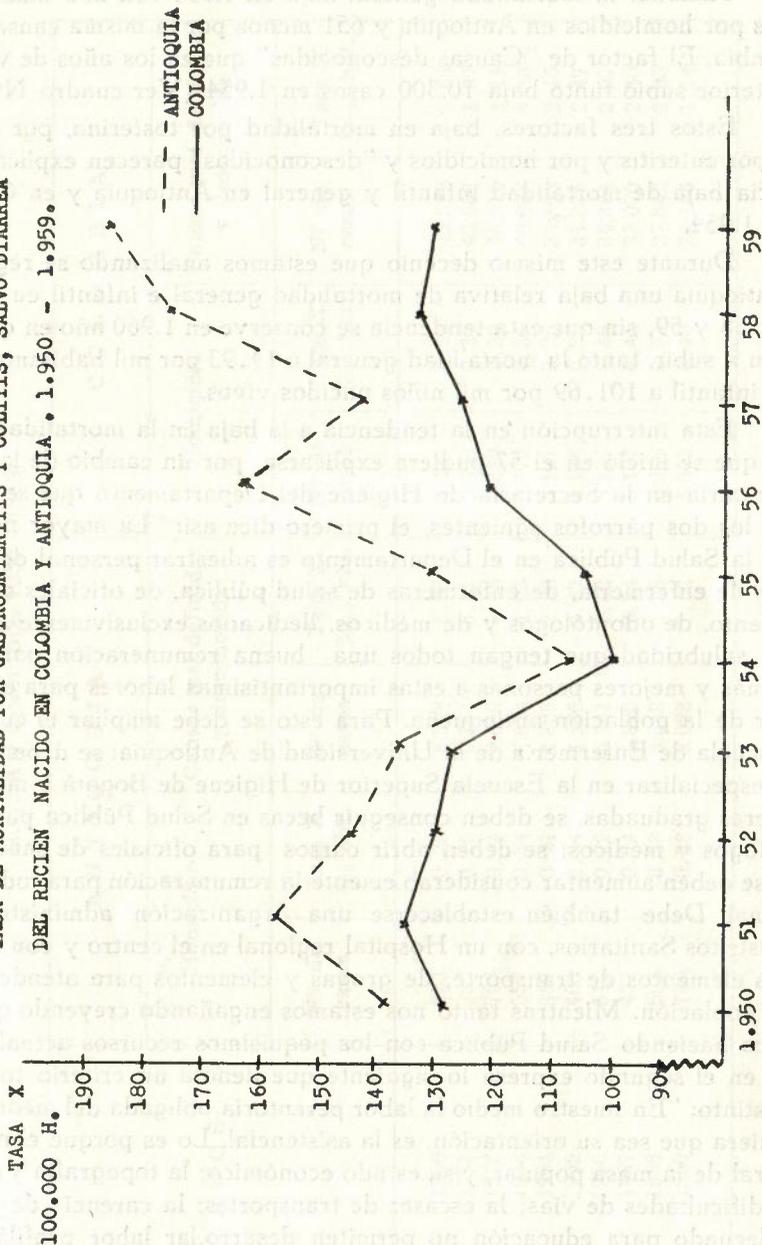


GRAFICO N° 5.

TASA DE MORTALIDAD POR GASTROENTERITIS Y COLITIS, SALVO DIARREA
DEL RECIEN NACIDO EN COLOMBIA Y ANTIOQUIA . 1.950 - 1.959.



También la mortalidad general baja en 1.954 con 200 muertes menos por homicidios en Antioquia y 651 menos por la misma causa en Colombia. El factor de "Causas desconocidas" que en los años de violencia anterior subió tanto baja 10.300 casos en 1.954 (Ver cuadro N° III).

Estos tres factores, baja en mortalidad por tosferina, por diarreas y por enteritis y por homicidios y "desconocidas" parecen explicar la notoria baja de mortalidad infantil y general en Antioquia y en Colombia en 1.954.

Durante este mismo decenio que estamos analizando se registra en Antioquia una baja relativa de mortalidad general e infantil en los años 57, 58 y 59, sin que esta tendencia se conserve en 1.960 año en que vuelven a subir, tanto la mortalidad general a 14.93 por mil habitantes, como la infantil a 101.69 por mil niños nacidos vivos.

Esta interrupción en la tendencia a la baja en la mortalidad infantil que se inició en el 57 pudiera explicarse por un cambio de la política sanitaria en la Secretaría de Higiene del Departamento que se expresa en los dos párrafos siguientes, el primero dice así: "La mayor necesidad de la Salud Pública en el Departamento es adiestrar personal de auxiliares de enfermería, de enfermeras de salud pública, de oficiales de saneamiento, de odontólogos y de médicos, dedicados exclusivamente a labores de salubridad que tengan todos una buena remuneración para atraer a más y mejores personas a estas importantísimas labores para el bienestar de la población antioqueña. Para esto se debe ampliar el cupo de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Antioquia; se deben mandar a especializar en la Escuela Superior de Higiene de Bogotá a más enfermeras graduadas, se deben conseguir becas en Salud Pública para odontólogos y médicos; se deben abrir cursos para oficiales de saneamiento y se deben aumentar considerablemente la remuneración para todo el personal. Debe también establecerse una organización administrativa en Distritos Sanitarios, con un Hospital regional en el centro y con suficientes elementos de transporte, de grogas y elementos para atender a toda la población. Mientras tanto nos estamos engañando creyendo que estamos haciendo Salud Pública con los poquísimos recursos actuales". (4) Y en el segundo expresa lo siguiente que denota un criterio totalmente distinto: "En nuestro medio la labor perentoria obligada del médico, cualquiera que sea su orientación, es la asistencial. Lo es porque el nivel cultural de la masa popular, y su estado económico; la topografía y ausencia o dificultades de vías; la escasez de transportes; la carencia de personal adecuado para educación no permiten desarrollar labor profiláctica de grande alcance ni sanificación densa como es de esperar". (5)

Estos dos criterios se reflejan en las cifras del cuadro N° IV; los índices de vacunación sobre todo contra la difteria y tosferina suben bruscamente durante los años 57, 58 y 59, conservando lo que parece apenas un 'vis a tergo' en 1.960, no ya en el Departamento en general (atendido por la Secretaría Departamental) sino apenas en Medellín y sus ciudades satélites.

La diferencia es notoria entre las ciudades de Medellín, Bello, Envigado e Itagüí, que parecen conservar la misma política "preventivo-sanitaria", en contra de la nueva "médico-asistencial" del resto del Departamento, según lo reflejan las cifras del cuadro N° IV:

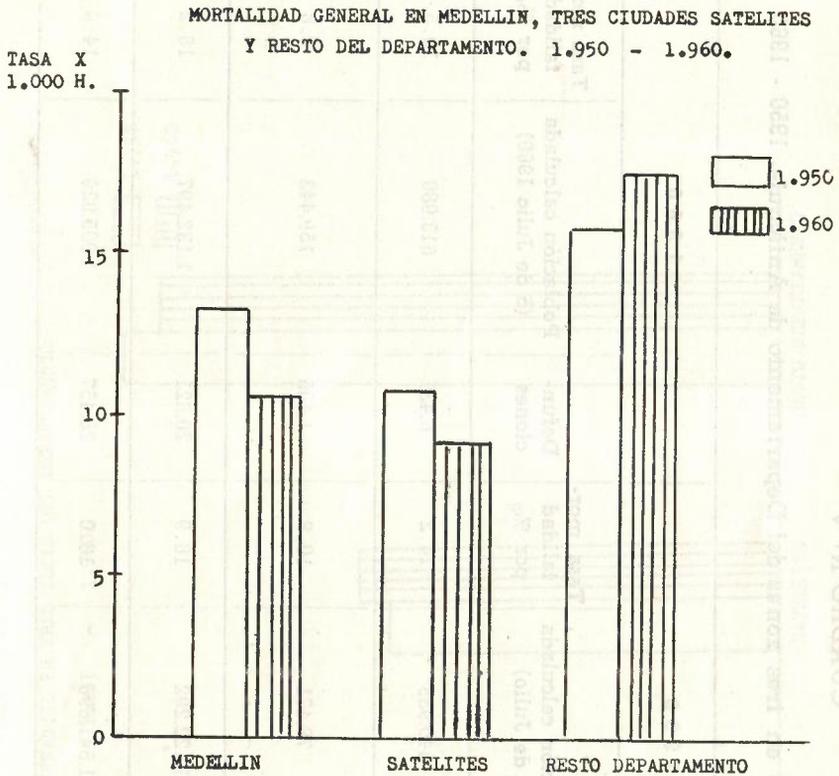
CUADRO N° IV

VACUNACION CONTRA DIFTERIA Y TOSFERINA EN MEDELLIN Y TRES CIUDADES SATELITES Y EL RESTO DEL DEPARTAMENTO DURANTE LOS AÑOS DE 1.957, 1.958, 1.959 Y 1.960

Años	Medellín Bello, En- vigado e Itagüí.	Indice sobre 100 en 1.957	Resto del Departa- mento	Indice sobre 100 en 1.957
1.957	17.681	100.00	14.135	100.00
1.958	34.434	183.44	44.284	313.29
1.959	27.389	154.91	47.468	335.82
1.960	32.935	186.27	44.968	318.13

Esto se hace potente cuando comparamos los índices de 1.950 y 1.960 tanto de mortalidad general como de mortalidad infantil en tres sectores del Departamento (Medellín, Bello, Envigado e Itagüí y "resto del Departamento") como lo muestra el gráfico N° 6

GRAFICO Nº 6.



Aquí vemos que la mortalidad general baja en Medellín en dicha década de 14.2 a 10.5 y en las tres poblaciones satélites de 10.8 a 8.8. En cambio en el resto del Departamento las condiciones se hacen peores, pues la mortalidad sube de 16.9 en 1.950 a 18.2 (una de las tasas de mortalidad general más altas del mundo) en 1.960. Naturalmente que en esto influyen muchos otros factores, además de la "política sanitaria".

Las diferencias entre los tres sectores estudiados se reflejan claramente en los índices de mortalidad infantil para 1.960 que muestra el cuadro Nº VI, en el cual vemos que las tres ciudades satélites registran un índice de 66.2 por mil; Medellín 72.0 por mil y el resto del Departamento 117.9 por mil.

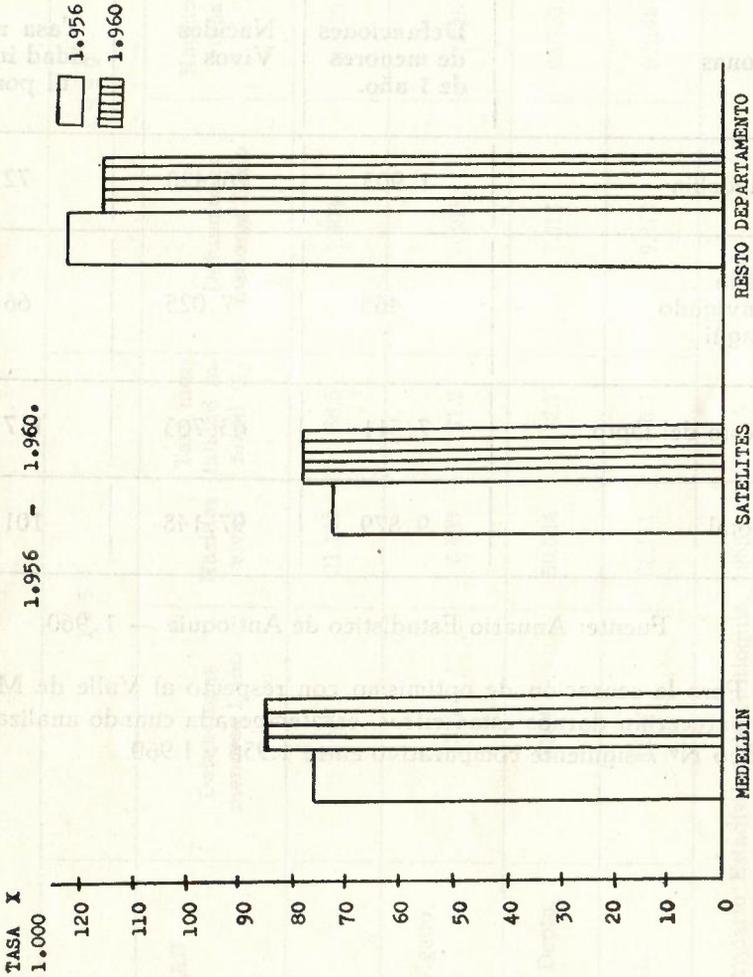
CUADRO N° V

Mortalidad general. Defunciones en tres zonas del Departamento de Antioquia. 1950 - 1960

ZONAS	1950			1960		
	Defun- ciones	Población calculada (5 de Julio)	Tasa mor- talidad por % ₀	Defun- ciones	Población calculada (5 de Julio 1960)	Tasa mor- talidad por % ₀
Medellin	4.846	340.933	14.2	6.431	613.980	10.5
Bello, Envigado e Itagüí	847	78.471	10.8	1.405	159.443	8.8
Resto del Depto.	18.950	1.122.292	16.9	20.621	1.132.497	18.2
TOTALES:	24.643	1.541.696	16.0	28.457	1.905.920	14.9

GRAFICO Nº 7.

MORTALIDAD INFANTIL EN TRES ZONAS DEL DEPARTAMENTO



CUADRO N° VI

MORTALIDAD INFANTIL EN ANTIOQUIA. 1.960

1 960			
Zonas	Defunciones de menores de 1 año.	Nacidos Vivos	Tasa mortalidad infantil por ‰
Medellín	1.903	26.420	72.0
Bello Envigado Itagüí	465	7.025	66.2
Resto del Dpto.	7.511	63.703	117.9
Total	9.879	97.148	101.7

Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia — 1.960

Pero la sensación de optimismo con respecto al Valle de Medellín que parecerían darnos estas cifras, es atemperada cuando analizamos el gráfico N° 7 siguiente comparativo entre 1.956 y 1.960.

CUADRO N° VII

MORTALIDAD INFANTIL EN ANTIOQUIA. 1956 - 1960

ZONAS	1956			1960		
	Defunciones menores 1 año	Nacidos vivos	Tasa mor- talidad in- fantil % ₀	Defunciones menores 1 año	Nacidos vivos	Tasa mor- talidad in- fantil % ₀
Medellín	1.406	21.144	66.5	1.903	26.420	72.0
Bello, Envigado e Itagüí	337	5.463	61.7	465	7.025	66.2
Resto del Depto.	7.304	59.504	122.7	7.511	63.703	117.9
TOTAL	9.047	86.111	105.1	9.879	97.148	101.7

Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia. 1956 - 1960.

En el cuadro anterior hay un ligero aumento de los índices de mortalidad infantil en el Valle de Aburrá y apenas un ligero descenso en el resto del Departamento. Aunque la interpretación de estas cifras es compleja debido a que por las mayores facilidades de la ciudad capital viene a morir mucha gente, sobre todo de los lugares vecinos, y nuestros certificados de defunción no registran, como debieran registrarlo, el "lugar habitual de residencia del difunto", si parecen desprenderse ciertas conclusiones generales a saber: las diferencias de los índices de salud entre Medellín y sus tres ciudades satélites y del resto del Departamento son abismales, haciéndose mucho más notoria en lo que se refiere a su población adulta, es alarmante el aumento de "mortalidad general" en los diez últimos años en el resto del Departamento.

Debemos destacar que una posible causa de la diferencia de las mortalidades general e infantil entre Bello Envigado e Itagüí, por una parte, con índices más bajos que Medellín, por otra podría ser la cifra de porcentaje de "conexiones domiciliarias" del acueducto que en Medellín es de apenas 66.7% y en sus tres poblaciones satélites entre el 73 y el 99.8%.

Volviendo de nuevo al "cambio de política sanitaria" entre el período 1.957 - 1.959 y el período 1.959 - 1.960 debemos anotar que los índices de "asistencia médica" y "servicio obstétrico" (cuadros VIII y IX) aunque suben también un poco en el 57 y el 58, alcanzan su máximo en 1.960, con 51.74% de defunciones "con asistencia" en este año y 52.2% de entradas por servicio obstétrico en el mismo año de 1.960. El presupuesto de la Secretaría sube al índice mayor desde 1.950, con el porcentaje mayor 8.5% sobre el presupuesto en 1.955 y el siguiente 8.4 del presupuesto total del Departamento en 1.960. (Ver cuadro N° X)

CUADRO N° VIII
Defunciones con y sin asistencia (1) médica en Antioquia y Colombia, 1950 - 1960

AÑOS	ANTIOQUIA					COLOMBIA			
	Defunciones con asistencia médica	Defunciones sin asistencia médica	Total de Defunciones	% de Defunciones con asistencia sobre Defunciones totales	Defunciones con certificación médica	Defunciones sin certificación médica	Total de Defunciones	% Defunciones con certificación sobre Defunciones totales	
1950	10.098	14.545	24.643	40.98	55.436	104.942	160.378	34.57	
1951	10.595	14.853	25.448	41.63	65.829	99.340	165.169	39.86	
1952	10.717	13.683	24.400	43.92	66.070	87.668	153.738	42.98	
1953	11.180	13.574	24.754	45.16	71.768	91.885	163.653	43.85	
1954	10.345	11.294	21.639	47.81	67.896	82.957	150.853	45.01	
1955	10.736	12.268	23.004	46.67	73.033	88.830	161.863	45.12	
1956	11.965	13.935	25.900	46.20	76.878	95.106	171.984	44.70	
1957	11.681	12.881	24.562	47.56	81.603	92.270	173.873	46.93	
1958	12.898	12.388	25.286	51.01	83.541	90.140	173.681	48.10	
1959	12.923	13.124	26.047	49.61	84.039	92.795	176.834	47.52	
1960	14.724	13.733	28.457	51.74			177.581		
							(*)		

Fuente: Anuarios Generales de Estadística DANE. Anuarios Estadísticos de Antioquia.

(1) Para Colombia se tomaron las defunciones con certificación médica como equivalentes a las con asistencia médica después de constatar que la diferencia es mínima.

(*) Datos provisionales.

En el cuadro anterior hay un ligero aumento de los índices de mortalidad infantil en el Valle de Aburrá y apenas un ligero descenso en el resto del Departamento. Aunque la interpretación de estas cifras es compleja debido a que por las mayores facilidades de la ciudad capital viene a morir mucha gente, sobre todo de los lugares vecinos, y nuestros certificados de defunción no registran, como debieran registrarlo, el "lugar habitual de residencia del difunto", si parecen desprenderse ciertas conclusiones generales a saber: las diferencias de los índices de salud entre Medellín y sus tres ciudades satélites y del resto del Departamento son abismales, haciéndose mucho más notoria en lo que se refiere a su población adulta. es alarmante el aumento de "mortalidad general" en los diez últimos años en el resto del Departamento.

Debemos destacar que una posible causa de la diferencia de las mortalidades general e infantil entre Bello Envigado e Itagüí, por una parte, con índices más bajos que Medellín, por otra podría ser la cifra de porcentaje de "conexiones domiciliarias" del acueducto que en Medellín es de apenas 66.7% y en sus tres poblaciones satélites entre el 73 y el 99.8%.

Volviendo de nuevo al "cambio de política sanitaria" entre el período 1.957 - 1.959 y el período 1.959 - 1.960 debemos anotar que los índices de "asistencia médica" y "servicio obstétrico" (cuadros VIII y IX) aunque suben también un poco en el 57 y el 58, alcanzan su máximo en 1.960, con 51.74% de defunciones "con asistencia" en este año y 52.2% de entradas por servicio obstétrico en el mismo año de 1.960. El presupuesto de la Secretaría sube al índice mayor desde 1.950, con el porcentaje mayor 8.5% sobre el presupuesto en 1.955 y el siguiente 8.4 del presupuesto total del Departamento en 1.960. (Ver cuadro N° X)

CUADRO N° VIII
Defunciones con y sin asistencia (1) médica en Antioquia y Colombia, 1950 - 1960

AÑOS	ANTIOQUIA					COLOMBIA			
	Defunciones con asistencia médica	Defunciones sin asistencia médica	Total de Defunciones	% de Defunciones con asistencia sobre Defunciones totales	Defunciones con certificación médica	Defunciones sin certificación médica	Total de Defunciones	% Defunciones con certificación sobre Defunciones totales	
1950	10.098	14.545	24.643	40.98	55.436	104.942	160.378	34.57	
1951	10.595	14.853	25.448	41.63	65.829	99.340	165.169	39.86	
1952	10.717	13.683	24.400	43.92	66.070	87.668	153.738	42.98	
1953	11.180	13.574	24.754	45.16	71.768	91.885	163.653	43.85	
1954	10.345	11.294	21.639	47.81	67.896	82.957	150.853	45.01	
1955	10.736	12.268	23.004	46.67	73.033	88.830	161.863	45.12	
1956	11.965	13.935	25.900	46.20	76.878	95.106	171.984	44.70	
1957	11.681	12.881	24.562	47.56	81.603	92.270	173.873	46.93	
1958	12.898	12.388	25.286	51.01	83.541	90.140	173.681	48.10	
1959	12.923	13.124	26.047	49.61	84.039	92.795	176.834	47.52	
1960	14.724	13.733	28.457	51.74			177.581		

Fuente: Anuarios Generales de Estadística DANE. Anuarios Estadísticos de Antioquia.

(1) Para Colombia se tomaron las defunciones con certificación médica como equivalentes a las con asistencia médica después de constatar que la diferencia es mínima.

(*) Datos provisionales.

CUADRO N° IX

Entradas para el servicio obstétrico a los hospitales y clínicas de Antioquia y Colombia. 1954 - 1960

AÑOS	ANTIOQUIA			COLOMBIA		
	Entradas para servicio Obstétrico	Total de nacimientos (vivos y muertos)	%	Entradas para servicio Obstétrico	Total de nacimientos (vivos y muertos)	%
1954	12.716	78.962	16.1	50.762	483.649	10.5
1955	19.661	82.741	23.8	102.372	520.737	19.7
1956	22.515	87.316	25.8	123.679	548.011	22.6
1957	22.275	89.934	24.8	135.139	572.974	23.6
1958	31.197	92.617	33.7	157.886	595.191	26.5
1959	41.933	95.935	43.7	177.976	618.314	28.8
1960	51.406	98.505	52.2			

Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia. - Anuario General de estadística DANE.

NOTA: La información de 1954 no parece completa.

Y a pesar de esto los índices de mortalidad son mayores en 1.960. Este aumento de gastos, sin correspondiente disminución de la mortalidad, refleja el criterio preferencial de "asistencia médica" contra "salubridad", que critica para los países subdesarrollados el Dr. Benjamín Viel en su libro "La Medicina Socializada" (6) cuando dice: "Si los gobiernos de tales comunidades cumplen con el deber de cuidar y preocuparse por la salud de la población, la medicina estatal que organicen no podrá ir más allá de establecer los medios de protección contra las enfermedades pestilenciales y desarrollar el saneamiento básico de los núcleos de población urbana. Un programa de atención médica total sería dispendioso e inútil por múltiples razones, ya que las causas etiológicas de la enfermedad y la muerte seguirían actuando con igual intensidad y los médicos de por sí escasos, no alcanzarían jamás a llenar la demanda" . . .

"Antes de organizar la atención médica del enfermo, esos Estados tienen labores mucho más urgentes y útiles para la vida de la población. Años atrás, un higienista consultado sobre la mejor manera de disminuir la mortalidad de un país contestó que haciendo caminos. La respuesta es sabia; los caminos permiten la buena distribución del alimento y éstos prolongan la vida y constituyen el factor fundamental del cambio demográfico. En la organización y desarrollo de tales comunidades el ingeniero vale más que el médico y el Estado que organice sistemas de atención curativa, no hará otra cosa que invertir mal su dinero y demorar con ello el desarrollo lógico y normal del territorio. La respuesta allí no es médica y esta profesión no puede dar más atención que aquella que financie la caridad privada. Sobre el requerimiento de atención médica tienen prioridad el desarrollo de las fuentes de producción, la red caminera y la lucha contra el analfabetismo".

. . . "e envío de médicos hacia las zonas de tan baja densidad de población sería una lamentable pérdida de tiempo para el profesional, quien imposibilitado de poner en práctica los recursos diagnósticos y terapéuticos que aprendió a emplear en la Escuela de Medicina, se sentiría frustrado en su esfuerzo.

A zonas como la descrita, la medicina moderna sólo puede alcanzar después que ha llegado a ellas el camino, la escuela y la electricidad; carencia de esos elementos previos constituye un engaño. Lo único que puede hacerse frente a tales condiciones es garantizar una distribución adecuada de alimentos y una prevención racional de enfermedades epidémicas. Más allá no puede ir un Estado cuerdo sin peligro de invertir mal sus dineros y comprometer con ello el desarrollo del total de la comunidad".

CUADRO N° X

GASTOS DE LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA PARA LOS AÑOS DE

1.950 — 1.960

Años	Valor en \$	Indice de crecimiento. Año base 1 950 — 100	Porcentaje con relación a los gastos totales del Departamento.
1.950	2.295.725	100	5.7
1.951	3.028.802	132	7.9
1.952	2.254.365	98	5.4
1.953	4.682.288	204	7.7
1.954	4.487.868	195	7.0
1.955	5.802.524	253	8.5
1.956	4.440.945	193	5.7
1.957	3.142.350	137	3.6
1.958	6.051.930	264	6.0
1.959	8.160.900	355	7.0
1.960	11.603.808	505	8.4

Otros índices demostrativos de estado sanitario del Departamento en comparación con los otros países son los de mortalidad general en 1.959 (cuadro N° XI); el de mortalidad infantil (cuadro N° XII); y el de defunciones de menores de 1 mes (cuadro N° XIII) y su comparación con las tasas de otros países (cuadro N° XIV).

CUADRO N° XI

DEFUNCIONES Y MORTALIDAD EN COLOMBIA EN 1.959

Secciones del País	Población calculada a 5 Jul/59	Defunciones	Mortalidad (X 1 000 Hbts.)
Antioquia	1.857.230	26.112	14.06
Atlántico	571.490	5.280	9.24
Bolívar	754.850	5.255	6.96
Boyacá	837.380	11.461	13.69
Caldas	1.303.340	21.078	16.17
Cauca	505.220	7.905	15.65
Córdoba	403.490	2.120	5.25
Cundinamarca	1.977.330	24.992	12.64
Chocó	144.240	1.189	8.24
Huila	353.090	4.517	12.79
Magdalena	480.480	3.951	8.22
Nariño	600.870	9.107	15.16
Norte Santander	412.440	7.151	17.34
Santander	838.310	12.801	15.27
Tolima	834.430	11.586	13.88
Valle del Cauca	1.596.570	19.138	11.99
Intendencias y Comisarias	352.840	3.181	9.02
TOTAL :	13.823.600	176.834	12.79

Fuente: Anuario General de Estadística. D. A. N. E.

CUADRO N° XII

DEFUNCIONES DE MENORES DE 1 AÑO, MORTALIDAD INFANTIL (POR 1.000 NACIDOS VIVOS) Y PORCENTAJE DE LAS DEFUNCIONES DE MENORES DE 1 AÑO SOBRE EL TOTAL DE LAS DEFUNCIONES, EN LAS DIFERENTES SECCIONES DEL PAÍS EN 1.959

Secciones del País	Total defunciones de menores de 1 año	Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	Porcentaje de las defunciones de menores de 1 año sobre el total de las defunciones
Antioquia	9.290	98.13	35.58
Atlántico	1.482	49.86	28.07
Bolívar	1.372	50.79	26.11
Boyacá	3.380	94.58	29.49
Caldas	8.407	138.11	38.80
Cauca	2.392	117.75	30.26
Córdoba	526	26.52	24.81
Cundinamarca	7.839	83.10	31.37
Chocó	375	102.21	31.54
Huila	1.580	95.85	34.98
Magdalena	1.174	67.74	29.71
Nariño	3.093	115.31	33.96
Norte Santander	2.358	103.91	32.97
Santander	3.642	96.95	28.45
Tolima	3.679	118.96	31.75
Valle del Cauca	7.393	127.52	38.61
Intendencias y Comisarias	1.014	79.84	31.88
TOTAL :	58.996	96.93	33.36

Fuente: Anuario General de Estadística del D. A. N. E.

CUADRO N° XIII

Defunciones de menores de 1 mes y tasa de mortalidad neonatal en Antioquia y en Colombia.

1950 - 1960

AÑOS	ANTIOQUIA			COLOMBIA		
	Defuncio- nes de menores de 1 mes	Nacidos vivos	Tasa de mortalidad neonatal por ‰	Defuncio- nes de menores de 1 mes	Nacidos vivos	Tasa de mortalidad neonatal por ‰
1950	3.072	70.664	43.47	20.076	413.721	48.53
1951	2.994	69.944	42.81	17.990	419.384	42.90
1952	3.026	72.346	41.83	18.148	436.406	41.59
1953	3.199	75.880	42.16	18.469	471.019	39.21
1954	3.246	77.880	41.68	19.487	474.585	41.06
1955	3.558	81.572	43.62	21.794	511.011	42.65
1956	3.521	86.111	40.89	21.433	538.485	39.80
1957	3.438	88.731	38.75	21.221	563.037	37.69
1958	3.783	91.287	41.44	21.975	585.561	37.53
1959	3.682	94.613	38.92	22.105	608.670	36.32
1960	4.311	93.148	44.38		579.033 *	

* Fuente: Anuarios Generales de Estadística DANE. - Anuarios Estadísticos de Antioquia.
* Datos Provisionales.

CUADRO N° XIV

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL DE ANTIOQUIA COMPARADA CON LA DE ALGUNOS PAISES 1.959

PAISES	Tasa Mortalidad Neonatal
Antioquia	38.9
E. E. U. U.	19.1
U. R. S. S.
Inglaterra	15.9
Suecia	13.0
México	(1.958) 28.4
Costa Rica	(1.958) 27.8
Panamá	26.4
Colombia	36.3
Venezuela	25.3
Ecuador	(1.958) 36.6
Perú	(1.958) 37.2
Chile	38.8

Fuentes: Anuario General de Estadística D. A. N. E. 1.959 — Boletín Estadístico de Antioquia Julio 1.961. Estadística Panameña. Serie B. 1.959.
Repport Epidemiologique et Demographique A. M. S. Vol.13 Nos. 11 y 12 — 1.960.

Notas: Para Colombia y Antioquia la tasa comprende las defunciones de menores de 1 mes. Para los demás países de menores de 4 semanas.

En lo único que parecemos estar mejor que en el resto de Colombia es en las cifras de mortalidad según el cuadro N° XV, con índices en el último año registrado de 13.97 para Antioquia y 15.84 para Colombia.

En ésto aunque el modo de hacer las estadísticas juega mucho papel no parecemos estar tan mal en comparación con el resto del mundo (Cuadro N° XVI). Esto pudiera deberse a una mejor asistencia prenatal y obstétrica.

CUADRO N° XV

Nacidos muertos (1) y coeficiente de morinatalidad en Antioquia y Colombia. 1953 - 1960

A Ñ O S	A N T I O Q U I A			C O L O M B I A		
	Nacidos muertos	Nacidos vivos	Coeficiente de mor- talidad por ‰.	Nacidos muertos	Nacidos vivos	Coeficiente de mor- talidad por ‰.
1953	1.050	75.880	13.84	7.669	471.019	16.28
1954	1.082	77.880	13.89	9.064	474.585	19.10
1955	1.169	81.572	14.33	9.726	511.011	19.03
1956	1.205	86.111	13.99	9.526	538.485	17.69
1957	1.203	88.731	13.56	9.937	563.037	17.65
1958	1.330	91.287	14.57	9.630	585.561	16.45
1959	1.322	94.613	13.97	9.644	608.670	15.84
1960	1.357	97.148	13.97			

Fuentes: Anuarios Generales de Estadística DANE - Anuarios Estadísticos de Antioquia.

(1) Se define como nacido muerto a la criatura con más de seis meses de vida intrauterina que no respira al desprenderse del vientre de la madre o que muere en el momento del parto. La tasa de mortalidad presenta el número de nacidos muertos por 1.000 nacidos vivos.

CUADRO N° XVI

LA TASA DE MORTINATALIDAD DE ANTIOQUIA
COMPARADA CON LA DE ALGUNOS PAISES.

PAISES	Coeficiente de mortinatalidad
Antioquia	14.0
E. E. U. U.	13.0
U. R. S. S.
Inglaterra	23.4
Suecia	17.0
Costa Rica	26.6
México	15.2
Panamá	17.3
Colombia	17.7
Venezuela	19.6
Ecuador	39.2
Perú	(1.954) 8.8
Chile	29.0

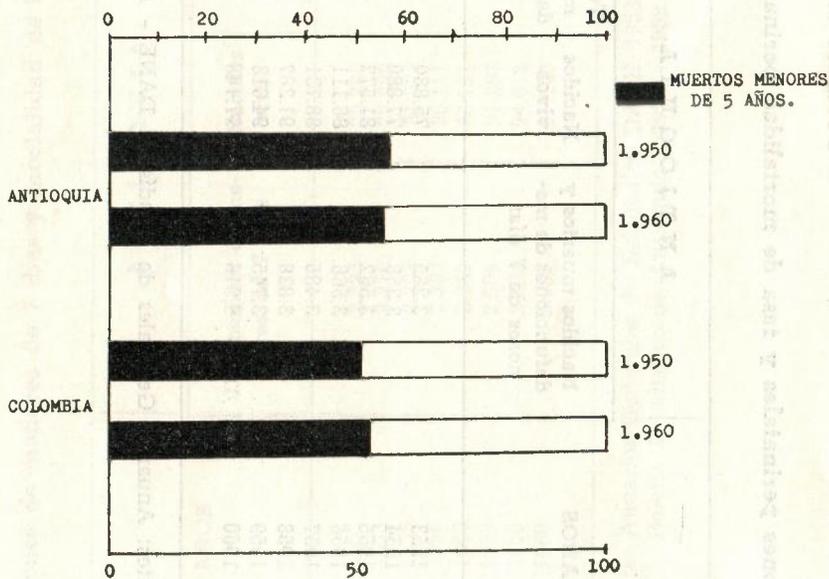
Fuentes : Anuario General de Estadística D. A. N. E. 1.956 — 1.957
 Anuario Estadístico de Antioquia 1.956 — 1.957
 Demographic Yearbook O. N. U. 1.958

NOTA: La tasa representa el número de nacidos muertos por 1.000 nacidos vivos. La calidad y comparabilidad de estos datos es bastante reducida en razón del registro incompleto e irregular de los nacidos muertos y de los nacidos vivos y de la falta de uniformidad en las defunciones.

Sin embargo, lo que hacemos bien antes y en el momento del nacimiento lo perdemos en los días sucesivos (1ª semana), como lo revela los cuadros Nos. XVII y XVIII y mucho más dramáticamente en los primeros cinco años, como lo revela el aterrador gráfico N° 8. Demuestra que más de la mitad de nuestros muertos totales al año son de menos de 5 años. Esta gran mortalidad en los 5 primeros años de vida representa una gran pérdida económica y emocional para nuestras familias numerosas y pobres que pasan por el traumatismo de los múltiples embarazos de la madre, la atención obstétrica, los gastos en los primeros días, meses y años que todo niño representa, agregando el gasto del entierro que, aunque parezca mentira, es otro de los problemas económicos de nuestras familias, fecundas tanto en nacimientos como en muertes.

GRAFICO N° 8.

DEFUNCIONES DE MENORES DE 5 AÑOS EN RELACION CON EL TOTAL DE DEFUNCIONES EN ANTIOQUIA Y COLOMBIA. 1.950 - 1.960.



CUADRO N° XVII

Defunciones perinatales y tasa de mortalidad perinatal en Antioquia y Colombia. 1953 - 1960

Años	ANTIOQUIA				COLOMBIA			
	Nacidos muertos y defunciones de menores de 7 días	Nacidos vivos	Tasa de mortalidad perinatal	Nacidos muertos y defunciones de menores de 7 días	Nacidos vivos	Tasa de mortalidad perinatal	Nacidos vivos	Tasa de mortalidad perinatal
1953	3.285	75.880	43.29	19.841	471.019	42.12	471.019	42.12
1954	3.358	77.880	43.11	21.577	474.585	45.47	474.585	45.47
1955	3.562	81.572	43.67	23.199	511.011	45.40	511.011	45.40
1956	3.568	86.111	41.43	23.024	538.485	42.76	538.485	42.76
1957	3.485	88.731	39.28	23.015	563.037	40.88	563.037	40.88
1958	3.838	91.287	42.04	23.329	585.567	39.84	585.567	39.84
1959	3.745	94.613	39.58	22.721	608.670	37.33	608.670	37.33
1960	4.316	97.148	44.43					

Fuentes: Anuarios Generales de Estadística DANE - Anuarios Estadísticos de Antioquia.

CUADRO N° XVIII

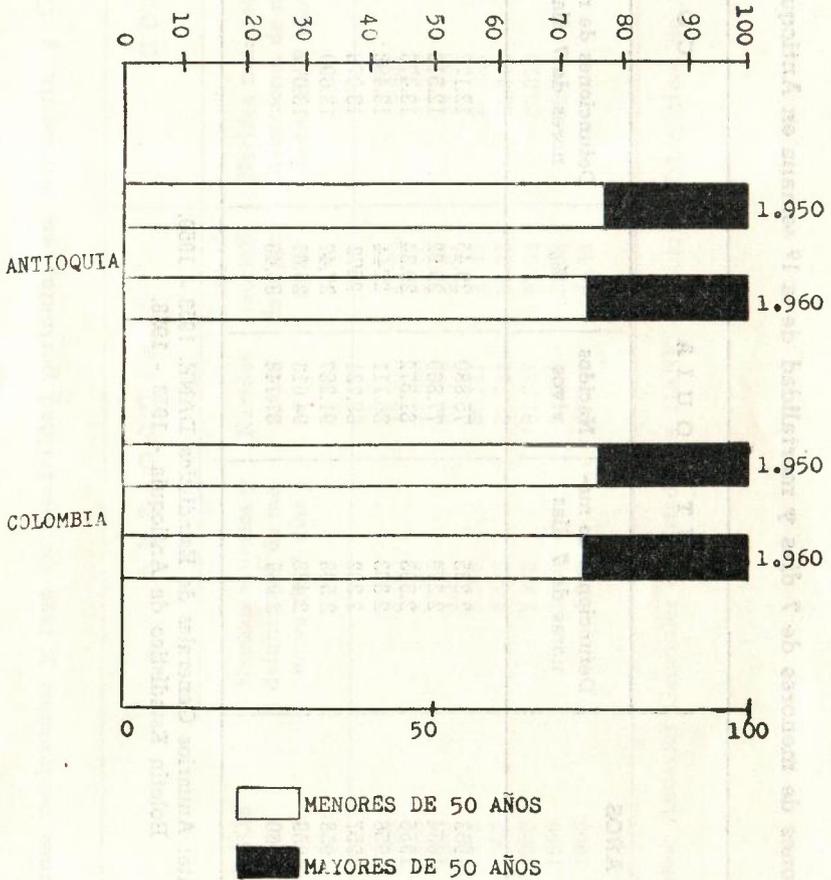
Defunciones de menores de 7 días y mortalidad de la 1ª semana en Antioquia y Colombia 1953/60.

AÑOS	A N T I O Q U I A			C O L O M B I A		
	Defunciones de me- nores de 7 días	Nacidos vivos	%	Defunciones de me- nores de 7 días	Nacidos vivos	%
1953	2.235	75.880	29.45	12.172	471.019	25.84
1954	2.276	77.880	29.22	12.513	474.585	26.37
1955	2.393	81.572	29.34	13.473	511.011	26.37
1956	2.363	86.111	27.44	13.498	538.485	25.07
1957	2.282	88.731	25.72	13.078	563.037	23.23
1958	2.508	91.287	27.47	13.699	585.561	23.39
1959	2.423	94.613	25.61	13.077	608.670	21.49
1960	2.959	87.148	30.46		579.033	

Fuente: Anuarios Generales de Estadística DANE. 1953 - 1959.
Boletín Estadístico de Antioquia - 1953 - 1958.

GRAFICO Nº 9.

DEFUNCIONES A LOS 50 Y MAS AÑOS DE EDAD EN RELACION
CON EL TOTAL DE DEFUNCIONES EN ANTIOQUIA Y COLOMBIA
1.950 - 1.960.



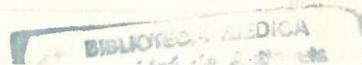
CUADRO N° XIX

Defunciones por complicaciones del embarazo, parto y puerperio y mortalidad materna en Antioquia y Colombia. 1954 - 1960

AÑOS	ANTIOQUIA			COLOMBIA		
	Defunciones maternas	Nacidos vivos	Tasa de mortalidad materna %	Defunciones maternas	Nacidos vivos	Tasa de mortalidad materna %
1953	209	75.880	2.75	1.725	471.019	3.66
1954	286	77.880*	3.67	1.961.	474.585	4.13
1955	243	81.572	2.98	1.888	511.011	3.70
1956	203	86.111	2.36	1.673	538.485	3.11
1957	226	88.731	2.55	1.645	563.037	2.92
1958	256	91.287	2.80	1.684	585.561	2.88
1959	208	94.613	2.20	1.537	608.670	2.53

Fuente: Anuarios Generales de Estadística DANE - 1953 - 1959.

Boletín Estadístico de Antioquia. 1953 - 1958 - Dirección Departamental de Estadística.



Nuestra mortalidad materna también es en general más baja en relación con el resto de Colombia (Cuadro N° XIX) y no se compara tan desfavorablemente con el resto de países suramericanos Cuadro N° XX).

Otro índice que últimamente se está usando para medir el estado de salud de una comunidad es el de la mortalidad por encima de los 50 años, que según lo revela el gráfico N° 9, si las condiciones sanitarias actuales no cambian, apenas el 26.7% de los nacidos en Antioquia tienen chance de llegar a más de 50 años de vida. Este índice es, naturalmente, muy significativo y debería subir a medida que las condiciones de vida mejoren y podamos contar con una supervivencia mayor.

CUADRO N° XX

LA MORTALIDAD MATERNA EN ANTIOQUIA COMPARADA CON LA DE ALGUNOS PAISES DEL MUNDO. — 1.956

PAISES	Tasa de mortalidad materna. %
Antioquia	2.36
E. E. U. U.	0.41
Inglaterra	0.57
Suecia	0.34
México	2.10
Costa Rica	(1.957) 2.47
Panamá	2.73
Colombia	3.11
Ecuador	3.30
Perú	(1.953) 1.44
Chile	(1.954) 3.14

Fuentes : Anuario General de Estadística D. A. N. E. 1.956
 Anuario Estadístico de Antioquia 1.956 — 1.957.
 Demographic Yearbook O. N. U. — 1.958

Se presentan también índices de las diez primeras causas de muerte en Antioquia y en Colombia en 1.959, último año de estadísticas registradas y publicadas (Cuadros Nos. XXI y XXII) en los que podemos ver que las enfermedades intestinales, las de la primera infancia y las respiratorias, ocupan los primeros tres lugares, estando de 4° el cáncer, de 9° las enfermedades del corazón y de 10° los homicidios.

CUADRO N° XXI

DEFUNCIONES Y MORTALIDAD EN ANTIOQUIA SEGUN LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE — 1.959

CAUSAS DE MUERTE	N° de defunciones	Defunciones por 100 000 Hbts.
Gastritis, duodenitis, enteritis y colitis excepto diarrea del recién nacido.	3.473	186.2
Otras enfermedades particulares de la primera infancia e inmaduridad no calificada.	1.529	82.0
Bronquitis	1.510	81.0
Tumores malignos (cáncer) incluyendo tumores del sistema linfático y hematopoyético	1.232	66.1
Neumonía.	1.043	55.9
Lesiones del parto, asfixia y atelectasia postnatal	839	44.8
Todas las demás enfermedades clasificadas como infecciosas y parasitarias.	782	41.9
Infecciones del recién nacido	746	39.9
Otras enfermedades del corazón.	715	38.4
Homicidio y traumatismo provocado intencionalmente por otras personas (no procedente de operaciones de guerra)	709	38.0
Totales:	12.575	674.2
Las demás causas	13.537	725.8
Tota' general	26.112	1.400.0

CUADRO N° XXII

DEFUNCIONES Y MORTALIDAD EN ANTIOQUIA SEGUN LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE — 1.959

CAUSAS DE MUERTE	N° de defunciones	Defunciones por 100 000 Hbts.
Gastritis, duodenitis, enteritis y colitis excepto diarrea del recién nacido.	18.373	132.4
Neumonía.	10.835	78.0
Bronquitis.	8.433	60.8
Tumores malignos (cáncer) incluyendo tumores del sistema linfático y hematopoyético.	6.437	46.4
Infecciones del recién nacido	6.372	45.9
Todas las demás enfermedades clasificadas como infecciosas y parasitarias.	5.988	43.1
Otras enfermedades particulares de la primera infancia e inmaduridad no calificada.	5.969	43.0
Homicidio y traumatismo provocado intencionalmente por otras personas (no procedente de operaciones de guerra)	5.513	39.7
Accidentes (exceptuando los vehículos a motor)	5.034	36.3
Otras enfermedades del corazón.	4.752	34.2
Totales:	77.706	559.8
Las demás causas	99.128	714.2
Total general	176.834	1.274.0

De acuerdo con el folleto de la Organización Mundial de la Salud; "Medición del Nivel de Salud": "Se ha señalado la conveniencia de recurrir también al sistema de encuestas. En el Departamento se han hecho varias, siendo de interés las efectuadas por la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en relación con una de nuestras enfermedades más comunes, las parasitosis intestinales, habiéndose hecho algunos muestreos en el Municipio piloto de Santo Domingo (Tesis de grado de los Drs. Jorge Duque y Horacio Zuluaga) en los que encontraron en zona rural y urbana sobre 331 personas estudiadas, sólomente 16 negativas y éstas todas en niños menores de un año. Todas las personas, pues (100%) mayores de un año estaban parasitadas, encontrándose que un solo campesino albergaba 10 tipos de parásitos distintos y la gran mayoría de ellos tenían entre 5 y 6 especies de parásitos intestinales cada uno.

En la muestra estudiada encontraron lo siguiente: con áscaris, el 84.5%; con tricocéfalos, el 82.4%; con *Entameba histolítica*, el 67.3% con uncinarias, el 40.4%.

Con tan extensa e intensa parasitación intestinal es evidente que la capacidad de trabajo y esfuerzo de nuestros habitantes, tanto urbanos como rurales, está muy disminuída.

Pero en el mismo Medellín la situación tampoco es muy satisfactoria según otra encuesta (familias de la clase obrera examinadas por los estudiantes Leiderman y Mesa de la Cátedra de Medicina Preventiva) encontrándose los siguientes índices: con helmintos, 83%; con protozoos, 81%. Con estos índices no es raro que las enfermedades intestinales sean las más predominantes entre nosotros y que la capacidad de trabajo de nuestra clase obrera no se pueda comparar con la de personas más sanas en otros países.

Desnutrición en Antioquia. Ya vimos los índices de desnutrición en Antioquia en general (Gráfico N° 4) comparados con los del resto del país. Esto se confirma con la encuesta que sobre nutrición efectuó una misión norteamericana en 1.960 sobre 813 habitantes del Departamento distribuidos así: 306 soldados; 300 habitantes (niños y adultos) de la zona rural y 207 niños hijos de la clase trabajadora de la zona urbana.

En esta encuesta encontraron los resultados siguientes (datos suministrados por el Dr. Hernán Vélez Atehortúa, y que aparecen en el cuadro N° XXIII siguiente:

CUADRO N° XXIII

Desnutrición en Antioquia, 1960, según encuesta de expertos americanos en nutrición sobre una muestra de 813 habitantes de zona rural y urbana (Soldados y civiles de las clases trabajadoras).

	Zona rural y urbana (civiles) (Niños y Adultos)	MILITARES (Soldados)
Signos clínicos francos de desnutrición (Atrofia papilar, glositis, hiperqueratosis, diarrea crónica, etc.)	73.2%	56.1%
Deficiencias vitamínicas (medidas por métodos bioquímicos, especialmente deficiencias en vitamina A, caroteno, tiamina, riboflavina, etc.)	100%	100%
Deficiencias proteínicas	14%	—
Relaciones proteínicas anormales	58%	—
Otras deficiencias nutricionales (medidas de hemoglobina hematocrito, etc.)	43.1	14.6%
Con Coto (Hipertrofia apreciable clínicamente).	33%	46%

Esto quiere decir, si esta encuesta estuvo bien hecha y es representativa de nuestras clases militar y trabajadora, que prácticamente el 100% de nuestro pueblo, tanto armado como desarmado, sufre de múltiples deficiencias nutricionales de distinta índole, es decir, de lo que el Dr. Federico Gómez de México ha llamado "hambre crónica".

Esto lo confirma el bajo consumo de leche per cápita en Antioquia y la baja que ha sufrido del 50 al 60 el consumo per cápita de ganado mayor que fue de 51.7 por persona y por año en 1.950 subiendo hasta 53.4 en 1.957 para bajar en 1.960.

El consumo de ganado menor ha subido del 50 al 60 de 7.9 a 10.2 por persona por año, habiendo tenido el máximo de 10.5 en 1.954 según lo demuestra el cuadro N° XXIV que sigue:

CUADRO N° XXIV

Degüello de ganado menor y mayor en Antioquia y consumo per cápita.

AÑOS	GANADO MENOR			GANADO MAYOR		
	Peso en kilos	Población calculada a 5 de Julio c/año.	Consumo Kilos per cápita	Peso en kilos	Población calculada a 5 de Julio c/año.	Consumo kilos per cápita
1950	12.196.130	1.541.696	7.9	79.719.938	1.541.696	51.7
1951	10.756.135	1.575.490	6.8	82.889.302	1.575.490	52.6
1952	12.471.266	1.608.850	7.8	83.160.436	1.608.850	51.7
1953	12.898.654	1.642.740	7.9	81.463.750	1.642.740	49.6
1954	17.542.107	1.677.150	10.5	76.636.131	1.677.150	45.7
1955	17.261.508	1.712.090	10.1	76.483.344	1.712.090	44.7
1956	15.968.243	1.747.580	9.1	88.330.010	1.747.580	50.5
1957	13.329.802	1.785.890	7.5	95.432.904	1.785.890	53.4
1958	15.124.878	1.825.040	8.3	94.097.983	1.825.040	51.6
1959	17.417.113	1.865.040	9.3	87.227.127	1.865.040	46.8
1960	19.484.344	1.905.920	10.2	92.438.112	1.905.920	48.5

Fuentes: Anuario General de Estadística del D. A. N. E.
Anuario de Estadística departamental de Antioquia.

Condiciones Ambientales

El segundo punto anotado por la Organización Mundial de la Salud como índice de medida de nivel sanitario es el que se refiere a las "condiciones del medio". En este campo los datos más demostrativos son los siguientes, en los cuales vemos el estado de las cabeceras de los municipios antioqueños en lo que se refiere a acueducto y a alcantarillado.

Servicios públicos. Acueducto.

Estado de los servicios de Acueducto.

Según estudios hechos por el Instituto Nacional de Fomento Municipal y de acuerdo con la clasificación nacional, la situación actual del Departamento de Antioquia en acueductos es la siguiente:

Clase A.- Acueductos con planta de tratamiento completa (mezcla, sedimentación, filtración y desinfección). Únicamente lo tiene Medellín con una población existente de 562.452 habitantes urbanos y una población servida de 449.962 habitantes. Con 74.993 viviendas urbanas; 60.100 conexiones y 59.000 medidores. Tiene una necesidad actual de 140.613 metros cúbicos por día.

Clase B.- Acueductos que tienen planta de tratamiento incompleta. (Mezcla, sedimentación y desinfección). No existen en Antioquia.

Clase C.- Acueductos que tienen únicamente desinfección sin Planta de Tratamiento. Tienen esta clase de acueductos San Vicente, Tarso, Fredonia, Itagüí, La Estrella, Rionegro y Santuario. Estos municipios cuentan con una población urbana existente de 46.444 habitantes y una población servida de 45.613 con 8.233 viviendas; 8.061 conexiones y 3.806 medidores. La necesidad actual de estos municipios es de 9.781 metros cúbicos día.

Clase D.- Acueductos sin planta ni desinfección. Tienen esta clase de acueducto 86 cabeceras municipales y 16 corregimientos. Con una población urbana existente de 448.841 habitantes, una población servida de 389.594, 70.412 viviendas urbanas, 61.121 conexiones y 1.097 medidores. La necesidad actual es de 85.741 metros cúbicos día.

Sin acueducto.- No tienen ningún servicio de acueducto 8 cabeceras municipales y 20 corregimientos con una población existente de 37.612; 6.061 viviendas urbanas y una necesidad actual de 5.640 metros cúbicos día.

CUADRO N° XXV

ESTUDIO COMPARATIVO DEL PERSONAL ACTUAL Y DEL PERSONAL QUE SE CONSIDERA NECESARIO PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DEL DEPARTAMENTO, EXCLUYENDO LA CIUDAD DE MEDELLIN.

(Organismos Sanitarios)

Personal	Existencia Actual		Ideal		total	Faltan	Observaciones
	Por habitantes	Total	Por habitantes	Total			
Médicos de S. P.	1 x 337.500	4	1 x 50.000 (2)		27	23	3 están terminando especialización
Médicos de S. P. Tisiólogo	1 x 337.500	4	1 x 200.000		7	3	1 con cursillo de S. P. para Directores Mpaes.
Médico de S. P. Dermatólogo	1 x 1.350.000	1	1 x 400.000		3	2	Sin curso de S. P.
Médico de funciones mixtas	1 x 9.184	147	1 x 1.000		1.350	1.203	
Odontólogos de S. P.	1 x 450.000	3	1 x 50.000		27	24	
Odontólogos Gles.	1 x 21.428	63	1 x 5.000		270	207	
Ingenieros de S. P.	1 x 1.350.000	1	1 x 200.000		7	6	Sin curso de S. P.
Médico Veterinario	1 x 1.350.000	1	1 x 50.000		27	26	Especializado
Enfermera Grad. S. P.	1 x 337.500	4	1 x 50.000		27	23	
Revisores Saneamiento	1 x 225.000	6	1 x 50.000		27	21	
Enfermera Graduada General	1 x 337.500	4	1 x 10.000		135	131	Trab. 1 en prog. TBC y 3 en Lucha Anticancerosa
Inspectores de Saneamiento	1 x 11.538	117	1 x 5.000		270	153	Hay 6 Inspectores Saneamiento con curso de S. P.
Promotores de Salud y Acc. Comunal	1 x 150.000	9	1 x 10.000		135	126	
Auxiliares Enfermería de Salud Pública	1 x 8.490	159	1 x 3.000		450	291	
Laboratoristas	1 x 450.000	3	1 x 100.000		14	11	1 Méd. Lab. Departamental. 1 Bacteriol. Departamental 1 Técnico Lucha C.
Auxil. Educ. Sanitaria	—	—	1 x 100.000		14	14	
Auxil. Odontología	1 x 1.350.000	1	1 x 5.000		270	269	Asistentes del Odontólogo
Estadigrafo	1 x 1.350.000	1	1 x 100.000		14	13	
Administrador Taller Sanitario	1 x 1.350.000	1	1 x 200.000		7	6	
Higienistas dentales	1 x 1.350.000	1	1 x 10.000		135	128	Para progr. Ed. Sanit. y aplicación Fluor
Auxil. Higienis. Dent.	1 x 192.857	7	1 x 10.000		135	128	Para ayudar a Higienis. Dent.

NOTA: Los datos ideales están basados en el Plan Decenal del Ministerio de Salud Pública (1.962 — 1.971).

FUENTE: Informe de Labores de la Secretaría de Salud Pública Departamental. 1.960 — 1.961.

En el cuadro N° XXVI, tomado del informe de la Secretaría Departamental, se presentan las necesidades de personal en los hospitales del Departamento, excluyendo a la ciudad de Medellín.

CUADRO N° XXVI

RELACION DE LAS NECESIDADES DE PERSONAL DE LOS HOSPITALES MUNICIPALES EXCLUYENDO A MEDELLIN

Personal	Indice (1)	Actual	Necesario para recursos actual (2)	Déficit para estos recursos	Total Necesario (3)	Déficit total
Médicos (Hospitales)	1 x 20	11	145	134	195	184
Enfermeras generales graduadas	1 x 35	11	83	72	111	100
Enfermeras Administradoras	1 x 500	1	6	5	8	7
Auxiliares de enfermería (Escuela)	1 x 10	30	290	260	390	360
Auxiliares de enfermería (práctica)	1 x 10	131	290	159	390	259
Dietistas	1 x 100	0	29	29	39	39
Asistentes sociales	1 x 100	0	29	29	39	39
Técnicos de Laboratorio	1 x 150	1	19	18	26	25
Farmacéuticos	1 x 300	0	10	10	13	13
Administrador (2° bachillerato)		0	52	52		
Administrador (Bachiller)		7	23	16		

(1) - El indice se dá por número de camas.

(2) - De acuerdo con el número de camas que hay en la actualidad.

(3) - Para satisfacer las necesidades, cubriendo el actual déficit de camas, que es de 1.000 para 1.350.000 habitantes.

Fuente: Informe de labores de la Secretaría Departamental de S. Pública

Resumen: En 102 cabeceras municipales y 36 corregimientos con una población actual de 1.095.449 habitantes urbanos, existen 159.699 viviendas urbanas. La necesidad actual es de 241.775 metros cúbicos día.

Alcantarillado.- En las zonas urbanas no tienen conexión con alcantarillado 11.635 casas y es bien sabido que casi la totalidad de la población rural, calculada en alrededor de un millón de habitantes no cuenta con este servicio.

En resumen, el cuadro de la Salud Pública en Antioquia, no es muy brillante. Son innumerables las actividades que deben emprenderse todavía para llenar siquiera las más elementales necesidades del hombre, que según "El Eclesiastés" son Agua y Pan y Vestido y Casa protectora.

Recursos y necesidades.

Los recursos existentes en cuanto a personal, y sus necesidades, tanto en los organismos sanitarios como en los Hospitales, los muestran los cuadros Nos. XXV y XXVI.

En el cuadro N° XXVI, tomado del informe de la Secretaría Departamental, se presentan las necesidades de personal en los hospitales del Departamento, excluyendo a la ciudad de Medellín.

El personal es el elemento más importante en relación con las labores de Salud Pública, como lo demuestra la experiencia en el Municipio de Santo Domingo en donde funciona el Centro Rural Piloto de Salubridad que ha contado con la Asesoría técnica de la Cátedra de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad, desde su fundación en 1956. Allí se prepararon, con la ayuda financiera de la entidad privada de la familia de don Adolfo y don Santiago Aristizábal, llamada "Fundación del Café", en cuya junta directiva ha estado permanentemente el Dr. Ignacio Vélez Escobar, un grupo de campesinas con apenas algunos años de primaria, a las cuales hemos llamado "promotoras de salud", dejándolas que sigan viviendo en sus propias casas, en sus medios rurales, y efectuando una labor de educación sanitaria, promoción de saneamiento ambiental rural, estímulo a la comunidad para su propia organización, vacunaciones, primeros auxilios, primeros y elementales cuidados para médicos, y a pesar del cambio frecuente de médicos que han dirigido el Centro de Salud, se ha logrado que en dicho municipio la mortalidad infantil, la tasa más reveladora del estado de Salubridad de una región, haya disminuido de la siguiente dramática manera, según datos de la Estadística Departamental de Antioquia:

CUADRO N° XXVII

MORTALIDAD INFANTIL EN LOS ULTIMOS SEIS AÑOS SANTO DOMINGO, ANTIOQUIA.

Años	Nacidos Vivos	Defunciones menores de 1 año	Coeficiente de mortalidad x mil nacidos vivos
1. 956	355	58	163.4
1. 957	387	47	121.5
1. 958	427	50	117.1
1. 959	458	48	104.8
1. 960	449	44	98.0
1. 961	455	39	85.7

Este personal elemental, al que la Secretaría de Salud Público del Departamento ha venido pagando sólomente treinta pesos mensuales, lo cual apenas les sirve para pagar sus transportes y los gastos del viaje mensual que deben hacer a la cabecera municipal, ha sido, en mi concepto, el factor decisivo para este resultado, que se puede calificar de fantástico y casi increíble. No sé de ningún programa de Salud Pública que con tan pocos gastos y en seis años haya ogrado estos o similares resultados. A pesar de ésto parece que la Secretaría de Salud Pública no tiene, entre sus planes, el adiestramiento de esta clase de personal rural para extender sus funciones a todas las zonas rurales del Departamento.

Otro tipo de personal que se ha venido adiestrando, bajo la inspiración del Departamento de Medicina Preventiva, es el de los llamados "Promotores de Salud y Acción Comunal", cuyas funciones son las de promover la organización de las pequeñas comunidades rurales para que se establezca un proceso entre la gente de mejora de sus condiciones físicas, mentales y sociales, de acuerdo con la definición de Salud que dá la O. M. S.

CONCLUSIONES

- 1ª - La salud pública en Antioquia, de acuerdo con los índices estadísticos estudiados, presenta aún un estado precario, de gran atraso en relación con los índices mundiales. Ha habido muy poco avance en los últimos diez años en la reducción de la tasa de mortalidad general, presentando la tasa de mortalidad infantil una baja notoria, aunque inferior a la baja del país en general. Una de las mayores causas de defunción es la desnutrición, la cual acusa la 3ª tasa entre los departamentos de país, apenas inferior a Caldas el departamento que presenta la tasa más alta y al Valle (2ª tasa de mortalidad por desnutrición) en el país.
- 2ª - Hay una diferencia notoria entre las tasas de mortalidad general y mortalidad infantil, cuando se comparan la región de Medellín y sus tres ciudades satélites, con el resto del Departamento. Es notorio que tanto la mortalidad general como la infantil han sufrido notable descenso en el Valle del Aburrá, mientras que en el resto del Departamento, en la década que se estudia, la mortalidad general ha subido de 16.9 a 18.2 y la infantil sólo ha descendido del año 1.956 a 1.960 de 122.7 a 117.9, manteniéndose en una cifra que es de las más altas del mundo.
- 3ª - Hay un bajo consumo de leche per cápita en Antioquia y el consumo de ganado mayor ha rebajado de 51.7 kilos por persona y por año en 1.950 a 48.5 por persona y por año en 1.960.
- 4ª - Las condiciones de saneamiento ambiental en Antioquia siguen siendo muy deficientes con solamente un acueducto, el de Medellín, con planta de tratamiento adecuado; con 8 cabeceras y 20 corregimientos sin ningún servicio de acueducto y la gran mayoría de la población rural sin estos servicios. Hay 17 cabeceras municipales sin alcantarillado y 30 corregimientos muy poblados sin este servicio elemental de salud pública. También en este sentido de falta de servicios adecuados de disposición de excretas la zona rural está prácticamente desguarnecida.
- 5ª - Con una buena organización, los índices de Salud Pública pueden mejorarse, como se demuestra con la experiencia de Santo Domingo.

- 6ª - Con las condiciones actuales de Salud Pública en Antioquia la política no debe ser "asistencial" sino "sanitaria", dando mayor énfasis a la mejora y construcción de servicios básicos esenciales de saneamiento, (agua, disposición de excretas y vivienda) al estudio y reparación de las deficiencias nutricionales, campañas anti-parasitarias y a los servicios de vacunación y prevención de enfermedades transmisibles, más bien que a la medicina curativa.

REFERENCIAS

- 1 — Naciones Unidas. "Definición y medición internacional del Nivel de Vida" (C/CN. 3/179 C N. 5/299, Nueva York, 1.954).
- 2 — O. M. S.: "Medición del Nivel de Salud". Serie Informes Técnicos N° 137, Ginebra, 1957.
- 3 — Swaroop Satya: "Introduction to Health Statistics; E&S. Livingstone, Londres, 1.960
- 4 — Secretaría Departamental de Salud Pública de Antioquia. Informe de Labores 1.957 - 1.958 Medellín.
- 5 — Secretaría Departamental de Salud Pública, Informe a la Asamblea. Sesiones 1.959, Agosto 1.959. Medellín.
- 6 — Viel Benjamín: "La Medicina Socializada". Ediciones Universidad de Chile. Santiago, 1.961
- 7 — Duque Jorge y Zuluaga Horacio, Tesis de grado. Medellín.
- 8 — Leiderman Eduardo y Mesa Myriam: "Parasitosis en dos clases socio-económicas extremas". Trabajo presentado a la Cátedra de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la U. de A. Medellín, 1.961
- 9 — Nutrition Survery: "A report by the Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defence". Office of the Assitant Secretary of Defense. Washington, D. C. December, 1.961
- 10 — Instituto Nacional de Fomento. Publicación sobre Acueductos y Alcantarillados en el país. Bogotá, 1.961

INDICE DEL VOLUMEN 12. 1962

INDICE DE AUTORES

A

- Abad Gómez, Héctor: Diez años de salud pública en Antioquia, 622
Qué sabe usted de salud pública?, 506.
Academia de Medicina, Medellín: Actividades de la Academia, 451.
Resolución sobre el control de drogas, 323.

B

- Barrientos, Marco A. y Robledo Villegas, Mario: Leiomiomas de la laringe; presentación de dos casos, 63.
Biblioteca médica: Boletín informativo, 158, 393.
Bojanini Nize, Emilio, coaut.
Véase: Naranjo Villegas, Alfredo, 405.
Borrero R., Jaime, coaut.
Véase: Molina V., Iván, 335.
Botero Ramos, David: Tratamientos de las amibiasis con Furoato de entamide (informe preliminar), 43.
Botero Ramos, David; Rojas M., William y Vélez E., Ignacio: Tratamiento de la amibiasis intestinal crónica con Paromomicina, 423.
Botero Ramos, David, coaut.
Véase: Restrepo I., Marcos, 233.
Bravo R., César: Tratamiento de la amibiasis intestinal con Paromomicina (Humatín); presentación de 20 casos y revisión del tema. 415.

C

Calle V., Gonzalo, coaut.

Véase Posada T., José, 485.

Cardona, Pedro Nel, coaut.

Véase: Velásquez, David, 81.

Carmona Arango, Roberto, coaut.

Véase: Santiago de Irazábal, Fernando, 196.

Colombia. Leyes y Decretos, etc.: Ley 14 de 1962. (Abril 13) por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la Medicina y Cirugía, 395.

Congreso Iberoamericano de Dermatología, V, Buenos Aires, 1961, 456.

Congreso Latino-Americano de Obstetricia y Ginecología. IV, Bogotá, 1962, 391.

Correa Henao, Alfredo: III Congreso Latinoamericano de Anatomía Patológica, Medellín, Diciembre 4-8 de 1961, 105.

Cortés C., Alonso, coaut.

Véase: Posada T., José, 485.

D

Duque V., Jorge y Zuluaga Z., Horacio: Estudio de la amibiasis y otras parasitosis intestinales en relación con el medio familiar y socio-económico en Santo Domingo (Antioquia), 243.

E

Echeverri, Ulpiano, coaut.

Véase: Velásquez, David, 81.

Escobar S., Emilio y Mejía P., Jairo: El uso del vacuum extractor y sus resultados en la madre y el niño, 536.

Estrada, Otto, coaut.

Véase: Vasco P., Jorge, 368.

F

Facultad de Medicina U. de A.

Boletín N° 1, 52.

Boletín N° 2, 98.

Boletín N° 3, 150.

Boletín N° 4, 222.

Boletín N° 5, 325.

Boletín N° 6, 596.

Franco Ruíz, Tulio y Moreno Pareja, Alfredo: Cardiopatías congénitas familiares, 116

G

Giraldo, N., coaut.

Véase: Velásquez C., David, 209.

Gómez S., Heriberto, coaut.

Véase: Posada T., José 485.

Gómez V., Francisco José: Valoración de algunos aspectos de la campaña de letraje adelantada por la Secretaría de Salud Pública de Antioquia, 94.

H

Henao A., Mario, coaut.

Véase: Posada T., José, 485.

J

Jaramillo B., Germán y Sierra S., Fernando: Bysinosis, 174.

L

Latorre, Roberto, coaut.

Véase: Restrepo I., Marcos, 233.

M

Mejía C., Benjamín y Oberndorfer, Leni: La fiebre reumática; I parte, introducción y plan de trabajo, 3.

Mejía C., Benjamín, Oberndorfer, Leni y Toro, Fernando: La fiebre reumática; II parte, informe preliminar de los 50 casos estudiados hasta abril de 1960, 21.

Mejía P., Jairo, coaut.

Véase: Escobar S., Emilio, 536.

Molina Restrepo, Gustavo: La sífilis; algunas consideraciones sobre su diagnóstico e incidencia actuales, 128.

Molina V., Iván y Borrero R., Jaime: Hiperparatiroidismo primario; presentación de dos casos, 335.

Molina V., Iván, coaut.

Véase: Velásquez, David, 81.

Moore, J. et al.: Diagnóstico y tratamiento de individuos con genitales externos hermafroditas (extracto), 530.

Moreno Pareja, Alfredo, coaut.

Véase: Franco Ruíz, Tulio, 116.

N

Naranjo Villegas, Alfredo y Bojanini Nize, Emilio: Miocarditis perniciosa crónica (informe de un caso), 405.

Navia Monedero, Alvaro: Campaña antituberculosa, 388.

Neghme R., Amador: III Conferencia de facultades latinoamericanas de medicina, 56.

O

Oberndorfer, Leni, coaut.

Véase: Mejía C., Benjamín, 3-21.

Orrego M., Arturo y Sanclemente P., Edgar: Revisión estadística de 257 casos de neoplasias de colon y recto del Instituto de Patología del Hospital universitario San Vicente de Paúl, 439.

Orrego M., Arturo, coaut.

Véase: Sanclemente, Edgar, 556.

P

Palacio R., Sigifredo: Efectos del ácido amino caproico en dos pacientes con activa fibrinolisis secundaria a desprendimiento prematuro de la placenta, 357.

Peláez E., Pedro P.: Reparación de la vía biliar lesionada quirúrgicamente, 567.

Posada Arango, Andrés: El tuntún, 617.

Posada Posada, Diego Abundio; Posada González, Hernando y Restrepo Moreno, Angela: Contribución al estudio de la histoplasmosis en Colombia, 69.

Posada T., José; Calle V., Gonzalo; Cortés C., Alonso; Rendón P., Iván; Gómez S., Heriberto; Henao A., Mario y Restrepo M., Angela: Esporotricosis epidérmica, 485.

Programa de conferencias de la misión de médicos que nos visitarán próximamente compuesto por los doctores Milanés, Castellanos, Piamonte y Rodríguez Díaz, 330.

R

- Rendón P., Iván, coaut.
Véase: Posada T., José, 485.
- Restrepo M., Angela, coaut.
Véase: Posada T., José, 485.
- Restrepo M., Angela, coaut.
Véase: Rojas M., William, 576.
- Restrepo Mesa, Alberto: Anemia por deficiencia de hierro; su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento, 136.
- Restrepo I., Marcos: Estudio parasitológico de una región del Amazonas colombiano, 462.
- Restrepo I., Marcos; Latorre, Roberto y Botero R. David: Presentación de un caso de mansonelosis, 233.
- Revistas que llegan por canje con Antioquia Médica, 160.
- Robledo Clavijo, Alberto: El despertar de la sífilis (editorial), 459.
- En defensa de la profesión (editorial), 533.
- El décimo aniversario de "Unidia", 535.
- Hematología y nutrición (editorial), 61.
- El 75° aniversario de la fundación de la Academia de Medicina de Medellín, 605.
- La XVIII Asamblea de la Federación Médica Colombiana, 220.
- La Universidad y el pueblo (editorial), 231.
- Un plan decenal de higiene (editorial), 1.
- Sinopsis de pediatría moderna, 604.

- Robledo Villegas, Mario, coaut.
Véase: Barrientos, Marco A., 63.
- Rojas M., William: El médico general ante los problemas de coagulación, 373.
- Rojas M., William y Restrepo M., Angela: Brucelosis; informe de 9 casos y revisión bibliográfica de la entidad en Colombia, 576.
- Rojas M., William, coaut.
Véase: Botero R., David, 423.

S

- Sancllemente Edgar y Orrego, Arturo: Porfiria intermitente aguda, 556.
- Sancllemente P., Edgar, coaut.
Véase: Orrego M., Arturo, 439.

- Sanín Aguirre, Carlos: El principio del doble efecto (editorial), 333.
 El problema de las drogas (editorial), 171.
- Sanín Echeverri, Jaime: Discurso del rector de la Universidad de Antioquia, doctor Jaime Sanín Echeverri en la sesión solemne con motivo del 75º aniversario de la fundación de la Academia de Medicina de Medellín, 609.
- Santiago de Irazábal, Fernando y Carmona Arango, Roberto: Contribución a la lucha contra el dolor en cáncer por un método biológico (líquido amniótico), 196.
- Scholz, M. Horst: Cuándo y cómo inhibir simplemente la lactancia (extracto), 528.
- Sierra S., Fernando, coaut.
 Véase: Jaramillo B., Germán, 174.
- Sigerist, Enrique E.: El Dr. Enrique E. Sigerist, médico escritor, habla para sus colegas sobre el oficio de escribir y su técnica, 446.

T

- Toro, Fernando, coaut.
 Véase: Mejía C., Benjamín, 21.
- Toro M., Alvaro, coaut.
 Véase: Velásquez, David, 81.
- Toro M., G., coaut.
 Véase: Velásquez C., David, 209.

V

- Vallarino Donoso, Jorge: Congresos de pediatría en Quito. Circular N° 001, 104.
- Vallejo, Ricardo, coaut.
 Véase: Velásquez, David, 81.
- Vasco P., Jorge y Estrada, Otto: Nuevo tipo de lente de contacto para casos de descentramiento "Lag", 368.
- Velásquez, David; Echeverri, Ulpiano; Cardona, Pedro Nel; Toro, Alvaro; Molina V., Iván y Vallejo, Ricardo: Reunión de clínicas médicas (R. C. M.), 81.
- Velásquez C., David; Giraldo, N.; Toro M., G. y Villegas, A.: Síndrome de Leriche (R. C. M.), 209.
- Velásquez Toro Jairo: Participación del pericardio en la tuberculosis pulmonar, 502.

- Vélez A., Hernán: Algunos conceptos sobre nutrición (editorial), 401.
- Vélez Escobar, Ignacio: Discurso del Dr. Ignacio Vélez Escobar, en la sesión inaugural del VIII Congreso Panamericano de Gastroenterología (editorial), 111.
- Vélez Escobar, Ignacio, coaut.
Véase: Botero R., David, 423.
- Villegas, A., coaut.
Véase: Velásquez C., David, 209.
- Vintimilla Albornoz, Jaime: La Amitriptilina en el tratamiento de las depresiones endógenas, 494.

Z

- Zuluaga Z., Horacio, coaut.
Véase: Duque V., Jorge, 243.