Revista de Asistencia Social

(Nueva serie de la Revista de Beneficencia Pública.—Tomo XXV)

PUBLICACIÓN TRIMESTRAL

ORGANO DE LA
ASOCIACION CHILENA DE ASISTENCIA SOCIAL

COMISION EDITORA

DR. ENRIQUE LAVAL M.
Director

DR. ARTURO BAEZA GOÑI.
Jefe de Servicio del Hospital "Manuel Arriarán".

DR. A. ROJAS CARVAJAL
Jefe de la Sección de Medicina Preventiva de la Caja de Seguro Obligatorio.

DR. VICTOR GROSSI DE LA G.
Médico-jefe Sanitario Provincial de Valparaíso.

DR. WALDO VERA ALARCON
Jefe de la II Zona (Concepción) Fusionados.

RAQUEL KUSNETZOFF
Secretaria.

SUMARIO

Pág.

GUILLERMO ARANEDA. — Los centros de salud en Estados Unidos de Norteamérica ... 1
ELMA FRAKIA. — El centro de salud y la enfermería ... 27
MARIA LOPEZ L. y JULIA CORDOVA H. — El servicio social y el centro de Salud ... 130
GUILLERMO ARANEDA. — La atención médica rural en Estados Unidos de Norteamérica ... 136
MIGUEL HERMOSILLA LEON. — Experiencia obtenida con el funcionamiento del ambulatorio del Hospital San Francisco de Borja ... 146
CRONICA ... 156

Tomo XII - Santiago, Marzo de 1943 - Núm. 1

Revista de Asistencia Social

(Nueva serie de la Revista de Beneficencia Pública. Tomo XXV)

ORGANO DE LA ASOCIACION CHILENA DE ASISTENCIA SOCIAL

Se publica un número en los meses de Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre de cada año.

Suscripción anual dentro del país, pago adelantado: $ 50.00

En el Extranjero: tres dólares.

Los miembros de la Asociación la reciben gratuitamente, así como todos los establecimientos que dependen de Instituciones que forman parte de la Asociación.

Hay en venta: (franqueo extra)

Tomo I, 1932 (322 págs.)	$ 20.—
Tomo II, 1933 (con las actas y trabajos del III Congreso Chileno de Asistencia Social) (596 págs.)	30.—
Tomo III, 1934 (659 págs.)	30.—
Tomo IV, 1935 (con las actas y trabajos del IV Congreso Chileno de Asistencia Social) (755 págs.)	30.—
Tomo V, 1936 (353 págs.)	20.—
Tomo VII, 1938 (508 págs.)	20.—
Tomo VIII, 1939 (568 págs.)	20.—
Tomo IX, 1940 (675 págs.) con las actas y trabajos del V Congreso Chileno de Asistencia Social y del I Congreso Latino Americano de Hospitales	40.—
Tomo X (522 págs.)	50.—
Tomo XI (318 págs.)	60.—
Los diez tomos juntos valen	250.—
REPERTORIO DE OBRAS SOCIALES DE LA REPUBLICA DE CHILE	20.—

REVISTA DE BENEFICENCIA PUBLICA

Tomo I, 1917 (con las actas y trabajos del Primer Congreso de Beneficencia Pública)	$ 20.—
Tomo II, 1918 (Sólo se vende en la colección completa)	
Tomo III, 1919	20.—
Tomo IV, 1920	20.—
Tomo V, 1921	20.—
Tomo VI, 1922	20.—
Tomo VII, 1923 (con las actas y trabajos del Segundo Congreso de Beneficencia Pública)	20.—
Tomo VIII, 1924 (Sólo se vende en la colección completa).	
Tomo IX, 1925 (Sólo se vende en la colección completa).	
Tomo X, 1926	20.—
Tomo XI, 1927	20.—
Tomo XII, 1928	20.—
Tomo XIII, 1929	20.—
Tomo XIV, 1930, un número	2.—
Los 14 tomos juntos, empastados a la rústica, valen	250.—

Biblioteca de la Revista de Beneficencia Pública

Colección de Monografías sobre Asistencia Social de interés nacional.

Nº 1.—Dr. René Sand: Medicina Social y Progreso Nacional (207 págs.) ..	$ 10.—
Nº 2.—Germán Greve: El Dispensario Moderno (50 págs.) franco de porte ..	2.—

Para obtener todas estas obras, diríjase al Prosecretario de la Asociación Chilena de Asistencia Social, Casilla 1150, Santiago.

Dirigir toda la correspondencia referente a la Redacción de la **Revista al Director de la Revista de Asistencia Social, Santiago, Casilla 1150 o Mac Iver 541 4º Piso. Para la inserción de avisos dirigirse a la misma dirección.**

EL CENTRO DE SALUD Y LA ENFERMERIA

por

ELMA FRAKIA
Inspectora de Enfermería de la Dirección General
de Beneficencia y Asistencia Social

SUMARIO. — Orígen del centro de salud. — Su desarrollo en Estados Unidos y Europa. — Definición. — Conceptos de Davis, Platt, Barral, Hazéman, Sand, Gonse Boas. — Ley japonesa de 1937. — El Dr. don Alejandro del Río y los centros de salud en Chile. — Esquema de las actividades de un centro de salud. — Examen periódico de salud. — Atención de la madre. — Atención del hijo. — Atención del tuberculoso. — Atención del venéreo. — Lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas agudas. — Higiene mental. — Prevención del cáncer. — Prevención de la ceguera. — Prevención y lucha contra el reumatismo. — Prevención de las enfermedades cardiovasculares. — Nutrición.— Higiene dental. — Ortofonía. — Orientación y selección profesionales. — Educación sanitaria. — Fichero central. — Actividades curativas. — El hospital como centro de salud. — La enfermería y el centro de salud.

En una interesante síntesis el doctor don Guillermo Araneda, médico-jefe de la Casa de Socorro de Puente Alto, ha condensado el desarrollo y estado actual de los centros de salud de Estados Unidos, especialmente en Boston, Nueva York, San Francisco y Los Angeles (1) y expresa, refiriéndose al servicio de enfermería de estos institutos que

> "puede decirse con justa razón que *sin enfermeras un centro de salud no podría existir;* ellas son el puente de unión entre el hogar y el centro y sus oportunidades para enseñar a quien lo necesita son incontables. Todas las funciones del centro de salud

(1) Araneda (Dr. Guillermo). — Los Centros de Salud en Estados Unidos. Se publica en esta Revista.

que hemos enumerado no podrían ser realidad sin su ayuda preciosa".

Y agrega más adelante:

"La que hemos indicado anteriormente es la labor de las enfermeras sanitarias; al lado de éstas la Community Health Ass., mantiene un bien organizado servicio de enfermería que cuida enfermos en sus hogares (bedside nursing care), da atención prenatal y obstétrica, mantiene clínicas para el tratamiento de las secuelas de la parálisis infantil y hace clase para madres, a las cuales además de enseñarles todo lo relativo a los cuidados durante el embarazo y parto y crianza del hijo, las prepara para ser buenas dueñas de casa, con conocimientos elementales de nutrición y la manera de preparar alimentos de buena calidad y bajo coste".

La difusión que tendrá el trabajo del doctor Araneda, la necesidad de que los hospitales asuman de pleno la función preventiva que por definición e interés de la colectividad les está señalada y la conveniencia imperiosa de ir formando conciencia sobre la importancia que los centros de salud, centros preventivos, tienen sobre el índice de salubridad de la población, me han inducido a referirme al servicio de enfermería en estos institutos.

Y previamente me ha parecido de interés señalar el desarrollo que han tenido los centros de salud en otros países, la evolución que su concepto y organización han experimentado a través de los años, para terminar formulando el esquema de lo que nosotros podemos y debemos realizar.

Antes de proseguir debo dejar constancia de mis agradecimientos al Jefe del Departamento Médico de la Dirección General de Beneficencia doctor Enrique Laval, con cuya cooperación he contado en todo momento, no sólo proporcionándome los datos que he necesitado sino que guiándome gentilmente en la confección de este trabajo.

En 1893 sugirió Lilian Wald, en Estados Unidos, la idea de reunir las actividades asistenciales y sanitarias bajo una sola dirección, dentro de un mismo distrito. Conducía a tal propósito la necesidad de eliminar los esfuerzos duplicados que interfieren en un mismo campo de acción, coordinar análogas actividades para eliminar gastos innecesarios y de modo muy

especial, evitar el confusionismo, la desorientación en el hogar con las visitas de diversos agentes sanitarios.

Poco a poco los dispensarios especializados que encaraban los problemas higiénico-sociales en sus aspectos aislados (maternidad, protección a la infancia, tuberculosis, enfermedades venéreas, enfermedades trasmisibles, nutrición, etc.) fueron evolucionando de la monovalencia a la polivalencia, cediendo su lugar a organizaciones sometidas a una dirección común.

Pero es necesario, llegar a 1912 para encontrar en Pitsburgo la nueva organización sanitaria que puede ser considerada como el punto de partida de los modernos centros de salud. Es la obra WC. White. Al mismo tiempo en Inglaterra se utiliza análoga denominación para identificar el agrupamiento de los servicios médicos (curativos) y sanitarios (preventivos) destinados a la asistencia infantil.

Al comienzo no se avanza más allá. Sólo es la atención integral, curativa y preventiva, de la infancia y la adolescencia.

En la misma época Wilbur C. Phillips de Milwaukee establece dentro de un distrito determinado un dispensario polivalente, destinado a la atención de la madre, del niño y del tuberculoso, con visitas domiciliarias. Su ejemplo es seguido de inmediato en Cincinatti.

En 1913 la New York Milk Commission establece en el barrio sirio de Manhattan un centro de salud para la atención del niño, de la madre, del tuberculoso, del venéreo; en 1914 Goldwater, el destacado jefe del New York City Department of Health, establece un centro en East Side, seguido rápidamente de otro en Queens y posteriormente se difunden en Búffalo, Cleveland, Boston y por último por todo el territorio de la Unión.

Para demostrar el desarrollo alcanzado por los centros de salud en Estados Unidos basta decir que en 1912 había solamente 12 centros, en 1919 la cifra alcanzaba a 72, en 1920 su número era de 385, en 1927 casi de 1.000 y en 1940 aproximadamente 2.500, en gran parte dependientes de la Cruz Roja Norteamericana.

En 1923 se crea el primer centro de salud en Sudamé-

rica, en San Paulo, bajo la supervigilancia del Instituto de Higiene del Estado (2).

En Francia, en 1901, abrió Calmette el primer dispensario antituberculoso, en Lille. Pronto se extendieron por el país y su ejemplo sirvió para que se fundaran otros destinados a luchar contra la sífilis, la mortalidad infantil, las enfermedades mentales, etc. Como consecuencia de la especialización, parecía que no debían crearse estos dispensarios sino en los grandes centros urbanos. Así, a fines de 1913 no había sino 46 dispensarios monovalentes de los cuales 28 estaban en París. Fué el propio Calmette, quien en 1914 sugirió que el mismo personal médico y auxiliar, y el mismo local del dispensario antituberculoso, podrían servir para establecer consultas de profiláxis contra la sífilis y en tal virtud se creó en Francia, en 1916, el primer dispensario bivalente. En 1930 ya los dispensarios de este tipo se habían multiplicado; muchos eran trivalentes: servían además a la inspección médica escolar; en 1936 los servicios de la Municipalidad de Suresnes constituían un modelo que servía de ejemplo a toda Europa y en 1938, estos dispensarios que tuvieron su origen en Côtes du Nord, habían entrado francamente a la polivalencia.

> "La polivalencia —dicen Evien y Violette— se afirma cada vez más; pero está hecha de la cooperación de estos diversos organismos, trabajo en estrecha unión gracias a la existencia del fichero central que unifica y coordina en un conjunto armonioso atribuciones dispersas".
> "Así, más o menos netamente sostenidas, por todas partes son las mismas tendencias que se señalan: que para servicios distintos, los dispensarios operen en los mismos locales —aquellos que en las aglomeraciones más importantes, operan en locales separados— pero bajo una dirección que unifica, coordina y centraliza; es la polivalencia que se desarrolla y comprobamos que engloba una gran parte de la medicina preventiva: enfermedades sociales: tuberculosis, sífilis y demás venéreas, cáncer, protección maternal e infantil, higiene mental, inspección médica escolar, inspección médica de obras post-escolares, control de la educación física, higiene dental, vacunaciones preventivas (viruela, tifoídea, difteria, tétanos, cólera, peste, etc.), cuestiones de orientación profesional, todo lo concerniente a la vida y salud de los trabajadores (comprendida

(2) Paula Souza (Dr. G. H.) y Vieira (Dr. F. Borges). Centro de Saude "eixo" de organizacao sanitaria. Sao Paulo, 1936.

la prevención de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales) (3).

La Fundación Rockefeller hizo su primera demostración en Europa, según las normas americanas, en 1925 en Polonia. Se empezó por Mokotow (4), distrito suburbano, y por Skierniewice, sector rural y distrito netamente industrial (minas de carbón) de Bendzin. Posteriormente han tenido una difusión imposible de alcanzar en otros países europeos.

Cada centro de salud está constituído por varias secciones de dispensarios unidos no sólo por su administración, sino también por sus propósitos y sus métodos de funcionamiento. "El enfermo siempre trata con el centro y no sólo con su sección de dispensario especial: es admitido por una oficina de control y colocado al cuidado de la enfermera visitadora que depende del distrito en que vive el enfermo" (5).

La extensión de las actividades varía en cada localidad pero un mínimo está representado por el cuidado prenatal, la salud del niño, la lucha antituberculosa, antivenérea, antitracomatosa, antimalárica, antialcohólica, la salubridad escolar, la higiene dental, baños públicos y lavaderos populares en algunas. A este último respecto cabe recordar que en Polonia el tifus exantemático es endémico, con frecuentes brotes epidémicos.

"El centro es sólo un punto de contacto con la comunidad: la obra real se hace en la familia. El número de visitas a los hogares es la mejor indicación de las actividades de un centro, porque el mayor éxito, desde el punto de vista de la medicina preventiva sólo puede alcanzarse cambiando el modo de vivir del enfermo" (6).

Puede verse cuánto se ha avanzado en lo conceptual en la organización de los centros de salud desde que la idea pren-

(3) Evien (Dr.) y Violette (Dr.). — Les attributions du dispensaire d'hygiène sociale. Revue d'Hygiène et de Medecine Sociales. 1938, julio.

(4) Laval (Dr. Enrique) e Ivovich (Esteban). Algunos aspectos de la Asistencia Social en el Extranjero. Santiago, 1937. Ver: Los Centros de Medicina Preventiva (pág. 100).

(5) Chodzko (W.) Más y mejores centros de salud. El record del progreso en Polonia. Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique. 1929.

(6) Chodzko (W.) Loc. cit.

dió en 1893 en la mente de Lilian Wald, ¿pero cómo reducirlos a una esquema?, ¿cómo d e f i n i r lo que se entiende o debe entenderse por c e n t r o d e s a l u d?

Según Michel M. Davis, en su más amplia acepción comprende "una organización comunal tanto para la medicina preventiva como para la curativa, centralizada por un hospital, como su expresión institucional y en torno de un núcleo de médicos, autoridades sanitarias y filántropos, con el fin de un mejor servicio de la población. El centro provee, promueve, coordina servicios médicos y sociales para el beneficio de un determinado distrito" (7).

Gruscka, de Alemania, denomina centro de salud al hospital que atiende la población de un determinado sector, con servicios extrahospitalarios y que se transforma así en el punto de convergencia de todas las actividades médico-sanitarias (curativas y preventivas) de ese distrito.

Philip S. Platt (8) distingue varios tipos, según los que existen en Estados Unidos:

a) limitado exclusivamente a trabajos de educación sanitaria por medio de exposiciones, conferencias y distribución de folletos. Funciones informativas en general (Claring-house);

b) además de las actividades mencionadas, asegura también el tratamiento de enfermos por medio de diversos servicios clínicos;

c) constituyen un esquema en pequeño de administración de higiene dentro de un determinado distrito;

d) se limitan a asegurar consultas médicas para el establecimiento del diagnóstico, sin instituir tratamiento; y

e) organización destinada fundamentalmente a la conservación de la salud; el interés se centraliza en los individuos sanos.

Margueritte Barral en 1933 lo caracterizaba, expresando:

---

(7) Davis (M.M.) Clinics, hospitals and health centers. 1927.

(8) Platt (Philip S.) Symposium on the Health Center. American Journal of Public Health. 1921.

"Desde el punto de vista de la higiene pura el centro administra, regla y coordina todas las actividades de higiene sanitaria y sociales en toda la extensión del distrito; desde el punto de vista médico, el centro debe hacer conocer al público la importancia de la medicina preventiva y darle los medios de realizarla: debe facilitar la pesquisa de las enfermedades y orientar los enfermos hacia las instituciones médicas de tratamiento. No debe tener una acción curativa sino para las afecciones cuya profiláxis exige el tratamiento de los individuos contagiosos (enfermos venéreos, tracomatosos, etc.). Otra excepción debe ser hecha en los distritos rurales más aislados donde se carece de recursos médicos, o bien, son muy limitados".

"Desde el punto de vista social, a fin de encontrar una solución a todos los problemas que presenta la salud de los individuos, el centro debe conocer las condiciones de vida de cada uno. Las visitas efectuadas a domicilio por las visitadoras de higiene social deben constituir una parte indispensable del programa, permitiendo no sólo la ayuda social individual sino también adoptar todas las medidas sanitarias generales que se juzguen necesarias".

"En suma, el centro de salud debe ser definido como *el centro coordinador de las servicios de higiene para la población de un sector determinado*" (9).

Para Hazemann —el asesor técnico del Ministro de Salud de Francia en 1936— "los centros de salud deben ser los organismos básicos de defensa de la salud pública" (10).

René Sand en uno de sus más conocidos trabajos, manifiesta:

"en todas partes se luchará contra la dispersión: actualmente el médico escolar, el médico de la consulta pediátrica, el del dispensario antituberculoso, trabajan aisladamente en instituciones separadas. Se las agrupará en un centro de asistencia social, organismo coordinado" y agrega más adelante: "se apoyan en una coordinación que les asegura un rendimiento bien superior al de las instituciones dispersas" (11).

En 1938, a fines de cuyo año se celebró en París el XXV Congreso de Higiene, Mme. Gonse-Boas, miembro del Consejo Superior de Higiene Social, presentó una ponencia sobre el concepto actual de los centros de salud en Francia y puso al día

---

(9) Barral (Margueritte). Le Centre Polivalent d'hygiène sociale 1933.

(10) Hazemann (R. H.). Les centres de santé doivent etre les organismes de base de défense de la sante publique. Le mouvement sanitaire 1932.

(11) Sand (René). L'economie humaiin par la médecine sociale París. 1934.

un tema que ya había adquirido un interés apasionante en los círculos médicos. Trascribimos textualmente lo pertinente de su informe, tan sólo para acentuar la evolución conceptual que sobre el problema se había verificado desde 1893 hasta esa época:

> "El centro de salud debe comprender en los mismos locales, a la medida de lo posible:
>
> A) Los dispensarios preventivos: consulta prenatal, de lactantes, de niños de edad pre-escolar y escolar, servicios antituberculosos, antivenéreos y de higiene mental, cáncer, reumatología, servicios de exámenes preventivos y de vacunaciones (algunos de estos servicios tendrán carácter móvil en las regiones rurales). Pensamos igualmente útil agregarles una consulta de orientación profesional, de ortofonía, de gimnástica respiratoria y ortopédica;
>
> B) De acuerdo con los sindicatos médicos, ciertas consultas externas de medicina, cirugía, especialistas, arte dentario, con posta de primeros auxilios;
>
> C) Una sala de pequeñas operaciones, un laboratorio, un servicio de radiología, de fisioterapia, dadores de sangre, seroprofilaxia, enfermedades contagiosas, reserva o stock de vacunas y sueros;
>
> D) En ciertos casos, baños y duchas para la población;
>
> E) Cuando esto es posible, la oficina de higiene (higiene llamada pública) y, eventualmente, servicios de asistencia; pero en todo caso un fichero social central y un servicio social polivalente" (12).

Más adelante Mme. Gonse-Boas destaca el carácter eminentemente educativo, de propaganda sanitaria, de los centros de salud.

A mero título informativo decimos que en este mismo Congresa se propuso que los 892 dispensarios antiuberculosos de Francia, se transformasen en centros prolivalentes, preventivos y se denominasen centros de salud.

En 1937 la Dieta Japonesa aprobó un proyecto de ley sobre creación de centros de salud, denominados centros de hi-

---

(12) Gonse-Boas (Mme.). La conception actuelle des centres de santé L'état de la question en France. Revue d'Hygiéne et de Medicine Sociales. 1939, febrero.

giene cuyo objeto es contribuir al mejoramiento sanitario del país (13). La ley establece que en cada prefectura se instalará un centro por cada 100.000 habitantes, con la siguiente finalidad.

A. — Propaganda y acción sanitaria:

1. vulgarización de la noción de higiene,
2. protección de la madre, del lactante y del niño,
3. mejoramiento de la alimentación,
4. mejoramiento urbano y rural (habitación, agua potable, alcantarillado, etc.).
5. mejoramiento y dirección de la higiene escolar e industrial.

B. — Prevención de enfermedades:

1. consultorios sanitarios para la lucha antituberculosa,
2. profiláxis y tratamiento del tracoma, enfermedades parasitarias y venéreas,
3. prevención de las enfermedades infecciosas,
4. consultorios para tratamiento médico general.

En nuestro país, fué naturalmente el doctor don Alejandro del Río el primero en destacar la importancia fundamental de la medicina preventiva como defensa del patrimonio humano, fué él quien trabajó de modo incansable con esa fé, ese tesón y esa claridad de pensamiento que eran sus características, para formar la conciencia necesaria que permitiera llegar a una organiazción en la cual, evitando la duplicación de esfuerzos y dispendios económicos, se armonizaran las tendencias curativa y preventiva de la medicina. Su creación del Centro de salud Nº 1 estuvo destinada a efectuar una demostración en la gran ciudad; la Casa de Socorro de Puente Alto debía fijar la norma en el sector rural. Sus conferencias y publicaciones "El problema sanitario" (14), "Centro comunal de medicina preventiva y curativa" (15). "Las consultas externas y

(13) Tsurumi (Dr. M.). Creation des Centres d'Hygiène an Japon. Office International d'Hygiène Publique. 1937, junio.

(14) Río (Dr. Alejandro del). El problema sanitario. Santiago, 1923.

(15) Río (Dr. Alejandro del). Centro Comunal de medicina preventiva y curativa. Servicio Social. 1930, septiembre.

dispensarios como órganos de la asistencia médica preventiva y curativa" (16) precisaron claramente sus conceptos que aún hoy día conservan un perfecto sentido actual.

De lo que llevamos dicho debe inferirse que el centro de salud es el instrumento de que se vale la medicina preventiva para resguardar la salud de los individuos en un determinado sector de la población. Y naturalmente la importancia de sus servicios estará en relación con el número de los habitantes y los recursos de que se disponga.

Hoy día el concepto de centro de salud ha evolucionado fundamentalmente. Schreiber dice "cuidar el mayor número posible de enfermos, pero impedir la aparición y extensión de las enfermedades, tal es la función paradojal, en apariencia, del médico" (17).

Todo aquello que permita conservar la salud o prevenir las enfermedades es función de un centro de salud.

Las diversas tendencias en los distintos países del mundo imponen variadas funciones al centro de salud, pero por muy numerosas que ellas sean pueden esquematizarse en las que se enumeran a continuación:

1. examen periódico de salud,
2. atención de la madre,
3. atención del hijo,
4. atención del tuberculoso,
5. atención del venéreo,
6. lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas agudas,
7. higiene mental,
8. prevención del cáncer,
9. prevención de la ceguera,
10. prevención y lucha contra el reumatismo,

---

(16) Río (Dr. Alejandro del). Las consultas externas y dispensarios como órganos de la asistencia médica preventiva y curativa. Servicio Social. 1932, diciembre.

(17) Schreiber (Dr. Georges). La médicine preventive usuelle. París, 1928.

11. prevención de las enfermedades cardio-vasculares.
12. nutrición,
13. higiene dental,
14. ortofonía,
15. orientación y selección profesional,
16. educación sanitaria,
17. fichero central.

Cualquiera que sea la modalidad del centro de salud, su radio de acción, la intensidad de su población, ninguno puede eximirse de dar extricto cumplimiento a las seis primeras funciones enumeradas precedentemente, y además realizar la educación sanitaria de su sector.

A continuación examinaremos la importancia y modo de realizar cada una de estas funciones.

Examen periódico de salud

Los exámenes de salud asumen la mayor importancia, pues tratan de conservar la salud, permitiendo que se pongan en claro los procesos patológicos en su extrema iniciación, a tiempo de ser corregidos. Adquieren todo su valor cuando al individuo sufre periódicamente, a intervalos regulares, un examen médico completo.

La real importancia de este examen lo podemos deducir de la experiencia realizada en nuestro país por la aplicación de la ley Nº 6174, denominada de medicina preventiva, dictada en 1938 bajo la inspiración del ex Ministro de Salubridad doctor don Eduardo Cruz Coke. "Esta ley de medicina preventiva —dice Jelic— hace posible la pesquisa oportuna por medio del examen sitemático, único medio de descubrir la enfermedad en su fase preclínica, es decir, cuando sus síntomas son escasos o no existen. Este hallazgo precoz de la enfermedad nos capacita para combatirla con éxito, logrando de este modo la recuperación de la vida activa que representa el capital humano" (18).

---

(18) Jelic Symon (Alfredo). Primeros resultados de la aplicación de la ley de medicina preventiva en tisiología. Boletín Médico Social. 1942, octubre.

Aún cuando en virtud de esta ley los organismos de previsión social deben efectuar el examen de salud de sus imponentes con mira a la tuberculosis, sífilis y enfermedades cardiovasculares, declarando sanos a los que padecen de otras afecciones, es extraordinariamente interesante conocer sus resultados. Así la Caja de Seguro Obligatorio que posee el mayor volumen de imponentes —1.250.000— ha tenido la siguiente experiencia en los años 1939 á 1941:

	Nº de exámenes de salud	declarados sanos	%	declarados enfermos	%
1939	128.109	109.691	85,64%	18.418	14,36%
1940	115.688	95.760	82,78%	19.928	17,22%
1941	110.490	87.625	79,30%	22.865	20,70%

La morbilidad de los que en el cuadro anterior aparecen enfermos, se distribuye en los siguientes rubros:

	tuberculosis	cardiovasculares	sífilis	patología mixta	
1939	5.855	5.122	7.441		
1940	6.330	3.661	9.263	674	
1941	7.882	5.048	8.620	1.375	(19)

Todos estos exámenes han sido practicados en los supuestos sanos.

Ahumada, en un estudio estadístico sobre la aplicación de la ley de medicina preventiva en diversas instituciones de previsión (20), correspondiente al año 1941, concluye:

(19) G. V. Operaciones de la Caja de Seguro Obligatorio de Enfermedad e Invalidez en los años 1939, 1940 y 1941. Previsión Social. 1942, Nº 49.

(20) Ahumada P. (Dr. Hermes). Estudio estadístico de la aplicación de la ley 6174 en diversas instituciones de previsión. Previsión Social 1942, Nº 49.

	imponentes examinados	% de encontrados enfermos
Caja de Empleados Públicos	15.642	35,8 %
Caja de Empleados Particulares	11.967	28,8 %
Empleados bancarios	3.125	15,8 %
Empleados y Jornaleros municipales	3.161	40,8 %
Carabineros	23.112	18,8 %
Ferroviarios	7.841	37,99 %
Otros gremios	3.031	11,59 %

Y cabe poner nuevamente de relieve que tales porcentajes dicen relación exclusivamente con la tuberculosis, sífilis y enfermedades cardiovasculares y, que si se hubiesen rubricado como enfermos individuos con otras afecciones, tales cifras procentuales habrían sido muchísimo mayor.

Jelic ha acometido un interesante estudio: ha separado en los exámenes de salud las tuberculosis inactivas o residuales de aquellas formas de la enfermedad que por su actividad lesional eran susceptibles de tratamiento. Ha estudiado 25.566 individuos y 889 resultaron portadores de tuberculosis activa (21), lo cual representa un 3,48% en el supuesto sano.

Análogo estudio ha suministrado en otros países cifras mucho más bajas: en Estados Unidos sobre 22.000 examinados se ha encontrado de 0,9 a 1,6% de tuberculosis activas; en Suecia sobre un grupo de 2.000 individuos se ha encontrado 2% y en Alemania en 10.000 personas aparentemente sanas se ha obtenido un 2,16%. La cifra de Jelic es sensiblemente análoga a la hallada en el examen de la conscripción para el ejército chileno, 3,5%.

En los 25.566 individuos estudiados por Jelic había 1.113 tuberculosos inactivos, o sea, un 5% en un medio supuesto sano.

Rojas Carvajal y Abrahamsohn, refiriéndose a los resultados de la aplicación de la ley de medicina preventiva en la

(21) Jelic Symon (Alfredo). Loc. cit.

Caja de Seghro Obligatorio (22), entre otros antecedentes establecen que los exámenes serológicos practicados en los meses de enero a mayo de 1941 en individuos sometidos a examen de salud en el Consultorio Nº 1 y en la Clínica Cochrane dieron 2.183 reacciones positivas (lúes) sobre un total de 14.757, o sea, un 12,7%.

Otra experiencia interesante es la obtenida en el Departamento Médico del Servicio de Bienestar Estudiantil de la Universidad de Chile. Conforme a lo estipulado por el decreto Nº 175 de 28 de julio de 1933 todo candidato a alumno de primer año o el que por cualquier motivo se incorpore por primera vez a otros cursos, debe necesariamente someterse a un examen de salud para determinar si ésta es compatible con su calidad de estudiante universitario. Las estadísticas del sexenio comprendido entre los años 1937 y 1942 arrojan los siguientes resultados:

número de examinados	9.222
tuberculosis	323
sífilis	32
cardiopatías	58
hipertensión arterial	376
blenorragia	25
varicocele	369
hernias	77
agudeza visual alterada	1.643
dentadura mala o pésima	1.628

De los 323 tuberculosos:

tuberculosis inaparente activa	90
" inaparente inactiva	91
" activa, tratada	45
" inactiva, tratada	97

"El estudio de las cifras del detalle de la estadística de la tuberculosis —dice el jefe del departamento doctor don Miguel Acuña Z.— señala que entre cada cien examinados hay

(22) Rojas Carvajal (Dr. Alfredo) y Abrahamsohn (Dr. Humberto). La ley de medicina preventiva y la Caja de Seguro Obligatorio. Boletín Médico Social. Santiago, 1942, octubre.

por lo menos tres afectos de tuberculosis, de los cuales uno requiere tratamiento inmediato de cama o sanatorio; otro puede estudiar bajo la vigilancia de tratamiento médico y el tercero presenta lesiones cicatrizadas que no constituyen incapacidad. La labor más difícil y de responsabilidad del Servicio Médico radica en el hecho que el 50% de todos los afectados de tuberculosis no tienen conocimiento ni n u n c a h a n p r e s e n t a d o s í n t o m a s d e l a e n f e r m e d a d. En este último grupo se encuentra la mayoría de los que están absolutamente incapacitados para iniciar estudios universitarios" (23).

Todos estos datos son suficientes para demostrar la importancia extraordinaria del examen médico periódico en individuos aparentemente sanos; pero deseamos destacar otras cifras que corresponden a una de las instituciones especializadas de Estados Unidos en esta práctica médica. Se trata del Life Extension Institute —Instituto para la prolongación de la vida — que es un establecimiento equipado y dotado con todos los perfeccionamientos del arte médico, que cuenta con más de 100 médicos especializados en estos exámenes.

Los exámenes físicos o biológicos practicados en este Instituto demuestran que entre los sujetos supuestos sanos y aptos para el trabajo se encuentra que:

53 % presentaban una visión defectuosa,
44 % " una actitud defectuosa,
21 % " pié plano,
16 % " perturbación cardíaca,
12 % " lesiones asociadas del corazón, vasos y riñones,
25 % " lesiones arteriales manifiestas,
26 % " modificaciones importantes de la presión arterial.

Sobre 1.500 exámenes radioscópicos del tórax:

17 % han demostrado un corazón aumentado de tamaño,
15 % " " una tuberculosis antigua
4 % " " una tuberculosis en actividad,
5 % " " lesiones de los grandes vasos sanguíneos.

---

(23) Acuña Z. (doctor Miguel). Examen de salud de ingreso de los candidatos a alumnos de la Universidad de Chile. Santiago, 1943.

Sobre 4.100 individuos sometidos a examen radiográfico de la dentadura solamente se encontró 76 personas sanas; en 59% existían caries dentarias con compromiso de la pulpa y en 58% abcesos dentarios.

Todo lo que llevamos dicho nos demuestra que siendo la preocupación fundamental del centro de salud la conservación de ésta, debe necesariamente destacar como actividad preferente el examen periódico de salud que es el único capaz de revelar precozmente las enfermedades incipientes y demostrar que en el medio aparentemente sano existe un porcentaje considerable de individuos enfermos, como lo ponen de relieve las estadísticas que hemos señalado.

Ahora bien, este examen debe someterse a una pauta mínima cuyo esquema está representado así:

a) examen físico completo (incluso examen dental), del cual debe quedar constancia exacta en la observación clínica,
b) examen radioscópico del tórax,
c) reacción de kahn,
d) examen de orina, y
e) determinación del grupo sanguíneo.

datos que deberían ser anotados en un carnet sanitario, del cual fuera permanentemente portador el individuo examinado.

Los individuos que en este examen resulten sospechosos o confirmados de afecciones tuberculosas, venéreas, cardiovasculares u otras deberán ser enviados a los consultorios de la especialidad, en el mismo centro, los cuales se encargarán de su asistencia ulterior.

Atención de la madre

Nadie pretende discutir hoy día que para que la protección del hijo resulte eficaz es previo asegurar también la protección de la madre; así madre e hijo resultan términos inseparables. En un trabajo anterior expresé a este respecto: "El concepto actual que parte de lo biológico, tiende en lo asisten-

cial a crear la unidad materno-infantil (entre nosotros hablamos del binomio madre e hijo) que centralice bajo una dirección única todos los esfuerzos que tienen por objeto la protección conjunta del niño y de su madre. En el parto se separan físicamente madre e hijo, pero las leyes natural, moral y social imponen el mantenimiento de la unidad biológica, haciendo que por muchos meses al niño se le proteja directamente por sí mismo e indirectamente por su madre" (24).

La atención de la madre debe comenzar necesariamente en el período preconcepcional mediante el examen prenupcial, continuar durante todo el embarazo y asegurar con la mayor competencia y los mejores cuidados la asistencia del parto y post-partum.

Estiman los norteamericanos que los 2|3 de la mortinatalidad y mortalidad infantil de las primeras semanas son debidas a faltas graves en la asistencia de la madre y preferentemente en la atención prenatal.

Según los especialistas las causas de muerte de la madre y del producto de la concepción —antes o en el momento del nacimiento y aún en las primeras semanas siguientes a éste— pueden resumirse en los siguientes grupos etiológicos: toxemia, distocias, sífilis, surmenage maternal, infecciones e intoxicaciones crónicas, especialmente alcoholismo (25).

Ahora bien, proporcionando una adecuada asistencia durante el embarazo, desde los primeros meses —o a lo menos durante los últimos 5 meses—, en el parto y post-partum, se logra en la inmensa mayoría de los casos o prevenir o tratar con éxito los accidentes que derivan de las causas precedentemente mencionadas: abortos, eclampsia, distocias, infecciones puerperales, prematurez, infecciones del ombligo u otras del recién nacido, debilidad congénita, etc.

Obtenida de este modo la buena salud de la madre se si-

---

(24) Frakia (Elma). La enfermería y los Servicios de Beneficencia y Asistencia Social de Chile. Santiago, 1942.

(25) Aráoz Alfaro (Dr. Gregorio). Los centros de protección maternal e infantil. Montevideo, 1933.

guen necesariamente los mejores cuidados del hijo y se asegura la lactancia maternal que es la base primordial de su desarrollo normal.

Es el consultorio maternal (consultorio pre-natal o policlínico obstétrico) "el órgano especializado de la asistencia técnica, de la protección social y accesoriamente de la defensa jurídica" (26) de la mujer embarazada. Sus funciones pueden esquematizarse del siguente modo:

a) examen prenupcial,
b) control y racionalización de la procreación en los casos que existe indicación médica,
c) examen sistemático de la embarazada,
d) supervigilancia y asistencia técnica de las embarazadas normales y de aquellas cuyo tratamiento puede ser ambulatorio,
e) examen obstétrico y ginecológico de todas las mujeres que lo soliciten, desde el punto de vista de enfermedades susceptibles de interferir con la procreación,
f) atención del parto,
g) enseñanza y difusión de los conocimientos y práctica de la eugenesia y puericultura prenatal,
h) protección jurídica y social de la madre.

Algunos de estos rubros requieren algún comentario:

a) examen prenupcial

El Prof. Pinard decía: "El verdadero y único matrimonio digno de ese nombre, es decir, el que se contrae con miras de fundar una familia, es el que aquí tenemos en cuenta. Es el que toda sociedad llamada civilizada debe constituir y constituye, en efecto, el vínculo social esencial. No puede ni debe existir sino cuando los futuros esposos aportan mutuamente el capital que supera en valor a todos los demás capitales, cualquiera que sea la importancia de éstos: el capital biológico ancestral que se llama salud" (27).

---

(26) Turenne (Dr. Augusto). La asistencia maternal prenatal en Uruguay. Montevideo, 1937.

(27) Banu (Dr. G.). L'Hygiene de la race .París, 1929.

De aquí la preocupación de médicos y legisladores para establecer, previamente al matrimonio, que los contrayentes no presenten enfermedades ni taras susceptibles de disminuir el valor biológico de sus descendientes. Se trata con ello de proteger al individuo desde antes de su procreación, examinando la salud de sus procreadores.

El control de la nupcialidad reviste en los distintos países diversas modalidades, pero la más difundida es otorgar un certificado que solo sirva de información suficiente a los interesados, sin que se les imponga obligación alguna, pues se ha observado que la obligatoriedad del certificado o mejor dicho la coacción derivada del examen conduce habitualmente a aumentar las uniones ilegítimas que predisponen al abandono de los hijos.

Numerosos son los países que tienen establecida la obligatoriedad del examen prenupcial (Suecia, Noruega, Dinamarca, Yugoeslavia, Turquía, Alemania, Argentina desde 1934 y circunscrito a las enfermedades venéreas, etc.).

En Chile se dictó el 17 de marzo de 1925 el decreto-ley Nº 355 conocido con el nombre de Ley de la Raza, que posteriormente fué derogada por otras disposiciones legales. Fué en él donde se consultó por primera vez la obligación de los contrayentes varones (art. 87) de presentar el certificado prenupcial. Posteriormente, en 1938, el Ministro de Salubridad de aquella época doctor don Salvador Allende envió al Congreso Nacional un proyecto de ley sobre enfermedades venéreas en el cual se establece la obligación de los contrayentes de certificar previamente que ninguno de ellos padece de enfermedades venéreas en estado de contagio. En caso positivo el matrimonio se prohibe, salvo que se trate de matrimonios en artículo de muerte, o destinados a reparar los delitos de violación, rapto o estupro y que la mujer haya quedado embarazada, o bien, cuando se trate de legitimar la prole ya concebida o nacida.

Como resultado del examen se derivan 3 diversas situaciones:

1. el matrimonio definitivamente no puede efectuarse,
2. el matrimonio transitoriamente no puede celebrarse, o
3. el matrimonio es permitido.

Es curioso observar que nuestra ley de matrimonio civil (art. 21, Nº 10) establezca como causal de divorcio la "enfermedad grave, incurable y contagiosa" de uno de los contrayentes y no la haya considerado como impedimento para el matrimonio.

Cuando se hacen presente al espíritu los cuadros de la tuberculosis avanzada, las graves lesiones viscerales de la sífilis (aneurisma de la aorta, tabes, etc.), el cáncer incurable, las toxicomanías, especialmente el alcoholismo crónico inveterado, las psicosis incurables, etc., se comprende la dimensión importantísima que alcanza el examen prenupcial.

b) control y racionalización de los nacimientos

Entrar en este tema es pisar uno de los terrenos más ásperos y difíciles, pero desconocer la existencia del problema de las indicaciones de la limitación de la natalidad sería absurda ceguerra. En ningún modo participamos de los conceptos malthusianos ni mucho menos del neo-malthusianismo. Pero es evidente que si un trabajador tiene varios hijos y su salario es insuficiente para mantenerlos, su standard de vida insignificante, su alimentación escasa, su vestido casi inexistente, la presencia de un nuevo hijo es una tragedia que va a arrojar más víctimas a la miseria y va a aumentar la carga sobre la familia y la sociedad. Si existe el peligro cierto —y deseamos acentuar el término cierto— de enfermedad hereditaria o el de un estado patológico de la madre, incompatible con la gestación y el parto; todos ellos son factores que indican seguramente la limitación de la natalidad. Pero si se pretende generalizar estos casos y la limitación se extiende a formar un criterio individualista en el que el egoismo forma sino el único, el papel preponderante, la libertad para procrear se transforma en el más vil de los desenfrenos.

En consecuencia, cuando razones atendibles de miseria, de enfermedad o de herencia patológca amenazan que la procreación ha de ser fatal ya para el hijo, la madre, la familia o la sociedad, se impone la necesidad perfectamente moral de evitarla. Como estas condiciones de miseria, enfermedad o herencia patológica se presentan siempre en los inferiores sociales o físicos, la disminución de la natalidad cumple un fin eugénico.

Es evidente que la conciencia religiosa ha de chocar con ímpetu con este problema, cuando se le examina superficialmente, pero cuando se adentra en él se observa que la Iglesia Católica en forma alguna se ha opuesto sitemáticamente a las medidas eugenésicas. El eminente sacerdote jesuíta R. P. Valerio Fallón, profesor de economía social de la Facultad de Filosofía en Lovaina —citado por René Sand (28) —dice: "¿Acaso la moral obliga a multiplicar inconsideradamente y sin límite la población de un país, no obstante la perspectiva de la miseria, del hambre, de las enfermedades, de la debilidad y de la degeneración que deberían seguirla? ¿Obliga ella a los esposos a echar al mundo, sin cesar, olas de hijos cuyas necesidades serían incapaces de satisfacer? En modo alguno. La moral dice: si vosotros no estáis en condiciones de soportar adecuadamente las cargas del matrimonio, guardad la continencia. Ella dice a los esposos: usad del matrimonio con moderación. Tened presente las condiciones de salud de uno y otro y el bien de aquellos que nacerán de vosotros".

Indudablemente preconiza el método de la continencia periódica de Knaus-Ogino.

Sentadas estas premisas, se comprende que una sección que verifique seriamente desde el punto de vista médico y social la conveniencia de limitar la procreación, es fundamental en todo servicio destinado a supervigilar la salud de la madre y el porvenir de la raza.

---

(28) Sand (Dr. René). Loc. cit.

c) examen sitemático de la embarazada

Hemos manifestado precedentemente que tan solo proporcionando una adecuada atención durante el embarazo es posible controlar las alteraciones de una gestación patológica y prever los graves accidentes que suelen ocurrir en el curso del parto.

Las estadísticas demuestran fehacientemente que solo un escaso porcentaje de las parturientas que concurren a las maternidades han sido examinadas previamente durante su embarazo y que si tal hubiera ocurrido graves complicaciones pudieron haberse evitado.

En realidad es el examen sistemático el que permite captar las enfermedades de trascendencia social, reconocer opotunamente los estados patológicos que complican el embarazo, las distocias, etc.

La necesidad de tal examen ha movido a más de alguien a proponer la declaración obligatoria del embarazo: "La declaración obligatoria del embarazo permite, a nuestro juicio, orientar la lucha persuasiva en mejor forma por intermedio de la enfermera sanitaria. Visitando a la embarazada en su domicilio, podrá este funcionario hacer comprender a la mujer, la necesidad de practicarse un reconocimiento serológico cuanto antes. Para el caso que una futura madre se negare a someterse a dicho examen, estimo debiera incluirse en el Código Penal disposiciones que la hagan responsable de la integridad física y moral de sus hijos" (29).

Es de toda lógica que la madre concurra al examen desde el momento mismo de la concepción. Las normas habituales de los centros maternales exijan que este examen se practique una vez al mes, hasta el 7° mes del embarazo, siempre que no exista una indicación precisa de realizarlo con mayor frecuencia, y a partir de este período, cada 15 días.

El examen debe comprender necesariamente:

---

(29) Coutts (Dr. Waldemar E.). La declaración obligatoria del embarazo. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1931, marzo.

1. diagnóstico real del embarazo,
2. medidas pelvimétricas tanto externas como internas,
3. examen dental,
4. medición de la presión arterial, que adquiere su máximo valor en la etapa final del embarazo,
5. examen de orina; cada vez que la embarazada consulte,
6. reacción de Kahn.
7. vigilancia de la situación del feto, en los dos últimos meses, y
8. determinación del grupo sanguíneo.

Fuera de este examen debe aprovecharse la consulta para inculcar hábitos higiénicos en la embarazada (cuando el centro de salud dispone de baños públicos, la práctica del aseo corporal es de rigor), examen de la cavidad bucal y tratamiento dental obligatorio, regulación del régimen alimenticio (cabe recordar que los excesivos aportes de albúmina en la segunda mitad del embarazo, contribuyen a mantener las toxemias, y que la necesidad de una alimentación rica en fosfatos, calcio y vitaminas es primordial durante el embarazo, etc.

d) atención del parto

Es acentuada tendencia de carácter universal reservar las maternidades para las primíparas, partos complicados o sus complicaciones y efectuar la asistencia del parto de las multíparas, que se supone normal, en el domicilio de la enferma,

Con ello se obtiene considerables ventajas; desde luego se logra un mejor aprovechamiento de las camas de las maternidades cuya cabida es insuficiente para atender la población y la madre no se desvincula de su hogar. Ya en 1931 decía el Prof. Carlos Mönckeberg: "No es, pues, solución perfecta del problema la creación de asilos maternales, porque ellos obligan a la madre a separarse de sus hijos y abandonar su casa donde su presencia es necesaria en absoluto. El medio de obviar la dificultad es la asistencia domiciliaria de todos los partos cuya atención no exige, por complicación especial, el ingreso de la madre en una maternidad. La buena asistencia domiciliaria es superior a la asistencia en la maternidad. Desde el punto de vista clínico, porque hay menor peligro de in-

fecciones, como lo demuestran todas las estadísticas. Desde el punto de vista social, porque no se obliga a la madre a abandonar sus hijos y su casa". "Crear el servicio de asistencia domiciliaria combinado con los policlínicos obstétricos; ese es el ideal y realizándolo harán obra eficaz de puericultura pre-natal" (31).

La experiencia realizada en nuestro país en materia de atención domiciliaria es suficiente para estimarla eficaz. Desde largos años la practican las maternidades de los hospitales San Borja, Deformes (Valparaíso), Barros Luco, etc.

Naturalmente que la atención de partos a domicilio dependiente de un centro de salud debe quedar circunscrita al sector de la población que le está señalado y a las embarazadas atendidas por el consultorio maternal. Que ella se efectúe por matronas funcionarias o privadas, no juega en este caso, aún cuando todo parece inclinarse a preferir la asistencia por matronas particulares que reciban una suma prefijada por atención completa de parto. Esta atención debe quedar sometida a la supervigilancia de un médico tocólogo, quien necesariamente debe visitar y examinar a la puérpera durante la evolución de su puerperio.

Otra atención que corresponde de pleno al centro de salud es la asistencia domiciliaria de las puérperas cuyo parto se ha verificado en las maternidades, pero en las cuales han sido dadas de alta precozmente, al 4º ó 5º día. Este sistema permite igualmente un mejor aprovechamiento de las camas de las secciones de obstetricia y las estadísticas demuestran técnicamente su eficacia. Los ensayos practicados en gran escala en el Hospital Barros Luco y especialmente en el Enrique Deformes de Valparaíso así lo corroboran.

e) protección jurídica y social de la madre

Fué Stewart quién expresó: "puede haber padres ilegítimos, pero no hijos ilegítimos". Esta sola frase representa

---

(30) Mönckeberg (Profesor). Boletín anual de la Clínica Obstétrica. Santiago, 1931-1932.

todo un programa de acción que corresponde de pleno al servicio social del centro de salud: involucra ese gran rubro de nuestros males sociales que se conocen con el nombre de la madre soltera y por ende del hijo abandonado, causa primera de nuestro elevado índice de mortalidad infantil.

Si a ello unimos el abandono de la madre legítima, que no recibe de su esposo lo indispensable para su sustento y el de sus hijos; la imperiosa necesidad de hacer cumplir las leyes de protección social de la obrera embarazada que le conceden un mes de reposo, con goce de sueldo, antes y después del parto y si comprendemos exactamente qué estrecho vínculo une la situación económica a la génesis y desarrollo de las enfermedades propias de la maternidad y de la infancia, concluiremos que la labor del centro de salud será estéril si la atención médica de la embarazada no se complementa con su protección jurídica y social.

Atención del hijo

Es sabido que nuestros índices de mortalidad infantil son los más elevados del mundo. Según estadísticas de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones (31) formadas inmediatamente antes del estallido de la actual guerra mundial, los promedios de varios años para diversos países eran los siguientes, que representan la tasa de mortalidad por debajo de un año y en relación con 1.000 nacidos vivos:

Holanda	34
Noruega	42
Suiza	43
Estados Unidos	48
Gran Bretaña	55
Dinamarca	58
Alemania	60
Canadá	62
Irlanda	65
Francia	67
Finlandia	68

(31) Anuario Estadístico de la Sociedad de las Naciones (1939-40). Ginebra, 1940.

Bélgica	72
Austria	74
Argentina	92
Italia	97
Uruguay	99
Guatemala	101
Palestina	107
Japón	114
Salvador	117
España	119
Checoeslovaquia	121
Grecia	122
Hungría	125
Méjico	136
Bulgaria	138
Venezuela	139
Portugal	139
Costa Rica	140
Polonia	140
Ecuador	142
Yugoeslavia	144
Egipto	163
Ceylan	166
Indias Británicas	167
Rumania	176
CHILE	225

Luchar contra la mortalidad infantil supone no solo poner en juego los medios médicos, sino también los económicos y sociales. La posibilidad de conjugarlos encuentra su mejor expresión en el centro de salud; es el consultorio infantil el medio más práctico, más eficaz para vigilar la crianza y el desarrollo del niño, proporcionar a la madre los principios de higiene y puericultura, estimular la lactancia materna ya que el pecho es el único alimento capaz de dar un rendimiento fisiológico y poner, así, al niño a cubierto de los trastornos nutritivos que contribuyen con tan elevada mortalidad en nuestra población infantil.

Para realizar adecuadamente la asistencia infantil el centro de salud debe necesariamente seguir una pauta que podríamos esquematizar así:

a) inscripción de todos los niños nacidos en el sector

Para ello el centro debe entrar en contacto con la Oficina del Registro Civil, con la o las Parroquias del distrito y como de modo habitual ocurre que la inscripción civil o el bautismo se efectúan trascurridos varios meses desde el nacimiento, es imprescindible obtener de las maternidades y de las matronas privadas el aviso de los partos que atiendan, de mujeres que viven en el sector.

Hemos dicho en otra oportunidad que dado nuestro grado de cultura ningún instituto asistencial puede esperar con quietud estática que el individuo venga a él para atenderlo; hay que volcar la acción del centro hacia la calle e ir a la búsqueda de la madre y del hijo.

Inscrito el niño deberá ser sometido a examen clínico minucioso e iniciar la ficha individual que debe acompañar al niñño a través de todas sus etapas (lactante, pre-escolar, escolar y adolescente) hasta alcanzar la edad adulta.

b) control periódico

Es el único medio de vigilar la crianza y el desarrollo del niño. El control pondo-estatural y del estado nutritivo debe efectuarse cada 15 días en los niños sometidos a alimentación materna exclusiva; cada 10 en los que se encuentran con alimentación mixta y artificial y en los distróficos en general y cada 8 días en los prematuros y distróficos avanzados.

Un plazo más prolongado acarrearía inconvenientes graves: desde luego se ha observado que la madre pierde su interés por concurrir al servicio y por otra parte podrían cambiar fundamentalmente las condiciones del estado nutritivo a causas de trasgresiones alimenticias y por lo tardía ser ineficaz la acción del consultorio preventivo y, además, podrían aparecer enfermedades intercurrentes que es necesario diagnosticar precozmente.

La experiencia ha demostrado que el personal técnico necesario para este control es de un médico, una enfermera y

una asistente social por cada 250 niños inscritos. Un equipo bien entrenado puede alcanzar, durante 2 horas, a atender 60 ó 70 niños: "este número, al parecer excesivo, puede alcanzarse gracias a la labor permanente de control e inspección de los niños y consejos a las madres" expresa el Prof. doctor Aníbal Ariztía, refiriéndose al consultorio de lactantes del IX distrito de Hamburgo (32).

c) exámenes complementarios

Es necesario aprovechar la concurrencia de la madre al consultorio para proceder a su examen especialmente desde el punto de vista de la tuberculosis y de la sífilis y si es menester y posible, al del padre.

La prueba de la tuberculina será de rigor y en caso de positividad se adoptarán todas las medidas para eliminár las fuentes de contagio.

d) alimentación

No puede hablarse de labor preventiva sino se considera el problema de la alimentación infantil, que reviste un doble aspecto, tanto de cantidad como de calidad.

En 1931 se efectuó en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay una encuesta sobre mortalidad infantil bajo los auspicios de la Sociedad de las Naciones y a cargo de los doctores Debré y Olsen. Ellos concluyeron que en los distritos de alta mortalidad (Chile) los factores preponderantes son las enfermedades de las vías digestivas y enfermedades infecciosas; en cuanto a las primeras explican su frecuencia y gravedad porque en muchas partes se asocia la acción del clima a errores groseros de alimentación, pésimos cuidados, administración de leche de mala calidad, o bien falta de ella (33).

---

(32) Ariztía (Dr. Aníbal). La asistencia médico social de la infancia en algunos países europeos. Revista de Asitencia Social, 1937, núm. 4.

(33) Debré (Dr. Robert) y Olsen (Dr. O. E. W.). Les enquétes entreprises en Amérique du Sud sur la mortalité infantile. Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. 1931, N° 3.

El estímulo de la lactancia materna es fundamental pues ella es la única capaz de dar un rendimiento fisiológico. Pero cuando ésta es insuficiente o no es posible, es obligación del centro proporcionar la leche (fresca, desecada, etc.) o buscar las conexiones con las instituciones capaces de suministrarla.

Por otra parte, ningún consultorio preventivo podría eximirse de poseer una cocina de leche a cargo de una enfermera especializada en dietética infantil para instruir a las madres en la preparación de los distintos de tipos de mamaderas y alimentos.

e) extensión asistencial

Mucho se ha discutido si un centro de salud debe atender enfermos o no, pero aún no se ha logrado unanimidad en los pareceres. Así hemos visto, cuando citamos la opinión de Mme. Gonse Boas, que era aceptable la existencia de consultorios externos de medicina, cirugía, atención de primeros auxilios, etc., mientras otros eran categóricos en estipular que el centro no debe tener acción curativa sino para las afecciones cuya profilaxis exige el tratamiento de los individuos contagiosos. Nosotros pensamos que frente a las modalidades de nuestro ambiente de la clase popular, a su escaso grado de cultura, la anexión de un servicio curativo es un estímulo para la concurrencia periódica la cual a su vez, debe ser aprovechada por los servicios preventivos.

Es por ello que creemos que un consultorio de pediatría para niños enfermos es un complemento necesario en todo centro de salud, y que su acción debe extenderse hacia el hogar a través de la enfermera. La atención domiciliaria del lactante enfermo ha sido preconizada en todos los países y por todos los pediatras. "Con todos estos progresos médicos e higiénicos —ha dicho el gran pediatra uruguayo Profesor Morquio— la hospitalización del lactante ha disminuído sus peligros, pero quedan subsistentes inconvenientes prácticos y morales, por lo cual ella no representa sino un procedimiento de excepción, que debe ser

llenado dentro de indicaciones especiales, porque sus resultados son y serán siempre inferiores, de una manera general, a la asistencia domiciliaria" (34).

Esta asistencia domiciliaria que debe quedar sometida a la vigilancia de la enfermera, permite a ésta realizar o supervigilar las prescripciones médicas, introducir en el hogar los principios de la higiene, enseñar a la madre la preparación de las mamaderas y alimentos ordenados por el facultativo, hospitalizar al niño, si complicaciones surgidas en el curso de la enfermedad así lo requieren.

Además el centro debe mantener conexiones por medio del servicio de enfermería con instituciones de asistencia infantil semiabiertas o cerradas: consultorios curativos especializados, hospitales, preventorios, colonias de restablecimiento, asilos, orfelinatos, servicios de colocación familiar, etc. Sin este contacto su acción se verá a menudo esterilizada.

f) divulgación higiénica y práctica de la pericultura

Los errores que habitualmente encontramos en la crianza de los niños se deben de modo casi exclusivo a la ignorancia de sus madres; de aquí que sea indispensable educarlas. Es evidente que el centro de salud constituye el mejor instrumento para realizar la enseñanza de la puericultura que debe estar a cargo de una enfermera especializada y efectuarse sitemáticamente por pequeños grupos, debiendo ser un poco teórica y un mucho práctica. Ella debe comprender la alimentación natural, la alimentación mixta y artificial, la manera de preparar las mamaderas (ya dijimos que todo centro debe poseer una cocina de leche), cocimientos especiales, sopas, purées, budines, etc.; el baño del niño (es indispensable que anexo al consultorio exista una sala de baños); debe instalarse un ropero infantil donde se enseñe a las madres la confección de prendas de vestir higiénicas, adecuadas y al alcance del presupuesto familiar; debe

(34) Morquio (Profesor doctor Luis). Sobre asitencia de lactantes. Conferencia en el Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura de Montevideo, 1935.

instruírseles en la observación y cuidado del niño sano y del niño enfermo, la manera de hacer fricciones, envolturas simples y sinapizadas, cataplasmas, etc.

Será de gran utilidad anexar un museo que muestre en moldes de cera las lesiones producidas por la sífilis.

g) atención del pre-escolar

La asistencia del niño en el consultorio de lactantes debe prolongarse hasta los 2 años; ponerle término con anterioridad es exponerse a graves peligros, pues es esa la época del raquitismo, de las enfermedades infecto-contagiosas agudas y cuando los trastornos digestivos derivados de errores dietéticos producen el más alto índice de mortalidad. Pero a partir de esta época el niño queda abandonado y requiere ser asistido integralmente —social, higiénica y pedagógicamente— y ningún instrumento se ha señalado más eficaz para cumplir esta tarea que el jardín infantil. El desideratum sería que un jardín, adecuadamente instalado y dirigido, funcionase anexo al centro de salud, pero si ello no es posible, es indispensable que los servicios de enfermería o social busquen las conexiones para que el niño al abandonar el consultorio de lactantes pase a un jardín infantil.

h) atención del escolar

Llegado el niño a la edad escolar debe automáticamente pasar al control del servicio médico escolar. Todo centro de salud debe asumir esta función dentro de su sector. En tal virtud le coresponde la revisión periódica de la salud de los escolares y prestarles atención médica en caso de necesidad.

El servicio médico escolar debe llevar a cada niño una ficha individual —que debe ir anexada a la que viene del consultorio de lactantes y del servicio de pre-escolares, si éste funciona en el propio centro de salud— y de este modo el niño no pierde durante toda su vida la continuidad del control a que ha estado sometido.

A este servicio le coresponde, además, toda la labor inspectiva de los locales escolares y el control sistemático de la salud de los maestros.

Atención del tuberculoso

Nada agregaremos a lo dicho en un trabajo anterior (35) sobre asistencia del tuberculoso y nos limitaremos a trascribirlo casi textualmente.

Se comprende que el ideal en la lucha antituberculosa directa es localizar todos los focos de contagio, precisar el diagnóstico lo más temprano posible, tanto en interés del enfermo como del medio en que vive. El centro de salud debe organizar un dispensario antituberculoso el cual examina a todos los enfermos que llegan a él, a las personas que constituyen su medio y dentro de lo posible a los grupos (escolares, obreros, etc.) que aparentemente son sanos. El catastro torácico roentgen-fotográfico (método de Abreu), que empieza a difundirse en otros países como Brasil y Argentina, constituirá en el día de mañana una labor de rutina para todo servicio preventivo, pero para que sea útil deberá quedar circunscrito a una área geográfica determinada, al sector cuyo estado sanitario es de responsabilidad del centro de salud. En este sentido el dispensario es un centro de pesquisa y de diagnóstico.

Es igualmente un centro de selección y de colocación. Cuando el enfermo es curable, el aislamiento y el tratamiento del tuberculoso en un establecimiento de cura es, en principio, la solución ideal, pues suprime toda posibilidad de contagio en el medio familiar y asegura al paciente las mejores expectativas de curación. Corresponde al dispensario seleccionar el enfermo curable y procurarle cabida en el hospital o en el sanatorio. Desgraciadamente, intervienen a menudo cuestiones sociales y familiares que hacen difícil este desideratum y debe el médico, informado por la enfermera, resolver lo pertinente en cada caso.

---

(35) Frakia (Elma). Loc. cit.

Si el tuberculoso está obligado a cuidarse en su domicilio, el dispensario debe vigilar su tratamiento y asegurar todas las medidas de higiene necesarias, por intermedio del servicio de enfermería, para impedir el contagio. Este enfermo en cura libre debe seguir su tratamiento higieno-dietético. Tanto la adopción de las medidas profilácticas como la supervigilancia del tratamiento y del reposo corresponden de lleno a la enfermera; más aún, como el reposo además de ser físico es también moral e intelectual, debe la enfermera crear alrededor del tuberculoso una atmósfera de calma, de serenidad, de confianza y de alegría. Así cumple el dispensario su función de centro de profilaxis y de vigilancia.

No basta aconsejar al tuberculoso que cese en su trabajo, que tenga reposo absoluto, que vaya a un establecimiento de cura. Es necesario que el dispensario efectúe todas las tramitaciones necesarias para hospitalizar al enfermo y sobre todo que le dé la certidumbre de que en su ausencia se preocupará, por medio del servicio social, de satisfacer las necesidades de su familia. En consecuencia, es un centro de asistencia.

Por principio el dispensario no efectúa tratamiento, pero los progresos efectuados en la aplicación del neumotórax artificial, han modificado en la actualidad, a lo menos en parte, el concepto del dispensario y hoy se admite que la práctica del neumotórax ambulatorio le pertenece y, por lo tanto, debe agregarse que el dispensario antituberculoso es también un centro de tratamiento.

Cualesquiera que sean las actividades del dispensario, el mayor o menor desarrollo que se les dé, se observa que sin el concurso de la enfermera su radio de acción se reduce a límites que restan toda eficiencia a sus servicios. Es por ello que un gran tisiólogo francés de renombre universal —Bernard— ha podido decir que el dispensario antituberculoso es función de la capacidad de la enfermera.

Atención del venéreo

El centro de salud debe prestar atención a todos los enfermos venéreos que se presenten al consultorio especializado y tomando esta asistencia como punto de partida y considerando que la lucha antivenérea es fundamentalmente epidemiológica debe ir a la búsqueda de las fuentes de contagio y de los posibles contagiados (todas las personas con quienes hubo relaciones sexuales en el período de incubación y de desarrollo de la enfermedad) por intermedio del servicio de enfermería, para reconstituir así los eslabones de las denominadas cadenas venéreas y proceder también a su tratamiento, base de la profilaxis.

Incumbe también al centro de salud efectuar el control serológico de toda la población de su sector. Al preocuparnos del examen periódico de salud vimos su extraordinaria importancia y recordemos una vez más que una estadística de la Caja de Seguro Obligatorio referida a 14.757 exámenes serológicos practicados en conformidad a la ley de medicina preventiva en los 5 primeros meses de 1941 demostró un total de 12,7% resultados positivos frente a la sífilis.

Por otra parte, es función del centro procurar el aislamiento de los enfermos en estado de contagio venéreo y para ello es previo concertar un acuerdo con los establecimientos hospitalarios para obtener un número suficiente de camas que permita la hospitalización oportuna.

El centro debe mantener, por medio de su servicio de enfermería, un control permanente sobre los enfermos en tratamiento para asegurar su continuidad y además sobre aquellos que han sido dados de alta para examinarlos periódicamente desde el punto de vista clínico y serológico.

En algunos países la actividad del centro de salud, en este aspecto, se extiende al control de la prostitución. Es necesario decir algunas palabras. Es indiscutible que la prostitución constituye la fuente de contagio más importante de las enfermedades venéreas. En 1935 el Departamento de Higiene Social de la Dirección General de Sanidad de nuestro país examinó

a 9.564 prostitutas inscritas y encontró 4.398 contagiosas, o sea, un 46,41%:

blenorragia aguda	1.234	26,12%
blenorragia crónica	1.221	
sífilis primaria	383	
sífilis secundaria	1.056	17,06%
sífilis terciaria	194	
chancro blando	255	2,66%
enfermedad de Nicolas-Favre	55	0,57%

Estos datos se refieren exclusivamente a las prostitutas inscritas, pero al lado de ellas existen en mucho mayor número las clandestinas que ejercen el comercio sexual, al margen de toda disposición legal o reglamentaria.

El Departamento mencionado, en el mismo año efectuó la búsqueda de los focos que habían infectado a los enfermos llegados a sus servicios y encontró:

prostitutas	58,96%
esposas legítimas	2,07%
hijas de familia	37,85%
queridas	2,54%
homosexuales	0,56%

El Código Sanitario promulgado en 1925 (Código de Long) prohibió en su título IV, de modo categórico, la existencia de la prostitución reglamentada. El Código Sanitario vigente, desde 1931, sólo hace una referencia al problema de la prostitución en su art. 73 que textualmente dice así:

> "Un reglamento fijará las condiciones en que se podrá examinar, obligar a tratarse o internar para su curación a las personas que se dedican al comercio sexual o a aquellas afectadas de males venéreos que constituyen una amenaza para la salubridad pública".
> "Para las personas que se dedican al comercio sexual se llevará una estadística sanitaria, no permitiéndose su agrupación en prostíbulos cerrados o casas de tolerancia".
> "La vigilancia del cumplimiento del inciso precedente corresponde a las Prefecturas de Carabineros, las cuales podrán ordenar la clausura de los locales en que funcionen dichos prostíbulos".

Como se vé, la actual legislación entre nosotros no permite la existencia del prostíbulo colectivo, pero haciendo una interpretación forzada de la frase "se llevará una estadística sanitaria" que dice relación con las personas que se dedican al comercio sexual y la otra que autoriza, pero no obliga, a cerrar los prostíbulos, éstos prácticamente subsisten.

En virtud de este artículo se dictó el Reglamento sobre Profiláxis de Enfermedades Venéreas por Decreto Supremo Nº 147 de abril de 1934 que fué complementado por una orden administrativa de la Dirección General de Sanidad (Nº 3 de septiembre del mismo año). El Reglamento se divide en 3 párrafos que tratan respectivamente de la educación sexual, de la denuncia venérea y del comercio sexual.

Este último párrafo establece que no podrán ejercer la prostitución las mujeres menores de 20 años y que las que teniendo ésta o más edad, se dediquen a ella, deberán declararlo a los Carabineros quienes llevarán el registro correspondiente. Quedan las prostitutas obligadas a pasar visita sanitaria de control en los dispensarios de higiene social y no obstante que el Código prohibe la casa de tolerancia, este reglamento, en su art. 23, la define diciendo que "es prostíbulo o casa de tolerancia todo local o habitación donde residen dos o más mujeres con el fin de ejercer en ellos comercio sexual".

Además este párrafo crea el servicio inspectivo y la visita sanitaria médica de control; establece que el denuncio a las infracciones correrá de cargo de Carabineros y transforma a éstos en policía de costumbres al encargarles que apliquen disposiciones del Código Penal a todas las mujeres que públicamente incurrieren en delitos y faltas contra las buenas costumbres.

Para la aplicación de este reglamento se ha creado en Santiago la Oficina de la Denuncia Venérea y del Comercio Sexual dependiente del Departamento de Higiene Social de la Dirección General de Sanidad. En provincias la prostitución está controlada en su aspecto sanitario por los médicos de sanidad ayudados por los inspectores de la denuncia venérea y comercio sexual.

¿Cuál ha sido el resultado de la reglamentación en Chile?

Los fines que se propone la reglamentación son:

1. reducir la prostitución,
2. combatirla por medio del control e impedir el clandestinaje,
3. impedir la prostitución de menores, y
4. combatir las enfermedades venéreas.

Desde luego debemos reconocer que la prostitución lejos de disminuir va en aumento. En 1917 Santiago contaba con 313 prostitutas inscritas; en 1925 había 1,261 y en 1937 existían 4,006. El doctor don Jorge Acharán Henríquez que en una época desempeñó las funciones de Jefe de la Denuncia Venérea y Comercio Sexual en Santiago, estimaba en 1937 que el número de prostitutas entre inscritas y clandestinas no era inferior a 8.000.

En cuanto al control de las prostitutas el propio Dr. Acharán señalaba que de las 4.006 prostitutas inscritas en el año indicado solo pasaban su visita de control 1.207 mujeres y ponía de relieve que tal control era ilusorio, pues cada médico disponía de un "término medio de 3,7 minutos de tiempo para la atención de cada mujer, debiendo él introducir los aparatos de examen, timbrar, fechar y firmar las tarjetas y todavía hacer las anotaciones correspondientes en las fichas personales" (36).

Por lo demás este hecho es de carácter universal. Así Blasko concluye que el tiempo destinado al examen de prostitutas en diversas ciudades europeas es escasísimo:

París	1 1|2 minutos
Budapest	2
Leningrado	3
Berlín	2
Burdeos	2

Respecto de la posibilidad de que la reglamentación impida la prostitución de menores, debemos puntualizar que nuestras estadísticas revelan que en el país más del 20% de las prostitutas es menor de edad.

Pero el punto más interesante es conocer de que modo la reglamentación favorece la lucha antivenérea.

---

(36) Acharán (Dr. Jorge). Conceptos sobre la prostitución y su estado actual en Chile. Santiago, 1937.

Hemos visto ya que prácticamente el servicio sanitario creado por el Reglamento apenas logra controlar la octava parte de las mujeres que se dedican al comercio sexual (1.207 mujeres controladas entre 8.000 prostitutas), que el examen de las que pretende controlar es rápido, sumario, insuficiente y, por lo tanto, habitualmente ineficaz y no obstante la prostituta queda en posesión de un certificado que durante una semana, a lo menos, le permite demostrar al cliente que no se encuentra en estado de contagio en circunstancias que 24 horas después del examen puede estarlo.

En 1926 el doctor don Luis Prunés (37) encontraba que un 46,08% de las prostitutas inscritas en Santiago estaba infectado con enfermedades venéreas; en 1936 el doctor don Hernán Moya (38) obtiene de las estadísticas un porcentaje de 52,46% y un año más tarde el Dr. Acharán concluye que se encuentra contaminado el 52,96%. En consecuencia, no obstante la reglamentación, la prostitución y los focos de contagio han aumentado.

Desde el punto de vista sanitario dos sistemas son los que imperan frente a la prostitución: el reglamentacionista y el abolicionista. Ya hemos pasado en revista los escasos, mejor dicho, contraproducentes resultados de la reglamentación.

El sistema abolicionista, hay que repetirlo hasta la saciedad, no pretende como algunos lo creen la abolición de la prostitución: ésta sigue siendo un mal real, imposible de extirpar, a lo menos por ahora. En consecuencia, al hablar de abolición todos los tratadistas se refieren a la abolición de las leyes, reglamentos y ordenanzas que la reconocen, permiten y regulan.

El abolicionismo, mejor llamado hoy día "neo-abolicionismo" tiene como finalidad suprimir la prostitución reglamentada por inútil, por propagar las enfermedades venéreas y adopta frente a éstas una posición lógica: asimila su lucha a la lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas agudas generales,

---

(37) Prunés (Dr. Luis). La prostitución. Santiago, 1926.

(38) Moya Bravo (Hernán). Contribución al estudio de la prostitución y del delito de contagio venéreo. Santiago, 1936.

tratando de descubrir los focos de contagio, aislándolos y tratándolos. Es decir, como lo expresamos precedentemente, adopta el criterio epidemiológico.

Sería absurdo pensar que suprimido el prostíbulo colectivo termina el comercio sexual; éste continuará efectuándose y siempre permanecerá como una de las fuentes principales de contagio. En consecuencia, debe establecerse la declaración obligatoria de las enfermedades venéreas e investigarse los focos de contagio en forma bisexual.

Es exactamente en este punto donde la acción del centro de salud adquiere su máxima dimensión: a él le corresponde individualizar el foco, obligarlo a tratarse y para ello es fundamental que los servicios del consultorio de enfermedades venéreas, sean absolutamente gratuitos.

Nos hemos extendido en este problema de la prostitución más allá de lo que hubiéramos deseado, justamente para acentuar que la lucha antivenérea no puede producir resultados satisfactorios sino se emprende con criterio epidemiológico.

Corresponde al centro de salud en este aspecto de sus actividades ser el eje de la propaganda profiláctica general por medio de una bien organizada educación sanitaria que comprenda la educación sexual, la propaganda por medio de conferencias, films, affiches, folletos, museos, difusión de preparados profilácticos de eficacia reconocida, etc.

Por último es indispensable hacer presente que en los servicios de medicina preventiva, cualquiera que sea la especialidad, para poder obtener material escrutable para los estudios bio-estadísticos, sin los cuales no se comprende ninguna organización, es fundamental que existan normas uniformes, pautas standardizadas de examen, clasificación diagnóstica y terapéutica que sirvan además de base de comparación en los resultados alcanzados.

Para tal efecto, podrían adoptarse las normas que han dictado diversas instituciones de previsión social (Caja de Empleados Públicos y Periodistas y Caja de Empleados Particulares, Caja de Seguro Obligatorio), Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, etc.

Lucha contra las enfermedades infecto contagiosas agudas

Las enfermedades infecto-contagiosa agudas constituyen en Chile uno de los rubros más importantes de morbilidad y uno de los más elevados de mortalidad. Desgraciadamente nuestras estadísticas sanitarias adolecen de graves errores que derivan del incumplimiento de la denuncia obligatoria y de las inscripciones de defunción sin certificado médico. A pesar de ello puede afirmarse que excluídas la tuberculosis y la sífilis, anualmente se producen en el país 10.000 defunciones debidas a enfermedades infecciosas (39). En otros países la lucha contra las enfermedaes trasmisibles, el mejoramiento sanitario (habitación, alimentación, agua potable, alcantarillado, etc.), la mayor cultura, han permitido el desplazamiento de las enfermedades infecciosas y otras han venido a ocupar su lugar en cuanto a la frecuencia; así en un período de 30 años en Estados Unidos y Canadá ocupan hoy día el 7º u 8º lugar habiendo cedido el paso a las cardiopatías y al cáncer (40).

Frente a esta lucha la epidemiología adquiere un rol preponderante. Desgraciadamente su finalidad no es exactamente conocida y apreciada por todos y cuando se habla de ella muchos piensan que su objeto exclusivo es formar estadísticas. Como su nombre lo indica con toda claridad la epidemiología tiene por fin estudiar las epidemias, es decir, las enfermedades infecciosas colectivas y su estudio "no es un fin en sí mismo, sino un medio; el prefacio necesario de la profiláxis" (41).

La profiláxis de las enfermedades infecto-contagiosas agudas se ha ido modificando a través de los años. Antes se creyó que centrando la profiláxis sobre el enfermo, se obtenía una base suficiente y eficaz, pero hoy sabemos "que el hombre

---

(39) Palma (Dr. Jorge). El problema de las enfermedades infecto-contagiosas. Boletín Médico Social. Santiago, 1940, Nº 70.

(40) Acuña Z. (Dr. Miguel). El problema de las enfermedades crónicas en Estados Unidos de Norte América. Revista de Asistencia Social. 1941, Nº 3.

(41) Melnotte (Dr. P.). Les bases actuelles de l'epidemiologie et de la prophilaxie. Revue d'Hygiène et de Medecine Sociales. 1937, abril

mismo es el reservorio de la mayor parte de las enfermedades infecciosas y la atención se ha desplazado desde el ambiente hacia el portador" (42) y entonces son los portadores de gérmenes, los casos sopechosos, los enfermos inaparentes, el elemento que exije ser dominado.

Corresponde al centro de salud en esta lucha una acción indiscutida: asumir el control de las enfermedades infecto-contagiosas agudas dentro de su distrito.

La profiláxis del contagio propiamente tal supone una serie de medidas concurrentes.

a) verificación de denuncias. El centro de salud, de acuerdo con la autoridad sanitaria, debe recibir el denuncio de todo caso sospechoso o confirmado atendido por un médico, en conformidad a las disposiciones del Código Sanitario, todo aviso que dé el público personalmente o por teléfono, conocer oportunamente los casos de fallecimientos de enfermos infecciosos que ocurran en su sector y efectuar las visitas correspondientes a cargo de un médico y una enfermera.

En caso de enfermedad se deberán efectuar todos los exámenes que en el más breve plazo permitan llegar a un diagnóstico cierto y en posesión de éste, o aún de una simple sospecha se procederá al

b) aislamiento del enfermo. Este deberá realizarse preferentemente en un hospital, general o especial, o bien, en su propio domicilio, si las condiciones para prevenir el contagio son realizables, bajo el control de una enfermera del centro de salud.

c) adopción de todas las medidas profilácticas, especialmente la desinfección concurrente de las secreciones y excreciones.

Todo enfermo es un reservorio evidente de virus, pero al

---

(42) Hackett (Dr. Lewis W.). Orientaciones modernas en la salubridad. Conferencia dictada en la Universidad de Chile. 1941.

lado o a continuación de él hay reservorios probables y posibles. Desde luego se debe suponer vector del contagio a los convalecientes, pues, siempre son portadores de gérmenes durante un cierto tiempo. Es corriente, dar término al aislamiento del enfermo junto con su curación clínica, pero ello no indica que haya terminado el peligro del contagio. Es por esto que deben quedar sometidos a control del centro, en la medida que la persuasión sobre el enfermo lo haga posible, ya que no es aplicable ninguna acción coercitiva.

Son reservorios probables los individuos que han entrado en contacto con un enfermo o un convaleciente contagioso. Tales son, de modo habitual, los parientes, los que conviven en una misma pieza, los compañeros de escuela, de trabajo: son los contactos, cuya investigación ha permitido disminuir el volumen de las epidemias de tifus exantemático. Procurar el aislamiento de estos individuos durante el período de incubación es una tarea que necesariamente debe realizarse.

El enfermo frustro, el enfermo inaparente escapa casi siempre; el portador de gérmenes suele oponer una barrera a los mejores esfuerzos diagnósticos y profilácticos; queda aún al centro de salud otro campo ampliamente abierto: la inmunización colectiva, a lo menos contra las enfermedades más difundidas (viruela, difteria, fiebre tifoídea, etc.).

Desde 1936 no se ha presentado en el país ningún caso de viruela y desde 1928 ninguno en la provincia de Santiago. Un estudio efectuado en el Servicio Nacional de Salubridad (43) ha demostrado, en los primeros 4 meses de 1941 y de 1942 que dejaban de hacerse 21.000 primovacunaciones en el primer año de vida y que aún incluyendo como tales las de los preescolares su número era excesivamente bajo; que las cifras de primera y segunda revacunación comprobaron, después de una investigación formal, que se revacunaba en exceso a un grupo de individuos y dejaba de cumplirse en otros.

---

(43) Morader (Dr. Juan) y López (Dra. Francisca). Un medio del servicio de epidemiología de Santiago. Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva. Santiago, 1942, N° 2.

El mismo trabajo establece con respecto a la fiebre tifoídea, que en Santiago el número de vacunaciones incompletas representa el 30% del total de las comenzadas y en cuanto al control de la escarlatina y la difteria expresan que en 1941 se practicaron 4.173 reacciones de Dick, 4.306 de Schick y se tomaron 1.078 muestras faríngeas. "La cantidad de estas vacunaciones ha sido bajísima: 101 vacunación antidiftérica (probablemente en una sola dósis). Se hicieron 6 inmunizaciones pasivas con suero antiescarlatinoso".

En relación con estos últimos datos debe recordarse que son la difteria y la escarlatina las que provocan las grandes epidemias en el medio escolar y que si bien la segunda ha disminuído su virulencia en los últimos años, las formas malignas de la difteria, con una mortalidad casi del 50%, no se desplazan.

Hemos trascrito todos estos datos para acentuar la necesidad de que el centro de salud organice el servicio de inmunizaciones con un riguroso sistema de control que permita obviar las insuficiencias señaladas.

Además el centro de salud debe realizar las encuestas epidemiológicas bajo las indicaciones del Servicio de Salubridad Nacional; hay que recordar que tales encuestas son las que permiten revelar en la inmensa mayoría de los casos a los portadores sanos y a los portadores precoces.

Higiene mental

El incremento extraordinario de las psicopatías y el progreso considerable alcanzado por la psiquiatría y ramas conexas en los medios para evitarlas y combatirlas, ha destacado a la higiene mental como uno de los sectores más importantes de la profiláxis general.

Desde antiguo los especialistas, preferentemente en Estados Unidos, se habían dado a la tarea de prevenir el desarrollo de las psicopatías y habían creado clínicas de higiene mental y de orientación infantil (clínicas de conducta), pero pronto pudo observarse que la asistencia estaba constituída casi exclusivamente por niños que ya presentaban problemas que habían al-

canzado un desarrollo considerable. De aquí nació la necesidad de comenzar la profilaxia antes de que surgieran los problemas y por ello la acción preferentemente preventiva de un consultorio de higiene mental con el objeto de evitar que surja el conflicto psíquico, de reconocer precozmente las psicopatías antes que lleguen a constituir un alienado o un individuo peligroso para la sociedad.

Me es muy grato trascribir casi textualmente los conceptos, que en forma privada ha vertido el neuro-psiquiatra del Centro de Salud Nº 1 de Santiago doctor don Eduardo Brücher, respecto de la labor que debería desarrollar su servicio.

Estima, desde luego, que su labor fundamental es preventiva y que para ello es imprescindible organizar dentro del distrito una adecuada propaganda y captación de enfermos a cargo de una enfermera psiquiátrica, con verdadera vocación y espíritu de trabajo. Mediante esta acción sería posible examinar a las personas sanas o aparentemente sanas y en especial a los niños con psiquismo en desarrollo, con lo cual se obtendría una acción más útil. Para ello habría que ir a buscar los presuntos enfermos en los hogares, escuelas, talleres, fábricas, hospederías, oficinas, etc.

No es fácil obtener la concurrencia de todas las personas que sufren conflictos psicológicos, aún en las épocas más propensas (crisis puberales, complejos de inferioridad al iniciar la vida sexual, inestabilidades de carácter, falta de desarrollo de la personalidad, tendencia al hábito alcohólico en la juventud, peligro de contraer las afecciones psíquicas constitucionales como la psicosis maníaca, la esquizofrenia y la paranoia en la época de los 30 años que muchas veces se deben a una acentuación de la personalidad que puede evitarse con exámenes preventivos, etc.).

Por estas razones, piensa, que por lo menos en un comienzo deben buscarse algunas alteraciones neuro-psiquiátricas y entre ellas las siguientes:

a) edad preescolar: alteraciones de la inteligencia, del lenguaje, de la deambulación, del carácter, crisis convulsivas, retraimiento, falta de actividad (especialmente para los juegos),

terrores nocturnos, insociabilidad en sus relaciones con otros niños;

b) edad escolar: retraso mental, retraso pedagógico (a pesar de un buen coeficiente mental), enuresis nocturna, crisis convulsivas, desadaptabilidad en la escuela, vagabundeo, complejos de inferioridad, alteraciones caracterológicas y conductuales, masturbación, homosexualidad;

c) adolescencia (pubertad y juventud): inestabilidad afectiva y psíquica, timidez, complejos sexuales, excesivo interés por ciertas actividades localizadas (deportes por ejemplo), falta de desarrollo del sentido de responsabilidad social (a los 20 años debe existir el deseo de trabajar, la adecuada orientación profesional, la actividad sexual bien diferenciada y la formación de un plan de vida razonado);

d) edad adulta: afición a la bebida, carácter retraído (esquizoídeo), carácter inestable (ciclotímico), carácter colérico (epileptoídeo), desadaptabilidad social (falta de rendimiento en el trabajo, anhelos en desacuerdo con el medio familiar), hiperemotividad y angustias (alteraciones frecuentes en las mujeres y que se rotulan como neurosis, que obedecen en gran parte a desadaptación psico-afectiva y que constituyen causa de infelicidad, de hogares desgraciados, carencia de espíritu de trabajo, etc.);

Hasta aquí el doctor Brücher.

Igualmente debe el consultorio de higiene mental desarrollar una acción curativa en los casos de psicopatías que no requieran la internación en hospitales psiquiátricos, y por último efectuar la vigilancia profiláctica de los egresados de servicios especiales, es decir, de aquellos que hayan tenido alteraciones mentales y hayan mejorado.

La acción preventiva, curativa y de vigilancia profiláctica es la finalidad del centro de salud frente a la higiene mental.

Prevención del cáncer

Hay un hecho cierto y es que en todos los países del mundo el cáncer tiende a progresar. Las cifras indican el crecimien-

to de la mortalidad por esta causa. Así en Alemania de 7,9 fallecidos por cáncer por 10.000 hbs. en 1910, subió a 11,9 en 1930. En Italia se produjeron 24.984 muertes en 1917 y en 1924 se elevaron a 28.000.

Un tercio de siglo atrás, el cáncer como causa de muerte en Estados Unidos ocupaba el 7º lugar con un coeficiente de 6,3 por 10.000 hbs. Antes de esta enfermedad se encontraban:

la gripe y la pneumonía con un	20,7	por 10.000	hbs.
la tuberculosis con un	20,1	" "	"
la diarrea y enteritis infantil con un	13,3	" "	"
las enfermedades del corazón con un	11,1	" "	"
las nefritis con un	8,9	" "	"
la apoplegía cerebral con un	6,7	" "	"

La mortalidad por cáncer que tenía un coeficiente de 6,4 por 10.000 hbs., en 1900 se ha elevado a 7,6 en 1919, a 8,3 en 1920, a 9,7 en 1930 y a 12,0 en 1940 (44).

Hoy día pues el cáncer ocupa el tecer lugar con un coeficiente de 12,0 por 10.000 hbs., y sólo es superado por la gripe (la incidencia de la pneumonía se ha desplazado por el uso de los sulfamidados) y las enfermedades cardio-vasculares.

En Chile, la mortalidad por cáncer, no sólo es elevada sino que tiende a aumentar. La estadística de los años, comprendidos entre 1931 y 1939, revela:

1931	2.792
1932	2.834
1933	3.047
1934	3.222
1935	3.084
1936	3.264
1937	3.157
1938	3.489
1939	3.420

En parte este aumento es aparente porque se debe al mejor diagnóstico y en parte es derivada de todo el conjunto de medidas sanitarias que disminuyen las causa de mortalidad y que permiten prolongar la vida, cuya consecuencia es un mayor volumen del número de ancianos.

---

(44) Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1942, diciembre.

La acción preventiva en la lucha contra el cáncer es fundamentalmente de educación de las masas para someterlas a examen médico periódico. "El problema del cáncer es una ecuación inicial de dos tiempos: profiláxis y diagnóstico precoz" (45). Y para darle su verdadero valor a cualquiera de estos términos es previo crear un movimiento de opinión y sostenerlo por medio de una propaganda inteligente y activa.

Todo centro de salud debe actuar intensamente en esta propaganda y servir al diagnóstico precoz de la enfermedad. Más allá no puede ni debe llegar su acción. El tratamiento debe necesariamente quedar reservado a los grandes centros anticancerosos.

Diagnóstico precoz y facilitar la llegada del enfermo al sitio de su tratamiento, aconsejando evitar el traslado de aquellos cuyo avanzado estado no permite su curación, son sus obligaciones fundamentales.

En otro trabajo hemos citado hechos que revelan la importancia de lo expuesto en el párrafo anterior. El Director del Instituto del Radium de Santiago doctor don Leonardo Guzmán ha evidenciado que sólo el 5% de las enfermas del útero llega con su cáncer localizado; el resto lo tiene propagado a los tejidos vecinos. De los enfermos de la piel un 50% tenía más de un año de evolución al llegar al consultorio del Instituto; el 70% de los cánceres de los labios y de la lengua tenía propagación a los ganglios y que, en resumen, el 48% de las probabilidades de curación habían desaparecido (46).

La propaganda debe considerar no sólo la necesidad del diagnóstico precoz sino también la prevención del cáncer. En el estado actual de los conocimientos médicos se sabe positivamente que se hace obra preventiva eficaz mejorando las condiciones de trabajo, eliminando la acción de substancias cancerígenas como el alquitrán, la parafina, el antroceno, el uso in-

---

(45) Pessano (Dr. Juan Esteban). La lucha contra el cáncer. La Semana Médica. Buenos Aires, 1941, Nº 49.

(46) Guzmán (Dr. Leonardo). La visitadora social en la lucha contra el cáncer. Servicio Social, 1935, Nº 4.

moderado del tabaco, la exposición prolongada a los rayos solares, la absorción de gases tóxicos (monóxido de carbono, hidrocarburos mal quemados, etc.).

Diagnóstico precoz, orientación oportuna de los enfermos hacia los institutos especializados de tratamiento e intensa acción educativa, es la cooperación que debe prestar todo centro de salud en la lucha contra el cáncer.

Prevención de la ceguera

La prevención de la ceguera como medida sanitaria es de una importancia social extraordinaria: el ciego es habitualmente un individuo que no produce rendimiento, vive de la caridad pública o privada; se transforma en un parásito.

No es fácil precisar el número de ciegos que hay en el país. Desde luego no existe en Chile ninguna definición legal de la ceguera; las disposiciones de la ley de accidentes del trabajo dejan la calificación de la ceguera al criterio personal del médico que informa en carácter de perito. La sección de invalidez de la Caja de Seguro Obligatorio se guía por la escala de Axenfeld.

Según Barrenechea (47), en 1920 existían en el país 2.910 ciegos y en 1907 habían 2.671, datos éstos a los cuales no da sino un valor relativo, pues provienen de los resultados del censo general de la población que deja a la libre determinación del empadronador la declaración de los defectos físicos. Una encuesta practicada por él en 1933 en los servicios de oftalmología de los hospitales del Salvador, San Vicente de Paul, San Borja, San Juan de Dios, en la Sociedad Protectora de Ciegos Santa Lucía, en la Escuela de Ciegos y Sordomudos del Ministerio de Educación Pública y en las secciones de Invalidez de la Caja de Seguro Obligatorio y en la Caja de Accidentes del Trabajo, reveló una existencia de 1.720 ciegos, de los cuales 1.475 tenían

(47) Barrenechea (Dr. Santiago). Desarrollo de la ceguera en Chile. Trabajo presentado al Primer Congreso Interamericano de Prevención de la Ceguera, celebrado en 1942 en Río de Janeiro.

alteraciones semejantes en ambos ojos y 245 sufrían de ceguera monocular. Una segunda encuesta verificada en 1942 en el Hospital San Juan de Dios demostró que sobre 9.600 enfermos habían 574 caso de ceguera monocular.

Las estadísticas norteamericanas atribuyen el 15% de los casos de ceguera a accidentes del trabajo, el 12% a glaucomas, el 10% a atrofias del nervio óptico y un 2% a oftalmía de los recién nacidos (48).

En una investigación realizada en 1941 en 83 ciudades de Estados Unidos en 703,092 familias (con un total de 2,498,180 individuos de raza blanca y negra) para determinar la frecuencia de la ceguera y sus relaciones con el ambiente económico-social, reveló que por cada 100.000 hbs., había 83 individuos ciegos de ambos ojos y 326 de un ojo, o sea, 409 de uno o ambos, con mayor predominio entre los varones (49).

En 1881, uno de cada 10 nacidos en la Maternidad de Leipzig sufría de oftalmía, pero Credé al prevenirla, utilizando la solución de nitrato de plata, redujo esta proporción a uno por mil.

Indudablemente son los accidentes del trabajo los que en mayor número exponen a la pérdida de la visión. Una compañía aseguradora norteamericana ha comprobado que de 1.049 incapacidades relativas permanentes de los ojos, en 82 hubo pérdida total de ellos lo que indica que el riesgo en la industria moderna se extiende en forma inusitada. En algunos establecimientos el número total de accidentes a los ojos durante un período anual llega a ser igual al número de obreros ocupados. Los riesgos industriales se encuentran principalmente en determinadas labores: industria del hierro y acero (fundidores, maquinistas, torneros, taladradores, caldereros, herreros y pulidores), construcción (partículas de hierro, piedras, astillas de madera), fábricas de cerveza y embotellado (reventazón de botellas), etc.

---

(48) Grossi (Dr. Víctor) y Braga (Raquel). Prevención de la ceguera. Revista de Asistencia Social. 1935, N° 4.

(49) Britten (R.H.). Public Health Rep. 1941, noviembre.

(50). Aún cuando la mayoría de estos accidentes son leves, su gravedad reside en que si no se les presta atención inmediata, pueden conducir por procesos inflamatorios a la pérdida del ojo.

En cuanto a la agricultura son las espigas y ramas de árboles las que causan el mayor número de accidentes. Gebauer, jefe del servicio médico de la Caja de Accidentes del Trabajo ha escrito en 1935: "este año como otros la Sección Accidentes del Trabajo ha tenido que pagar la pérdida completa de más de 50 ojos producida en faenas agrícolas y todos por la misma causa: un pinchazo con una espiga de trigo" (51).

En el primer semestre de 1939 la mencionada Caja atendió un total de 17.949 accidentes, de los cuales 1.773 por lesiones de la vista, o sea, el 9,9% de los accidentes del trabajo (52).

Todos estos hechos conocidos desde antiguo movieron en 1929, como resultado del XIV Congreso Internacional de Oftalmología celebrado en Amsterdam, a fundar la Asociación Internacional de Protección de la Ceguera. Como una derivación de sus actividades se celebró el año pasado en Río de Janeiro el primer Congreso Interamericano de Prevención de la Ceguera.

Este Congreso consideró que el medio más eficiente y rápido para obtener la aplicación de las medidas que la medicina aconseja para combatir las causas de la ceguera es otorgar fuerza legal a tales providencias y sugirió a los gobiernos de los países americanos, reunir estas prescripciones en una ley general de prevención de la ceguera. Esta ley o código reclama en cada país la creación de un Consejo Nacional de Prevención y Asistencia de la Ceguera.

El mismo congreso estableció la siguiente pauta de prevención:

a) prevención de las dolencias oculares contagiosas:

---

(50) Riesgos industriales de los ojos. Seguridad (Santiago), 1935.

(51) Gebauer (Dr. Teodoro). Accidentes a la vista. Seguridad, 1935.

(52) Memoria de la Sección Accidentes del Trabajo de la Caja Nacional de Ahorros correspondiente al año 1939. Seguridad. 1940.

1. oftalmía purulenta de los recién nacidos,
2. tracoma,

b) prevención de las causas de la ceguera hereditaria:
   1. sífilis congénita,
   2. afecciones y deformaciones oculares hereditarias,

c) prevención de los accidentes del trabajo:
   1. medidas de protección al operario,
   2. avaluación de incapacidades profesionales,
   3. tabla racional de indemnizaciones por incapacidad,

d) inspección oftalmológica en las escuelas,

e) educación de los niños débiles de vista (clases para ambliopes),

f) reglamentación sobre iluminación racional de los locales de trabajo industrial, escolar y demás lugares de trabajo colectivo, y

g) reglamentación del comercio de óptica y la profesión de óptico. Represión del charlatanismo oftalmológico.

Esta enumeración señala claramente la posición del centro de salud en la prevención de la ceguera; le corresponde a él intervenir con decisión en la prevención de las dolencias oculares contagiosas, en las causa de la ceguera hereditaria y en el examen médico escolar que debe complementarse con un examen oftalmológico.

Prevención y lucha contra el reumatismo

El estudio del reumatismo como enfermedad social ha dado margen en todo el mundo a una copiosa literatura. Entre nosotros ha merecido especial atención de la Sociedad Médica de Chile, la cual en su XIII Reunión Anual de 1941 enfocó el problema de la enfermedad reumática, destacándose por el interés de su aporte los trabajos de los doctores Ariztía, Cienfuegos, Duffau, Garretón Silva, Illanes, Lira Silva, Rojas Villegas, Symon, Urrutia, Vaisman, etc., de los cuales tomaremos diversas referencias para acentuar la importancia que reviste la lucha contra el reumatismo.

Pero desde luego hay que poner de relieve un hecho. El reumatismo constituye un hondo problema médico-social en cuanto el individuo enfermo significa una carga para la sociedad a causa de que en un elevado porcentaje deriva hacia la invalidez relativa o absoluta. Ahora bien, entre nosotros este aspecto no ha sido considerado integralmente, sino en forma parcelaria, pues todos los estudios se refieren a la enfermedad reumática habiéndose hecho abstracción del gran rubro de los reumatismos crónicos, no obstante que ambos producen casi un análogo número de inválidos. Así el doctor Gregorio Lira en su ponencia sobre el aspecto social de las invalideces creadas por el reumatismo establece que en un total de 1.472 pensiones de invalidez otorgadas por la Caja de Seguro Obligatorio desde 1935 á 1939 "la incidencia del reumatismo crónico articular alcanza una cifra de 3,05%, englobándose en él toda clase de lesiones ósteo-articulares tributarias de tal etiología. La localización cardíaca conduce a la invalidez en un 3,12%. Estas cifras se refieren a obreros invalidados en todo el territorio" (53).

Un estudio de 1.470 informes de invalidez de Santiago, desde noviembre de 1938 a igual mes de 1941 le permite concluir que la proporción de reumatismo crónico es de 3% y la de insuficiencia cardíaca por secuela reumática alcanza a un 3,70%.

"Sería, sin embargo un error creer que el reumatismo crónico es una afección de la vejez; diferentes estadísticas revelan, en efecto, un porcentaje considerable de reumáticos crónicos entre 30 y 50 años" (54).

Y decimos lo anterior para ubicar exactamente el problema y advertir desde luego, que cuando se compulsan las diversas estadísticas, especialmente las extranjeras, se llega a veces a conclusiones contradictorias que derivan justamente de que mientras unos consideran el reumatismo integralmente, otros sólo se refieren a una parte de él.

---

(53) Lira Silva (Dr. Gregorio). Aspecto médico social de las invalideces creadas por el reumatismo. Revista Médica de Chile, 1942, marzo.

(54) Jitta (Dr. N. M. Josephus). La lutte contre le rhumatisme. Bulletin trimestriel de l'Organisation d'Hygiene. Ginebra, 1936, junio.

En junio de 1941 la Asociación Americana de Reumatismo adoptó, para sus encuestas y diagnósticos, la siguiente clasificación provisoria:

1. Reumatismo infeccioso específico (gérmen conocido).
2. Artritis de la fiebre reumática (enfermedad reumática),
3. Artritis reumatoídea (sinónimos: artritis infecciosa no específica, crónica, atrófica, proliferativa, enfermedad de Still, espondilitis de Marie-Strümpell),
4. Osteo-artritis (sinónimos: enfermedad articular degenerativa; hipertrófica; artritis senil),
5. Artritis de orígen traumático inmediato (directo),
6. Artritis gotosa,
7. Artritis neuropática (Charcot),
8. Neoplasmas articulares,
9. Formas diversas (artritis asociadas con otras enfermedades).

Aún cuando la Asociación no encuentra muy conveniente el nombre de reumatismo para englobar estas enfermedades, todas ellas están caracterizadas por su localización articular y su tendencia a provocar invalideces. Desde luego se vé cuán complejo es el problema del reumatismo en su aspecto médico-social.

¿Cuál es su verdadera repercusión?

"El reumatismo no alarma tanto como la tuberculosis. Es que es una enfermedad menos dramática. Pero en los últimos 50 años la incapacidad por tuberculosis ha decrecido mientras la causada por reumatismo aumenta. Esto es debido en parte a la mayor duración de la vida, a nuevas condiciones de trabajo. En Alemania hay tres veces y media más reumáticos que tuberculosos. En Conecticut por cada canceroso hay 12 reumáticos. En Suecia se pagan indemnizaciones por reumatismo que duplican el valor de las determinadas por tuberculosis. En Estados Unidos el Servicio de Salud Pública en 1935-36 examinó 800.000 familias con un total de 2.800.000 miembros en 83 ciudades de 19 estados y concluyó que entre las enfermedades crónicas el reumatismo, es el primero en prevalencia, segundo

---

(55) Ruiz Moreno (Dr. Aníbal) y Tarnopolsky (Dr. Samuel). El problema higiénico social del reumatismo. Buenos Aires, 1940.

en la provocación de incapacidad, segundo como invalidante (incapacidad permanente) y en la mortalidad".

"Entre 127.000.000 de norteamericanos hay 6.850.000 reumáticos, número que duplica el de su rival más próximo, la cardiopatía (3.700.000); llega a ser 7 veces superior al del cáncer y otros tumores (930.000), 10 veces superior al de la tuberculosis en todas sus formas (680.000) y más de 10 veces superior a la diabetes (660.000)" (55).

Nosotros carecemos de estadísticas que nos indiquen el volumen total del problema. Pero debemos suponer que nuestras cifras no pueden ser proporcionalmente inferiores a las norteamericanas. En todo caso hay suficientes elementos para determinar la repercusión de la enfermedad reumática.

Urrutia y Vaisman con el objeto de establecer la morbilidad de la fiebre reumática en nuestro medio escolar examinaron 5.000 niños de las escuelas primarias de diversos barrios de Santiago y encontraron 10 secuelas valvulares, o sea, una frecuencia de 0,2% y en las encuestas complementarias obtuvieron antecedentes reumáticos en un 0,94% lo que demostraría que el 1,14% de los escolares primarios de la ciudad es víctima de la fiebre reumática.

Agregan ellos, que un estudio practicado en la Clínica Médica del Prof. González Cortés (Hospital de San Vicente de Paul) demostró que en un total de 11.663 enfermos ingresados en un período de 10 años (1932 á 1941) existían 430 casos de enfermedad reumática, o sea, una incidencia de 3,6%. Igual proporción encontraron entre los enfermos ingresados a la Clínica del Prof. Valdivieso en un lapso de 5 años (1936 á 1941): 4,14% y terminan expresando "De la exposición escueta de los datos estadísticos que acabamos de anotar sobre la morbi-mortalidad de la enfermedad reumática, se desprende el rol de primera importancia que juega esta afección, en relación con la mortalidad general. Si consideramos, además, que la fiebre reumática hace la mayoría de sus víctimas entre los niños y adolescentes, edad en que el compromiso cardíaco alcanza su más alta cifra y limita la sobrevida de estos pacientes a un promedio de 15 años, comprobamos que su importancia social aumen-

ta aún más, pues elimina al individuo durante el período más productivo de su vida" (56).

Según Garretón Silva "en la población civil que hace una vida normal de trabajo, el examen médico revela que las lesiones cardíacas reumáticas inaparentes o subclínicas, representan el 6 á 7%, lo que es una frecuencia grande. En el hospital, considerado en general, la enfermedad reumática aparece en el 13% y en un servicio de medicina interna, en el 22%. Esta cifra analizada en diversas épocas del año sufre variaciones. En algunos inviernos sube al 40 y más por ciento y en el verano suele bajar a 16%. De una manera general, la cardiopatía reumática representa más o menos el 42% de las diversas afecciones circulatorias" (57).

Rojas Villegas revisando en el Servicio Coordinado de Medicina Preventiva de las Cajas de Empleados Públicos y Particulares las fichas de cardiovasculares en el año 1939 y primer semestre de 1940 encuentra que han sido examinados 3.912 individuos; de éstos 1.386 se dieron de alta por reputarse sanos y en los 2.526 restantes 142, o sea, un 6% presentaba afecciones imputables a la enfermedad reumática (58).

Pero incuestionablemente este aspecto del problema adquiere su máxima importancia en los niños.

Ariztía e Illanes manifiestan "Reuniendo las diferentes cifras parciales obtenibles en nuestro país, provenientes de diversos centros y épocas, se obtiene una apreciación que plantea el problema entre nosotros en una forma semejante a la de los países cuyas cifras se han citado, por lo menos en lo referente a su frecuencia. En un total de 3.714 ingresados a las secciones de medicina de los hospitales de niños de Santiago durante los 3 años 1937, 1938 y 1939, el 7,18% padece de enfer-

---

(56) Urrutia (Dr. Domingo) y Vaisman (Dr. Samuel). La enfermedad reumática. Santiago, 1941.

(57) Garretón Silva (Prof. A.). Tratamiento y control de la enfermedad reumática. Revista Médica de Chile, 1942, marzo.

(58) Rojas Villegas (Dr. Francisco). Valvulopatías reumáticas en el grupo social de empleados particulares. Revista Médica de Chile. 1942, marzo.

medad reumática. De ellos el 76,4% presentan localizaciones cardíacas (tesis de la doctora Frascoli)" (59).

Prieto, director del Hospital Manuel Arriarán, expresa que en un estudio efectuado en ese establecimiento sobre el total de enfermos ingresados durante un período de 10 años, se obtuvo una incidencia de morbilidad para el reumatismo infantil ascendente a un 6,9% (60).

En cuanto a los reumáticos crónicos no poseemos otros datos que el número de atendidos en los hospitales del país, en los años:

1930	387
1931	902
1932	782
1933	749
1934	835
1935	979
1936	881
1937	1314
1938	1380
1939	1248

La proporción entre reumáticos crónicos y reumáticos agudos ha sido casi invariablemente en los últimos años de 1 á 2,4.

Nos ha sido necesario acudir a todas estas referencias estadísticas porque es indispensable divulgar suficientemente la importancia que para la colectividad y el individuo tienen las enfermedades reumáticas, importancia a la cual aún no se le presta la debida atención. Ruiz y Tarnopolsky dicen: "la atención de numerosos enfermos afectados por toda clase de reumatismos nos ha enfrentado con una cantidad de problemas cuya solución choca con obstáculos nacidos de la ignorancia del enfermo acerca de su enfermedad; con el desconocimiento o conocimiento erróneo del médico práctico acerca del

---

(59) Ariztía (Dr. Aníbal) e Illanes (Dr. Oscar). El problema médico social del reumatismo en el niño. Revista de Asistencia Social. 1942, N° 1.

(60) Prieto N. (Dr. Iván). Sobre la participación de los hospitales de niños en la lucha anti-reumática y sobre la organización de los centros médico-sociales de tratamiento. Revista de Asistencia Social. 1942, N° 3.

reumatismo y con una general indiferencia que esperamos ha de desaparecer". "Difícilmente existirá en nuestro país ningún otro problema médico menos conocido y al que se le ha dado menos importancia que al reumatismo".

Para luchar contra el reumatismo se requiere igual que en la tuberculosis, de un armamento, complementado por una acción profiláctica intensa.

Si consideramos todos los factores predisponentes que entran en juego en el reumatismo, tales como la herencia, el clima, el medio, especialmente la habitación y los locales de trabajo, el medio social, se comprende que tratar de suprimir el reumatismo es una obra fuera del alcance de las posibilidades. Es por ello que sin desconocer que todas las medidas de orden económico-social que mejoren el standard de vida y de trabajo de las clases obreras, están destinadas a disminuir el reumatismo, todos los que se preocupan de esta cuestión piensan que el eje de toda profiláxis reside en el diagnóstico precoz. "Diagnóstico precoz es indispensable para un tratamiento apropiado que prevenga el daño irreparable del corazón". "Parecería cosa baladí extenderse sobre el diagnóstico de una afección que en el adulto asume formas tan definidas y concretas. Pero mientras pasada la pubertad la afección reviste por lo común las características del reumatismo poliarticular agudo, en la infancia, y sobre todo en la infancia más temprana, el diagnóstico constituye problema de aguda inquisición y de trascendente responsabilidad" (61).

Para llegar a este resultado es previa la educación del público, éste debe saber que el reumatismo es curable si se le trata oportunamente; que todo reumatismo crónico es susceptible de curar o mejorar con un tratamiento adecuado; que siempre es necesario un tratamiento crónico, etc. El doctor Mathieu Pierre Weil, de París, en su interesante comunicación a la Sociedad de las Naciones expresa: "se cree a menudo que el reumatismo agudo constituye un incidente fugaz cuya sola grave-

(61) Cienfuegos (Prof. Eugenio). Diagnóstico precoz y tratamiento de la enfermedad reumática. Revista Médica de Chile. 1942, febrero.

dad reside en una eventual complicación cardíaca. En realidad el reumatismo articular agudo no es agudo sino en el nombre. La manifestación no tiene a menudo sino el valor de una poussée evolutiva: la enfermedad, por esencia, es crónica". "Por lo demás, el reumatismo crónico no puede ser considerado como una enfermedad incurable. Si sus formas avanzadas no pueden ser totalmente curadas, la enfermedad tomada en sus primeras fases es curable, a veces totalmente curable, pero a condición de oponerle la terapéutica que conviene" (62).

El armamento está constituído por los centros anti-reumáticos, las casas de convalecencia y los asilos.

Desde luego es conveniente que el centro anti-reumático esté directamente anexado a un hospital, pues es su función primordial el examen y el tratamiento del enfermo y debe estar equipado para el tratamiento integral, incluído el fisioterápico (mecanoterapia, etc.), disponer de camas, etc. "De hecho —dice el doctor Iván Prieto, en su trabajo ya citado— corresponde a los hospitales de niños el privilegio de montar servicios bien dotados para tal objeto y a cargo de personal médico y auxiliar debidamente iniciado en estas prácticas".

Sin embargo, la base de tratamiento será el consultorio externo, quien tendrá el control del reumático. No se comprendería ninguna acción eficaz sin la cooperación de la enfermera; es mediante ella que el médico se encuentra constantemente en contacto con el enfermo, quien se encarga de que éste siga las instrucciones facultativas, es ella quien continúa el tratamiento bajo indicación médica y la que investiga en el domicilio los factores que pueden influir sobre la enfermedad.

El control comprende una serie de medidas y de todo lo que conocemos a este respecto nada nos parece más claro y más preciso que la exposición del Prof. Alejandro Garretón, que pasamos a extractar.

a) instrucciones al enfermo o a sus familiares, para que se encuentren informados que se trata de un proceso crónico,

(62) Weil (Dr. Marthieu-Pierre). Le rôle de la clinique dans la prevention des invalidités pour rhumathisme. Bulletin trimestriel de l'organisation d'Hygiène. Ginebra, 1936.

recidivante, que a causa de la complicación cardíaca produce incapacidad para el trabajo; de la necesidad de guardar reposo y que un tratamiento bien llevado puede permitir que esa incapacidad se reduzca al mínimum;

b) cuándo el enfermo debe consultar al médico. Cuando aparece una infección de cualquiera naturaleza, especialmente de las vías respiratorias, cuando hay disnea, ahogos, pérdida de peso, alza térmica, palidez de los tegumentos o dolores articulares;

c) técnica de la revisión periódica, sometida a la siguiente pauta: examen clínico completo, especialmente del corazón, rayos X, para apreciar las variaciones del diámetro cardíaco, estudio de la velocidad sanguínea, eritrosedimentación, estado de la leucocitosis, electrocardiograma, estudio de la curva térmica. "Con esta técnica de examen es absolutamente seguro descubrir, aún en sus menores proporciones, si existe la reactivación del proceso, si hay descompensación cardíaca o si se ha instalado la sepsis lenta".

d) los pacientes que deben hacer tratamiento, son aquellos cuyo examen efectuado según la pauta precedente, demuestre que la normalidad se ha perdido o exista la sospecha de ello: reposo, medicación adecuada —salicilatos, digital, vitaminoterapia, etc.

e) cuándo debe suspenderse el control. "Un enfermo reumático aún cuando su estabilidad sea muy buena, no debe nunca dejar de someterse al control médico periódico".

Las casas de convalecencia constituyen una necesidad urgente, pues el reposo prolongado y la vida higiénica al aire libre constituyen la mejor profiláxis de la frecuente lesión cardíaca.

El asilo es indispensable para el reumático crónico en grado avanzado.

Para luchar eficazmente contra las secuelas del reumatismo hay que concederle la importancia requerida a la terapia por el trabajo y a la reeducación. Los éxitos a que da lugar pueden observarse en el Hospicio de Santiago, donde la actual dirección ha dado un impulso considerable a esta modalidad del tratamiento con resultados felices. Pocos enfermos be-

nefician más de esta terapia que los reumáticos, pero fuera del favorable efecto físico sobre las articulaciones debe contarse con el efecto moral, pues, la ocupación distrae al paciente, le permite olvidarse de sus propios males y lo estimula, al saberse nuevamente un individuo capaz, útil a la sociedad la cual ha recuperado uno de sus miembros para la producción.

Por último, dentro del armamentismo que exige la lucha contra el reumatismo no debe olvidarse la acción de las aguas termales. Es este un problema asistencial cuyo estudio aún no se inicia entre nosotros sobre bases serias, no obstante los esfuerzos individuales realizados.

Dentro de esta lucha queda reservada al centro de salud una posición de privilegio: la propaganda continuada para educar a la masa de su distrito, la prehensión de los enfermos en momento oportuno por medio de las enfermeras que ejercen sus actividades en el seno del hogar, hacer el catastro de los reumáticos del distrito a base de los informes que suministren los hospitales, mantener el control periódico de estos enfermos conforme a la pauta indicada por el Prof. Garretón Silva, conectar a los reumáticos con los centros anti-reumáticos dotados para tratamientos especiales, etc.

Nos hemos extendido más allá de lo que pensábamos en este rubro justamente por tratarse de un problema médico-social al cual aún el público ni los propios técnicos le otorgan la importancia requerida.

Prevención de las enfermedades cardiovasculares

Después de estudiar detenidamente la experiencia recogida en Valparaíso en la aplicación de la ley de medicina preventiva entre los imponentes de la Caja de Seguro Obligatorio frente a las enfermedades del aparato circulatorio, Alvayay y Vargas concluyen: "los enfermos cardiovasculares constituyen un problema de higiene pública" (63).

(63) Alvayay (Dr. Jorge) y Vargas C. (Dr. Alfonso). Medicina preventiva cardiovascular. Experiencia recogida entre los imponentes de la Caja de Seguro Obligatorio de Valparaíso. Revista Médica de Chile. 1943, enero.

En todos los países del mundo los índices de morbi-mortalidad han aumentado en forma alarmante. Así en Estados Unidos (64) la mortalidad por cardiopatías ha experimentado la siguiente progresión:

1875	93,5	por	100.000	hbs.
1900	132,0	"	"	"
1920	159,1	"	"	"
1925	185,7	"	"	"
1930	213,6	"	"	"
1935	244,9	"	"	"
1936	265,8	"	"	"
1937	268,0	"	"	"

Lian y Cahan aducen las siguientes cifras sobre la variaciones experimentadas en Francia por la mortalidad, comparada en 1906 y 1930:

	1906	1930			
enfermedades del corazón	127	150	por	100.000	hbs.
enfermedades infeciosas agudas	70	28	"	"	"
tuberculosis pulmonar	182	136	"	"	"
cáncer	70	96	"	"	"
otras enfermedades del aparato respiratorio	240	180	"	"	"

pero hay que agregar las enfermedades arteriales que en 1930 produjeron un índice de 96 por 100.000, lo que da para el total de afecciones cardiovasculares un coeficiente de 246, superior a cualquiera otra enfermedad.

Entre nosotros los datos demográficos revelan la siguiente mortalidad por 100.000 habitantes:

1930	137,0	por	100.000	hbs.
1931	168,5	"	"	"
1932	175,3	"	"	"
1933	211,0	"	"	"
1934	203,4	"	"	"
1935	207,7	"	"	"
1936	207,8	"	"	"
1937	196,1	"	"	"
1938	200,9	"	"	"
1939	196,5	"	"	"

(64) González Sabathié (Luis). Las cardiopatías y el problema médico-social. Buenos Aires, 1939.

Contrucci y Hermosilla en 4.882 observaciones de una de las secciones de medicina del Hospital San Borja de Santiago encontraron un 24,6% de cardiovasculares (65).

La morbilidad obrera, pesquisada por Alvayay y Vargas en Valparaíso, corresponde a un 21,82% de la masa examinada y se reparte en las diversas profesiones, según tasas corregidas, en el siguiente modo:

Hombres:

agricultura	8,71
comercio	10,0
industrias	14,64
domésticos	15,95
construcción	16,14
navegación	16,88
artesanos	19,87
transporte y carga	22,38

Mujeres:

industrias	14,25
comercio	21,39
domésticas	29,87
modas	40,72
lavado y aplanchado	50,33

Esta morbilidad de 21,82% se encuentra fundamentada en la morbilidad espontánea y, además, en la latente u oculta, revelada por los exámenes de salud de la ley de medicina preventiva. En cuanto a la morbilidad por cardiopatías que revelan estos últimos exámenes, se encuentra representada por un 6,54% en 1940 y un 10,84% en 1941.

Ahora bien, ¿cómo se distribuyen los enfermos en las diversas cardiopatías?

González Sabathié en una estadística de 3.000 cardiópatas atendidos en un servicio bonaerense encuentra:

hipertensión arterial	25,8%
funcionales	24,3

(65) Contrucci (Dr. Aldo) y Hermosilla (Dr. Miguel). Sífilis cardiovascular en Chile. Revista Médica de Chile, 1933, N° 2.

coronarios	18,9
reumáticos	12,7
sifilíticos	5,4
congénitos	1,6
tiroídeos	2,4
taquicardia paroxística	1,0
endocarditis infecciosas	0,56
otras causas	6,8

Alvayay y Vargas en sus estadísticas obtienen las siguientes cifras: en las enfermedades cardiovasculares infecciosas la sífilis es responsable del 9,64% de los casos, el reumatismo del 3,4%; en las enfermedades cardiovasculares no infecciosas, degenerativas, encuentran: el 79,85% sufre de hipertensión arterial, el 29,9%, presentaba signos o síntomas de arterioesclerosis.

Hervé (66) ha resumido su experiencia en el servicio de cardiología del consultorio Nº 1 de la Caja de Seguro Obligatorio en Santiago en las siguientes cifras:

hipertensión arterial y esclerosis coronaria	40%
enfermedad reumática	23%
sífilis	10 al 12%
causas varias	25%

"Podemos afirmar que el problema de la asistencia social al cardíaco, es fundamentalmente de medicina preventiva y accesoriamente curativa" ha dicho el doctor Rossi de Buenos Aires (67).

Las estadísticas que hemos señalado demuestran que cuatro son los principales factores de las cardiopatías: enfermedad reumática, sífilis, hipertensión arterial y arterioesclerosis. Se comprende de inmediato que la prevención de las enfermedades cardiovasculares que obedecen a una etiología infecciosa, está vinculada indisolublemente al grado que haya alcanzado la lucha contra las enfermedades infecciosas agudas y preferentemente contra las enfermedades venéreas. La prevención de

---

(66) Hervé (Dr. L.). El problema actual de la asistencia social de los enfermos cardiovasculares. Boletín Médico Social. 1938, núms. 49 y 50.

(67) Rossi (Dr. Arturo). La asistencia social al cardíaco. Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social. Buenos Aires, 1940, Nº 90.

las que reconocen por causa la arterioesclerosis y la hipertensión arterial carece prácticamente de medios eficaces.

En 1915 los norteamericanos crearon los primeros centros de asistencia del cardíaco bajo el patrocinio de la "Asociación para la prevención y la asistencia de los enfermos del corazón". Sus resultados fueron halagüeños y en 1929 Vaquez creó en París el primer dispensario especializado para cardiópatas. Pronto se difundieron en Alemania, Gran Bretaña, Italia y demás países del continente europeo, para propagarse posteriormente a Sudamérica, siendo el esfuerzo más importante el realizado en 1936 en Buenos Aires por el doctor Bullrich.

Se ha pensado que los centros cardiológicos constituyen uno de los medios más eficaces de proveer a la asistencia del cardiovascular, siempre que sus actividades se desarrollen con un criterio eminentemente médico social. Podrían esquematizarse sus funciones:

a) diagnóstico precoz.

La asistencia del cardíaco tiene por base fundamental la asistencia médica la cual será tanto más eficaz cuanto más precoz sea el diagnóstico. Por lo tanto, en un centro de salud la base de la acción reside en el examen periódico de salud el cual deriva hacia el dispensario especializado a todo los presuntos cardiópatas.

En consecuencia, corresponde mantener una propaganda sanitaria constante ante el público, en los propios hogares, respecto de la necesidad de someterse a este control periódico. Alvayay y Vargas han puesto de relieve la gravedad que encierra la indolencia de nuestro pueblo: refiriéndose a lo que ocurre en la Caja de Seguro Obligatorio expresan: "El número de exámenes de salud dista bastante de significar un rubro menos que satisfactorio en relación con el total de la población de asegurados. Como si ésto fuera aún poco, debemos agregar que de entre los examinados por los servicios de medicina preventiva un fuerte porcentaje de los enfermos encontrados correspondientes a la morbilidad oculta cardiovascular no concurre a

los equipos de cardiología a continuar el segundo tiempo de examen y, por lo tanto, se pierden; y otros, si concurren lo hacen muy tardíamente. Escaso número de exámenes y ausentismo son los enemigos naturales de todo intento de previsión biológica ya que solo la pesquisa de la morbilidad oculta y su tratamiento social y médico oportuno, permitirán la recuperación o rehabilitación de los cardiópatas". Y agregan: "Medidas de previsión con vistas a prolongar la vida de estos enfermos y su capacidad de trabajo por el mayor tiempo posible, se comprenderá que sólo pueden ser efectivas en este período, cuando o no hay, o el grado de lesiones orgánicas del aparato cardiovascular son mínimas y el proceso es susceptible de ser reducido".

Todos los que se preocupan de esta cuestión están de acorde en considerar que el centro debe estar equipado con todos los medios actuales de diagnóstico y necesariamente a cargo de técnicos especializados, de cardiólogos.

b) tratamiento.

El problema eje del tratamiento del cardíaco es procurar que no aparezca la insuficiencia del corazón, a fin de mantener la actividad del enfermo, aún cuando sea disminuída. El tratamiento comporta de modo fundamental el reposo y aún cuando el absoluto es solo indispensable en las grandes crisis de insuficiencia cardíaca y en los brotes reumáticos, es el reposo relativo el que adquire la mayor importancia como dedida preventiva. Reposo relativo en el medio obrero significa disminución de la intensidad y del tiempo del trabajo y ello requiere medidas sociales (orientación profesional, etc.) y medidas legislativas que reserven cierta calidad de trabajos para individuos incapaces de realizar grandes esfuerzos físicos.

Para que el tratamiento del cardíaco produzca beneficios es indispensable que sea controlado periódicamente. Para ello la acción de la enfermera adquiere una posición de importancia indiscutible, pues sin su actividad se produciría lo que Alvayay y Vargas han denominado con tanta precisión el ausentismo de los enfermos de los servicios preventivos.

En este punto debemos agregar que, en general, se está de acuerdo en estimar que la campaña social contra la fiebre

reumática debe ser incluída en la lucha contra las cardiopatías y no conjuntamente con los demás reumatismos. Así en 1931 el Congreso Nacional del Reumatismo celebrado en Italia estableció que la atención del reumático no se puede separar de la del cardíaco.

Igualmente debemos insistir en lo que ya manifestamos al tratar de la atención del enfermo venéreo, en el sentido de la conveniencia, más aún, de la necesidad de uniformar el criterio diagnóstico y de clasificación de las cardiopatías, pudiendo generalizarse las normas establecidas en el Servicio Médico Nacional del Empleado.

c) reeducación y orientación profesional del enfermo.

No debe olvidarse que antes que se produzca la incapacidad absoluta para el trabajo, el cardíaco vive un largo período de años en que su lesión se descompensa de modo intermitente. La forma de alejar esta descompensación es someter el individuo a un trabajo de acuerdo con su capacidad física y para ello es previo reeducarlo y orientarlo en la elección de una nueva profesión adecuada a su déficit de rendimiento.

Nutrición

Bien sabemos que no es ésta la oportunidad de considerar las bases fisiológicas de la alimentación, pero cabe destacar el hecho de que en menos de 30 años nuestros conceptos sobre nutrición han experimentado una verdadera revolución; en efecto, sabemos hoy día en forma fehaciente que la cantidad de alimentos representa tan solo uno de los factores que intervienen en la confección de un régimen adecuado y que al lado de ella figura, en el mismo o mayor grado de importancia, la calidad, que nos obliga a ingerir necesariamente una serie de substancias (vitaminas, ámino-ácidos, sales minerales, etc.) sin las cuales no podríamos hablar de una alimentación racional.

Partiendo de estas necesidades fundamentales, cuantitativas y cualitativas, pasaremos una breve revista a la situación de nuestro país frente a este problema, el primero en importan-

cia sanitaria, para deducir luego la contribución que un centro de salud debe aportar a su solución.

En todos los países del mundo se han efectuado investigaciones destinadas a precisar lo que en realidad consumen los trabajadores para deducir de ellas la calidad de población bien o mal nutrida, alimentada defectuosamente o sub-alimentada.

En Chile son numerosas las encuestas realizadas y nos servirán a nosotros para exponer el problema. Por orden cronológico las más importantes son:

1. Dr. Julio Santa María. Llevada a cabo en 1933 sobre 48 familias, de la Refinería de Azúcar de Viña del Mar, con un total de 319 personas;
2. Encuesta efectuada por encargo de la Sociedad de las Naciones en 1935 por el Prof. Carlos Dragoni en colaboración con el doctor Esteban Burnet. Alcanza a 593 familias, con un total de 3.383 personas, distribuídas en 15 localidades diversas del país, desde Iquique hasta Magallanes;
3. Dr. Ramón González. Realizada en 1935 en Santiago sobre 90 familias con un total de 428 personas;
4. Encuesta a los jornaleros municipales de Santiago en 1936 en que se examina la vida económica de 115 obreros con sus respectivas familias, y
5. Dr. Jaime Feferholtz, que en 1939 presentó su tésis, para optar al grado de licenciado en medicina, sobre nutrición y estado económico social, estudio que comprende a 508 personas.

Los obreros cuyas familias fueron sometidos a encuesta pertencen a muy diversas situaciones económicas. La de Santa María se refiere a obreros de la Compañía de Refinería de Azúcar de Viña del Mar que tienen un standard de vida algo superior al promedio de los obreros del país; la de González a obreros de Santiago; la de Feferholtz a obreros de la Capital y de Concepción; la de Dragoni y Burnet a obreros de las más diversas categorías de diferentes regiones del país.

Si estudiamos la distribución de los diversos obreros del país, según el censo de 1930, y la proporción de encuestados se vé que no guardan relación:

categorías	distribución según censo	% de encuestados
obreros agrícolas	51%	2,4%
obreros de grandes industrias (carbón, salitre, cobre, oro etc)	19%	9,7%
obreros de ciudades	30%	87,9%

Como puede apreciarse, los datos de los encuestados nos hablan fundamentalmente de la alimentación de los obreros de las ciudades y de las grandes industrias, pero practicamente nada nos dicen de la del trabajador agrícola, el cual representa más de la mitad de nuestros obreros.

De todas las encuestas, presenta un mayor interés, por el mayor volumen de encuestados, la de Dragoni y Burnet (68) cuya interpretación fisiológica es la siguiente:

a) calorías

La alimentación en calorías puede resumirse así:

Menos de 1.500 calorías	370 personas	10,9%
De 1.500 a 2.000 "	922 "	27,2%
De 2.000 a 2.400 "	397 "	11,7%
De 2.400 a 3.000 "	764 "	22,6%
Más de 3.000 "	924 "	27,6%

Lo que dicho en otras palabras representa:

Alimentación suficiente o amplia	27,6%
Alimentación apenas suficiente	22,6%
Subalimentación	11,7%
Subalimentación grave	27,2%
Subalimentación de miseria	10,9%

De diversas investigaciones realizadas en los medios obreros en países extranjeros se concluye que 3.000 calorías son una cifra débil, 3.500 a 3.800 una cifra conveniente para un adulto que efectúa un trabajo muscular intermedio entre el esfuerzo medio y el intenso. Nosotros acabamos de ver que solo un

(68) Dragoni (Prof. Carlo) et Burnet (Dr. Etienne). L'alimentation populaire au Chili. Première enquéte generale de 1935. Revista Chilena de Higiene y Medicine Preventiva. Santiago, 1938, núms. 10-12.

27,6% de los obreros chilenos encuestados por Dragoni y Burnet recibían una cifra igual o superior.

b) variedad en la alimentación

El examen indica que la alimentación chilena es variada, ya que el país es sobre todo agrícola y marítimo que, posee zonas temperadas y subropicales de cultivo.

c) repartición de las especies alimenticias

1. proteínas. En la práctica deben introducirse en la ración proteica (70 a 100 grs.) albúminas de origen variado para tener la certidumbre de suministrar la totalidad de ámino-ácidos que el organismo requiere. Desde este punto de vista la carne, leche y huevos dan una seguridad que no suministran las albúminas vegetales cogidas al azar. La cantidad de proteínas en los encuestados va desde 62,4 grs. (en los grupos de menos de 2.400 calorías) a 94,85 grs. (en los grupos de más de 3.000 calorías). La cifra más baja, en el % de proteínas animales en relación con las proteínas totales, se encontró en Andacollo (7,95%) y la más elevada, 54,32%, en Iquique en un grupo de pescadores que hacía gran consumo de pescados y mariscos.

Las albúminas en Chile son suministradas preferentemente por los cereales, las leguminosas y la carne y en muy débil, escasa cantidad, por la leche.

El consumo diario de leche no llega en ninguno de los grupos examinados a 300 cc., por persona. En los 29 grupos en que fueron divididas las 3377 personas encuestadas se obtuvo: sólo 3 grupos consumían una cantidad superior a 200 cc.; en 8 grupos era superior a 100 cc.; en 3 era de 50 á 100 cc., y en los 15 restantes era inferior a 50 grs. El menor consumo pertenece siempre al campo: en la ciudad de La Serena se obtuvo un promedio de 59 cc., mientras que en el sector rural de esta misma localidad, sólo 3,2 cc., por persona y por día.

La cantidad de queso consumida en 6 grupos es nula; en 14 grupos está por debajo de 1 gr., y la cifra máxima está representada por 5 grs.

El consumo de huevos es insignificante, prácticamente no existe.

En cuanto a las legumbres, su consumo, especialmente de frejoles, es considerable; en los grupos de menos de 2.400 calorías constituyen el gran porcentaje de la alimentación total, conjuntamente con el pan.

Llama la atención el escaso consumo de pescado si se considera nuestra costa de más de 4.000 kms., de largo. En Chile la unidad de consumo por persona y por año asciende a 410 grs., de pescado (incluídos los mariscos), en Alemania 11,5 kilos, en Inglaterra 25 kilos, en el Japón 33,41 kilos.

2. grasas. En general su utilización es muy débil: 27,7 grs. en los grupos de menos de 2.400 calorías; de 51,55 grs. en los de 2.400 a 3.000 calorías y de 61 en los grupos de más de 3.000 calorías. Se estima, en general, como una proporción adecuada 80 a 100 grs. diarios.

La grasa animal representa el 70% de las grasas ingeridas, no obstante lo cual el consumo de mantequilla (fuente de vitamina A) es muy débil. De los grupos examinados, en 6 no existía consumo de mantequilla; en 12 era por debajo de 1 gr., por día y por persona; en 5 grupos era de 1 a 2 grs.

3. hidratos de carbono. Son suministrados según orden creciente por las legumbres, las papas, el azúcar, los cereales. En raciones que llegan a 2.400 calorías los hidratos de carbono contribuyen con 500 grs., o sea, aproximadamente con 2.000 calorías; cuando la ración sobrepasa aquel número los hidratos de carbono alcanzan fácilmente a 600 grs.

Las papas constituyen un elemento básico de la alimentación popular; su consumo va de 150 a 368 grs., diarios y alcanza su más alta cifra en la región de Puerto Montt donde algunos grupos hacen un consumo diario hasta de 769 grs.

En cuanto a las frutas frescas, Dragoni y Burnet concluyen que prácticamente no existe consumo; lo hay, pero en grado escaso, en las ciudades que son puertos y en los grupos que poseen el presupuesto más amplio.

4. alimentos protectores. En ningún grupo, aún considerando los aportes de leguminosas de las cuales nuestro pueblo hace uso en tan amplio márgen (frejoles) se alcanzan las cifras del régimen óptimo (38% del régimen) ni las que revelan

las encuestas de países en que la masa obrera se encuentra subalimentada.

Estos alimentos protectores (carnes, leche, queso, huevos, etc.) representan un escaso porcentaje en la alimentación de nuestro pueblo y puede decirse que las legumbres verdes y sobre todo las leguminosas constituyen, hasta cierto punto, los alimentos protectores salvadores de los grupos de presupuesto insuficiente. Aquellos otros están reducidos al mínimum por cuanto su precio es superior al de los alimentos energéticos.

Como resumen del estudio de los factores cualitativos de la alimentación, puede establecerse, a través de la encuesta:

a) la cantidad proteíca total es en la inmensa mayoría de los casos insuficiente;
b) en la generalidad de los casos el consumo de grasas está por debajo del mínimum aceptado; y
c) la cantidad de leche, mantequilla, queso, huevos y frutas consumida es sumamente pequeña. Muchas familias no consumen absolutamente nada de estos productos de tanta importancia biológica.

Ahora bien, ¿cuáles son las repercusiones sanitarias en la masa de estas deficiencias nutritivas?

En 1941 este problema fué abordado por la Sociedad Médica de Chile y el doctor don Jorge Mardones Restat hizo una brillante exposición (69) que nosotros vamos a resumir.

Las repercusiones de regímenes alimenticios carenciales o mal equilibrados no son fáciles de encontrar en rubros determinados de las estadísticas de morbilidad y mortalidad. Las grandes carencias que conducen a este tipo de enfermedades son raras como puede apreciarse en este cuadro:

---

(69) Mardones Restat (Dr. Jorge). Repercusiones sanitarias de las deficiencias nutritivas en Chile. Revista Médica de Chile. 1941, junio.

	fallecidos		Atend. en hospitales	
	1937	1938	1937	1938
escorbuto	11	12	30	33
pelagra	8	10	12	27
raquitismo	130	215	195	186
bocio simple y mixedema ...	18	14	195	235

Si se considera que el número de fallecidos fué de 109.975 en 1937 y de 113.719 en 1938 y que los atendidos en hospitales alcanzaron en esos años a 263.571 y 272.614 respectivamente, se verá que este rubro carece totalmente de importancia.

Las consecuencias de regímenes alimenticios mal equilibrados se encuentran diseminadas en el individuo sano, o bien, se hacen presente con el nombre de diversas enfermedades en los diferentes rubros de nuestras estadísticas sanitarias. Es por ello que para ponerlas de relieve hay que seguir un procedimiento indirecto. Desde luego cabe subrayar que las necesidades alimenticias no son iguales para todos los individuos, pues existen circuntancias tanto fisiológicas como patológicas que hacen más urgentes determinados aportes alimenticios y que, por consiguiente, si éstos no se producen exponen a la aparición de diversos trastornos. Estas circunstancias son fundamentalmente las siguientes:

crecimiento
embarazo y lactancia
trabajo muscular
enfermedades infecciosas
enfermedades parasitarias

a) crecimiento

La calidad de las proteínas del régimen alimenticio que traduce su distribución en ámino-ácidos esenciales y el monto de los aportes de algunas vitaminas y sales minerales condicionan las características del crecimiento corporal, que es normal

cuando estas condiciones se cumplen y defectuoso cuando algunas de estas necesidades no es adecuadamente satisfecha.

Los análisis de los regímenes alimenticios seguidos por la población infantil, fundados en estudios que ha efectuado el doctor don Julio Santa María, demuestran que con frecuencia se observa mala calidad de las proteínas, carencia de calcio y vitamina D. Cumple por consiguiente investigar si en las clases sociales suficientemente alimentadas se encuentra un déficit de desarrollo corporal y defectos en la calcificación.

El doctor S. Jiménez encontró en 1930 que los niños de 12 años de las escuelas públicas de Santiago tienen un desarrollo estatural y ponderal inferior a los de igual edad de los liceos:

	Peso kgs.	estatura cms.	circunferencia torácica en cms.
liceos	38,4	144,5	66,8
escuelas primarias de barios populares	32,2	136,8	64,5

El doctor Mardones Restat y la Srta. C. Sepúlveda, en 1936, practicaron un estudio sobre 514 niñas de escuelas públicas de barrios populares de la Capital. Sus resultados más importantes están en los siguientes cuadros:

Salario por unidad de consumo	Peso corporal 9 años	Peso corporal 14 años	Estatura 9 años	Estatura 14 años	Tórax raquít. o/o
Menos de $ 1.00	23,5	35,0	122,5	140	40
$ 1.01 1.50	24,5	35,6	125,0	142	35,5
1.51 2.00	25,2	42,5	124,8	146	33
2.01 2.50	25,8	41,6	124,3	147,8	13
2.51 3.00	25	44,4	123,1	149	12,9
3.01 3.50	25,3	44,5	124,8	149,3	12,7
3.51 4,00	25,6	45,7	125,6	153,3	12,9
4.01 5.00	25,7	47,5	125,2	151,5	8
mas de $ 5.00	26,6	47	127,8	150	11,5

Salario por unidad de consumo	Estado dentario			Rendimiento escolar (nota: 1 a 7)	
	Esmalte compacto o/o	Incisivo de borde liso o/o	Caries y piezas que faltan t/m.	ramos generales	gimnasia
Menos de $ 1.00	36,6	40	7	3,8	4,0
$ 1.01 1.50	41,9	39	5,8	4,3	4,4
1,51 2.00	49,2	52,2	6	5,0	4,3
2.01 2.50	55,7	51,5	5,3	5,2	4,5
2.51 3.00	57	60,3	5,6	5,5	5,3
3.01 3,50	62,5	59,5	4,3	5,7	5,0
3.51 4.00	61,3	64,5	4,7	5,4	5,5
4.01 5.00	62,9	72,6	3,8	6,0	5,8
más de $ 5.00	71,7	71,5	4	6,5	6,4

Estos cuadros demuestran que para cada edad existe un aumento lineal del peso y de la estatura con el salario (reducido a unidad de consumo-día) de que dispone la familia. Aún cuando no se realizó una encuesta alimenticia simultánea los resultados de las investigaciones del Dr. Santa María demuestran que el consumo de alimentos protectores tiende a mejorar con el salario, de modo que el valor biológico de las proteínas del régimen y el aporte de sales y vitaminas resulta más alto en los individuos de mejor situación económica y social.

Estos cuadros revelan igualmente una relación evidente entre el salario y los trastornos de calcificación demostrado por las lesiones óseas y dentarias.

Una desviación entre la velocidad de crecimiento y la calcificación determina la aparición de síntomas de raquitismo. Los aportes de calcio más importantes provienen de la leche y del queso. Difícilmente puede cumplirse un régimen suficiente en calcio en un niño que no consume algunos de estos alimentos. La carencia de vitamina D es de regla en todo individuo que no recibe cantidades importantes de mantequilla o huevos, o bien, aceite de hígado de pescado. Afortunadamente las necesidades de esta vitamina pueden ser reemplazadas por la irradiación solar en forma casi total y es así como su carencia se presenta prácticamente en los meses de invierno y su frecuencia —como lo demuestran las estadísticas— va creciendo de norte a sur del país. Así mientras el porcentaje de raquitismo atendidos en los hospitales de Tarapacá a Coquimbo es sólo de 0,03% en los de Llanquihue a Magallanes alacanza a 0,21%.

En resumen, se observa en el país con una frecuencia elevada, y en relación con el salario de que dispone la familia, defectos del crecimiento y de la calcificación atribuibles a deficiencias alimenticias que se refieren principalmente a mala calidad de proteínas y bajo aporte de calcio y vitamina D.

b) embarazo y lactancia

Durante el embarazo las necesidades alimenticias de la madre están aumentadas en cuanto requieren materia prima de índole tanto orgánica (ámino-ácidos) como mineral, para la formación del feto.

La no satisfacción de estas necesidades repercute mucho antes y más gravemente sobre la madre que sobre el feto. En efecto, éste recibe de modo permanente de la madre los elementos de que necesita disponer, pues se encuentran en ella en cantidad regulada. Así por ejemplo, la sangre tiene una proporción más o menos constante de calcio, aún cuando los aportes alimenticios de esta substancia sean insuficientes, porque el organismo dispone de reservas en los huesos y de mecanismos que regulan la calcemia. Al efecto no le faltará calcio mientras la madre lo tenga en sus huesos. Esta situación se presenta para casi todas las materias primas que el desarrollo fetal requiere. Es necesario, por consiguiente, una desnutrición muy grave que acarree un agotamiento de las reservas para que el feto sufra de carencia de ellas.

Resulta así que mientras el embarazo representa una condición que agrava la desnutrición de la madre mal alimentada, una carencia muy grave puede ser causa de debilidad congénita del recién nacido que aparece como uno de los rubros más importantes de la mortalidad infantil.

Las repercusiones sanitarias de estas circunstancias deben buscarse en el lactante y su traducción más fiel es la elevada mortalidad infantil, cuya tasa es en Chile —como ya lo hemos visto— una de las más elevadas del mundo.

Si se examinan las causas de mortalidad infantil antes de un año de edad se concluye que el 70% obedece a defectos nutritivos y que las enfermedades por enfriamiento o infecciosas tienen una mortalidad mucho más elevada en los niños dis-

tróficos, de modo tal que sus cifras de muerte también son tributarias de la desnutrición.

La estadística ha querido buscar la influencia de los regímenes alimenticios sobre la mortalidad infantil. Sus datos para 1938 fueron los siguientes:

Alimentación de menores muertos antes del año

No recibieron	3.399	9,3%
Natural	27.029	74,0%
Artificial	4.116	11,4%
Mixta	1.223	5,3%

Estos resultados demuestran que el origen de las distrofias que determinan la mortalidad infantil no está tanto en la lactancia mal conducida como en la lactancia materna insuficiente y no suplementada. Revelan, por consiguiente, una hipogalaxia o una deficiencia de la calidad nutritiva de la leche que derivan, ambas, de defectos nutritivos de la madre.

En resumen, la no satisfacción de las necesidades alimenticias durante el embarazo y la lactancia conducen en primer lugar a la producción o agravación de la desnutrición de la madre y en segundo término, en casos extremos, a debilidad congénita y a distrofias del lactante por insuficiencia o mala calidad de la leche que recibe de su madre. La primera aparecerá en los rubros de mortalidad en que está ubicada la desnutrición del adulto y la segunda en nuestra elevada mortalidad infantil.

El examen del trabajo muscular, de las enfermedades infecciosas y parasitarias conduce al doctor Mardones Restat a análogas conclusiones.

La enunciación del problema demuestra su magnitud y su complejidad. Los técnicos se han preocupado de él y demostrado que la política alimenticia para ser eficaz, debe quedar entregada al Estado y abarcar simultáneamente sus tres aspectos primordiales: producción, distribución y consumo.

El señor don Ricardo Cox Balmaceda estudiando las condiciones de la producción en Chile ha concluído que nuestro país, económicamente, es un país limitado en su consumo ali-

menticio por su capacidad de producción de alimentos (70). De aquí debemos deducir que entre nosotros el problema adquiere una gravedad insospechada: falta de producción (es necesario recordar nuestro déficit de producción de leche) y falta de poder adquisitivo en nuestra masa obrera, a todo lo cual se suma la carencia de una adecuada educación sanitaria que permita discriminar al consumidor sobre lo que le convendría comer, con miras a un mayor valor nutritivo, dentro de su presupuesto familiar.

Corresponde al centro de salud organizar un centro de nutrición con múltiples finalidades:

a) las enfermeras en sus visitas domiciliarias se ven abocadas de modo permanente al problema de la alimentación: carencia, insuficiencia o defectos graves en su composición. Requieren los consejos de un dietista, pues carecen de preparación especializada, para resolver los diversos problemas técnicos que se presentan, como igualmente requieren del servicio social para dar solución al aspecto económico dentro del hogar.

La existencia del centro de nutrición resolverá la mayoría de los problemas que tienen que abordar las enfermeras en el domicilio de sus clientes.

b) debe efectuar la labor de educación sanitaria en materia de alimentación. Hemos dicho ya que ningún centro materno-infantil podría eximirse de educar a las madres en la preparación de los alimentos para sus hijos; de igual modo el centro de salud debe enseñar a las dueñas de casa no tanto la técnica culinaria como el mejor aprovechamiento de sus presupuesto familiar en la elección de los alimentos más nutritivos con el más bajo coste y su preparación en forma variada y agradable.

c) organizar un restorán dietético.

"Para la mayoría de los enfermos crónicos que se asisten en los consultorios externos de los hospitales el régimen

(70) Cox Balmaceda (Ricardo). Condiciones de la producción de los artículos alimenticios en Chile. Revista Médica de Chile. 1941, junio.

alimenticio desempeña una importancia decisiva para la curación y sin embargo él no puede ser realizado ni cumplido en su casa. El enfermo que concurre al hospital para su asistencia: obrero, empleado, pequeño comerciante, no está en condiciones de cumplir con este requisito fundamental de su curación y va por eso mismo, a la cronicidad y a la muerte temprana. Las clases pobres mueren temprano porque comen mal. No todos los enfermos crónicos necesitan internarse: una gran mayoría, casi el 70% puede ser asistido sin ocupar una cama; tal sucede con: los enfermos del aparato digestivo, las afecciones renales lejos de sus períodos agudos, los glandulares, un gran número de enfermedades del hígado, sangre y pulmonares, la diabetes, la gota, la obesidad, etc., etc. Pero toda esta legión de enfermos, en el supuesto caso que fueran bien atendidos desde el punto de vista dietoterápico, durante su internación, una vez que salen del hospital, abandonan el régimen y vuelven a recaer" (71). Tal dice el Prof. Escudero, de Buenos Aires, al referirse al sistema de asistencia colectiva mediante el refectorio implantado por él en aquella ciudad.

Entre nosotros ha existido evidente preocupación por este problema. Desde luego el Centro de Salud Nº 1 de Santiago se puso en contacto con los diversos hospitales de la ciudad para aprovechar su centro de nutrición. Desgraciadamente no hubo la comprensión necesaria, no obstante lo cual persiste con tesón en su tarea.

El Prof. Dr. Ignacio Díaz Muñoz abordó el mismo problema en relación con el diabético (72) preconizando análoga solución. El doctor don Manuel Volosky, médico-dietista de la IV Zona Hospitalaria (Valparaíso), ha propugnado la creación de restoranes dietéticos y expresado: "En la práctica médica nos encontramos muy a menudo con enfermos a quienes prescribiendo un régimen alimenticio dado, no tienen la oportunidad

---

(71) Escudero (Prof. Pedro) y Landabure (Dr. Pedro). El sistema de asistencia colectiva mediante el refectorio. Revista de Asistencia Social. 1940, núms. 2-3.

(72) Díaz Muñoz (Prof. Dr. Ignacio). La asistencia social del diabético. Revista de Asistencia Social. 1941 Nº 4.

económica o simplemente técnica de cumplirlo" (73), y pone de relieve que nosotros carecemos de un centro destinado a educar al enfermo en el arte de la detenida masticación, de la selección de platos adaptados a su estado patológico y sobre todo un organismo que le resuelva el problema de darle el régimen a bajo coste y a una distancia cercana de la fábrica o taller en que trabaja.

Todos quienes se han preocupado de la organización de centros de salud en otros países estiman que ésta es una obligación fundamental, que debe proceder a instalar un restorán dietético bajo la dirección inmediata de una enfermera dietista, controlada por el médico especialista.

El doctor Volosky proporciona un esquema de su funcionamiento. Los enfermos son enviados desde los hospitales, consultorios de la Caja de Seguro Obligatorio, etc., con una tarjeta que va siendo perforada a medida que el enfermo concurre al servicio. La tarjeta indica su nombre y el número en clave del régimen que se solicita. Esta tarjeta es entregada a la enfermera dietista, la que señala a la jefe de cocina la composición del menú. Las meses numeradas facilitan la distribución de los platos desde la cocina dietética hasta el cliente. En la práctica los menús se encuentran standardizados y en la práctica son suficientes los siguientes regímenes:

1. régimen hipoazoado vegetariano (para afecciones cardíacas complicadas con trastornos de insuficiencia hepática o renal; se entiende para enfermos aún válidos),
2. régimen hipoazoado mixto (afecciones cardiovasculares o renales crónicas sin trastornos digestivos, etc.).
3. régimen declorurado (cualquiera de los dos anteriores o aún un régimen normal, sin sal),
4. dieta farinácea, sin residuos (enteritis agudas, etc.),
5. dieta mixta sin residuos (enteritis crónicas, etc.),
6. dieta rica en celulosa vegetariana (constipación crónica con trastornos hepáticos, renales, etc.),
7. dieta mixta rica en celulosa (estreñimiento habitual),
8. dieta rica en albúminas, vitaminas y sales minerales (en la tuberculosis, anemias, desmineralización, etc.).

---

(73) Volosky (Dr. Manuel) Restoranes populares dietéticos para enfermos a régimen. Medicina Moderna. Valparaíso, 1939, N° 9.

Fuera de estos regímenes standardizados la cocina dietética debe preparar las dietas individualizadas para diabéticos, obesos, nefríticos, etc., según prescripción médica.

d) conectarse con los servicios (Dirección de Auxilio Social, etc.) que suministran alimentos gratuitamente, para cubrir las necesidades de los clientes indigentes o de escasos recursos del centro de salud.

e) cooperar con la Dirección General de Sanidad en todas las normas que imparta ésta ya sea para el control higiénico de los alimentos que se expendan en su distrito, o para cualesquiera otras medidas que guarden relación con el problema.

Higiene dental

"La enfermedad de los dientes es la más general de todas las afecciones del organismo. En verdad, menos del 2% de nuestra población está libre de la caries dentaria. No sabemos exactamente las causas que determinan el deterioro de los dientes, pero sí, sabemos que el estado de la salud del cuerpo determina su actividad".

"La salud dental no puede ser considerada aparte de la salud general. Recíprocamente la salud de la boca es el barómetro del estado físico general. La salud física y mental no puede persistir si el individuo tiene en mal estado su boca. La higiene oral y la caries dentaria son los únicos dos problemas dentales y ellos son los problemas de la juventud y la educación dental debería constituirse en la primera línea de ataque" (74).

Es de conocimiento general las relaciones íntimas que existen entre las afecciones buco-dentarias con el estado general del organismo y en especial con determinadas enfermedades. Casi podría decirse que no existe sistema o aparato que no esté expuesto a la injuria de una infección partida de la cavidad bucal: sistema nervioso (neuralgias, etc.), aparato ocular,

---

(74) Hall (John). Dental Health and the Nurse. The American Journal of Nursing. 1940, núm. 3.

auditivo, senos maxilares, etc. Bien sabemos del reumatismo de origen focal dentario, de las apendicitis y úlceras gástricas atribuídas a igual etiología.

Es por esta repercusión sobre todo el organismo, que el cuidado e higiene de la dentadura reviste un papel fundamental y por ello el servicio dental, en un centro de salud, debe cumplir preferentemente una función profiláctica, orientadora, educativa.

La profiláxis en el dominio de la higiene dental comienza en la futura madre. Sabemos que los dientes temporales que acompañan desde el primer año de vida hasta los 10 años aproximadamente, empiezan a formarse desde los primeros meses de la vida embrionaria en forma tal, que si la alimentación materna no es la conveniente, la dentadura temporal será deficiente.

Cuando abordamos el problema de la nutrición dimos todos los antecedentes necesarios para juzgar de la importancia de la alimentación adecuada de la madre para el desarrollo normal del hijo.

La caries no es como se cree habitualmente un trastorno local; obedece a factores generales que encuentran en la alimentación insuficiente o defectuosa su principal explicación.

En un estudio llevado a cabo por el doctor Honorato, en compañía de la Srta. Marta López (75), se encontraron en forma manifiesta las consecuencias de la falta o de la mala distribución de elementos minerales en el régimen alimenticio, en la producción de caries. En cerca de 1.000 niños examinados, alimentados en las más diversas condiciones, comprobaron que las cantidades de Ca y P eran absolutamente insuficientes, muy por debajo de las cifras mínimas exigibles.

La revisión de los niños de la Casa Nacional del Niño y de la Casa de Menores, les permitió demostrar fehacientemente que la ración alimenticia que recibían era insuficiente en esos elementos y que en relación estrecha con ella, solo un 61% de

---

(75) Honorato (Dr. René). Alimentación y caries dentaria. Revista de Medicina y Alimentación. Santiago, 1934, núm. 2.

los examinados poseía una dentadura calificada de "más o menos buena" y un 39% caries de 4º grado.

El cuadro que hemos incluído en el capítulo de la nutrición es muy demostrativo a este respecto.

Experiencias interesantísimas de Mallanby, Bunty, Howe, Price y otros han concluído la importancia de los aportes de vitamina D en la alimentación en relación con las caries dentarias y el Prof. Cruz Coke fué el primero en atribuir análoga importancia al factor carencial en vitamina C, concepto que trabajos posteriores realizados en el extranjero comprobaron en forma amplia.

En Alemania la profiláxis dental había alcanzado, antes de la guerra actual, un desarrollo inusitado. Toda mujer, hereditariamente sana, que no pudiese proveer a su alimentación racional, recibía durante el embarazo los alimentos necesarios, ricos en vitaminas y sales minerales. Bonos especiales le eran suministrados gratuitamente durante las 6 semanas precedentes al parto y en caso de lactancia materna se le prorrogaba la entrega de estos bonos por 6 semanas más. Cada uno de ellos representaba un medio litro de leche fresca, legumbres, mantequilla, huevos y carne (76). En caso de segundo o tercer embarazo, el aporte de alimentos significaba una mayor cantidad.

De aquí que la obra profiláctica dental debe iniciarse en el centro maternal, procurando para la futura madre la alimentación adecuada; se continúa posteriormente con la vigilancia de la alimentación del lactante, del preescolar y del escolar.

Respecto de este último es imprenscindible que se le someta a examen dental cada 6 meses y de inmediato se efectúe el tratamiento que corresponda, ya se trate de procesos sépticos o defectos de implantación dentaria u otros, que si no se corrigen a tiempo pueden llegar a constituir graves perturbaciones.

En cuanto al adulto, también debe ser sometido a examen periódico. Recordemos que al referirnos a la pauta que debe seguirse en el examen periódico de salud señalamos con el carác-

(76) Reiter (Prof. Dr.). Les soins dentaires publics en Allemagne. Office International d'Higiène Publique. 1937, núm. 6.

ter de imprescindible el examen dental. Si de éste deriva la necesidad de un tratamiento, el centro de salud debe estar equipado en forma suficiente para realizarlo, teniendo presente que su tendencia debe ser reparadora y excepcionalmente extirpadora.

Para llegar a una organización de esta naturaleza es previo obtener la comprensión y la cooperación del público: el centro en su acción general de educación sanitaria debe dar al cuidado de la boca la importancia que requiere; se trata de una cuestión de salud pública. Y en esta obra corresponde a la enfermera el rol fundamental, constituir el nexo que enlace permanentemente el hogar con el centro de salud.

Ortofonía

Ha sido preferentemente en Francia y en Alemania donde los centros de salud de las grandes ciudades y distritos industriales han agregado una sección de ortofonía. Ya lo mencionamos al comienzo de esta exposición cuando nos referimos al concepto de Mme. Gonse Boas sobre organización de los centros.

Entre nosotros se ha efectuado al respecto una interesantísima demostración en la sección de oto-rino-laringología del hospital del Salvador de Santiago cuyo jefe es el doctor don Alfredo Alcaíno, en la cual se ha anexado un servicio de ortofonía o foniatría, a cargo de la Sra. Consuelo de Guzmán.

La experiencia de los primeros 6 meses fué dada a conocer sucesivamente en la Sociedad Chilena de Oto-rino-laringología y en la Sociedad Médica de Chile; el trabajo presentado (77) nos permitirá presentar un resumen de este problema.

La correcta pronunciación de las palabras tiene una importancia social evidente, pues los trastornos de la palabra ejercen una influencia deprimente sobre la moral de quienes sufren tal defecto. Basta considerar solamente la condición de inferioridad de los que padecen de tartamudez.

Corresponde a la ortofonía aplicar todos los conocimien-

(77) Guzmán (Consuelo de). Resumen de 6 meses de foniatría en el servicio de oto-rino-laringología del Hospital del Salvador. Santiago, 1942.

tos relativos a la función vocal y a sus perturbaciones a la higiene, educación y reeducación de la voz cantada y hablada y el tratamiento y profiláxis de las enfermedades de la voz.

Los diversos tipos de afecciones susceptibles de ser atendidos en un servicio de ortofonía pueden esquematizarse así:

1º Afonía producida por afecciones en la laringe, cuerdas vocales, músculos laríngeos, bandas ventriculares. Este grupo comprende: laringitis crónica, astenia profesional, desviación del fisiologismo laríngeo normal o cacofonía esencial; las afonías totales, paresias orgánicas, histéricas, voz velada, ronqueras o asperezas de la voz, trastornos motores de las cuerdas, nódulos o papilomas.

El 70% de los enfermos pertenecientes a este grupo está formado por profesores, motivo por el cual en otros países, Estados Unidos p.ej., las autoridades educacionales se han preocupado mediante medidas preventivas de mantener en las mejores condiciones el órgano vocal de los maestros.

2º Afecciones producidas en el aparato resonador. Tales son: la voz eunucoide, rimolalia abierta y cerrada, voz masculina en la mujer, voz nasal, voz gutural, etc.

3º Anomalías producidas en la voz por el mal funcionamiento de la articulación de los órganos formadores de la palabra: labio leporino, balbuceo, farfulleo, dislalias (a este grupo pertenecen el ceceo, rotacismo, capacismo, feelden, jotacismo, lambdeacismo, tartajeo, etc.), hotentotismo (falsa articulación de diversas consonantes), etc.

4º Perturbaciones espasmódicas y trastornos psíquicos: tartamudez, afásicos, afonías conmocionales o traumáticas, etc.

5º Recuperación artificial de la voz, sin órganos productores del sonido: traqueotomizados, laringuectomizados.

Orientación y selección profesionales

Por poco que se penetre en los problemas que dicen relación con el trabajo se observa que en su inmensa mayoría son tributarios del estado de la salud y del vigor de la población y que no es posible tratar de las cuestiones de la industria, de la producción sin vincularlas a la higiene, a la medicna preventiva y curativa.

Antes parecía que el problema de la industria no tenía sino un aspecto meramente técnico. La experiencia ha demostrado, como tan exactamente lo dice el doctor Sand, que la can-

tidad, la calidad, la economía y la continuidad de la producción descansan sobre un trípode en que cada una de las partes es solidaria entre sí: sobre la salud que asegura el poder de producir; sobre la educación general y profesional que desarrolla la capacidad técnica de producir y sobre el bienestar que engendra la voluntad de producir.

Si la higiene es la parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud, previniendo las enfermedades, y el trabajo es la ocupación a que el hombre está obligado para obtener el propio sustento y el de los suyos, pero a expensas de un desgaste de su organismo traducido en enfermedades y accidentes del trabajo, se comprende fácilmente que la higiene del trabajo tiene una importancia insospechada dentro de la medicina social.

En todos los países del mundo existen organismos especiales que bajo la inmediata dependencia del Estado toman a su cargo todos los problemas de la medicina del trabajo, pero hay algunos aspectos de ella en la cual otros institutos prestan una decidida y eficaz cooperación, sin que se produzcan interferencias: nos referimos a la orientación y selección profesionales.

En los centros de salud que funcionan en los grandes distritos industriales, donde la masa obrera constituye el volumen principal de la población, existen secciones especiales destinadas a aconsejar una profesión o empleo determinado al individuo que posee las condiciones o aptitudes necesarias para dicha profesión o empleo: es la orientación profesional; o bien, busca para un empleo o profesión determinados al hombre que posee las aptitudes que lo hagan capaz de desempeñarse con éxito: es la selección profesional.

Todo este proceso requiere el concierto de los especialistas: el médico, el psicólogo, el psicotécnico y la existencia de un laboratorio de psicotecnia debidamente montado y organizado.

Se han cumplido ya más de 60 años (1878) desde que se implantó en Alemania, por sugerencia de Holmgren, el examen de la vista de los pilotos y maquinistas, como medio de evitar los accidentes ferroviarios y marítimos debidos al dalto-

nismo, o sea, a la confusión de los colores usados en los sistemas de señalización. Precisamente fueron los accidentes los que primero llamaron la atención de los hombres de ciencia y directores de empresas industriales hacia la necesidad de estudiar seriamente sus causas y aplicar un criterio preventivo que permitiera evitar las cuantiosas pérdidas de vida y de dinero que gravaban tan considerablemente la economía general: tal fué la iniciación de la selección de los obreros.

Ha sido necesario llegar a los tiempos modernos, que con su formidable desarrollo del maquinismo ha producido el máximum de división del trabajo para que el problema de las aptitudes y de la elección de un oficio hayan hecho imprescindible el examen médico previo, a través de todos los medios que la ciencia posee actualmente.

En 1906, en una ponencia presentada por De Giovanni al Primer Congreso de Enfermedades Profesionales celebrado en Milán, puso de relieve las íntimas relaciones que existen entre ellas y la individualidad, estableciendo que el cuerpo humano, desde el punto de vista de su organización, de sus formas y de sus funciones, presenta una extraordinaria variabilidad que puede reducirse a diversos tipos. Esta clasificación conduce a la biotipología que tan extraordinario desarrollo ha alcanzado en los últimos años, especialmente merced a los estudios e investigaciones del Prof. Pende. Es esta variedad la que explica la diferente resistencia de los individuos a un mismo trabajo y los distintos daños que éste puede producir. La medicina preventiva tiene la obligación de aconsejar a los trabajadores la cantidad y la calidad de trabajo que según sus aptitudes individuales pueden desarrollar.

La gran dificultad de la orientación profesional reside en el hecho de que se dirige a jóvenes cuya aspiración, deseos, personalidad física y psíquica se encuentran en plena evolución. Es por ello que contra lo que habitualmente se piensa esta orientación no consiste en un simple examen psicotécnico; es una función continua que se inicia en la escuela primaria por el

(78) Fuss (Henri). Le problème de l'orientation professionelle. Le progrés social. 1939, Nº 5.

educador. "Su juicio en el tiempo, dice el doctor Martiny, tiene un valor más grande que una exploración psicotécnica en el espacio de una sesión" (78) pudiéndose agregar, de una sesión en la cual el niño, el adolescente, no están en su estado natural, lo que falsea sus reacciones. Exige además que en el umbral mismo del período de la formación profesional se practique un examen minucioso sobre las condiciones de salud y aptitudes manuales e intelectuales del sujeto. Debe proseguirse este examen a lo largo de todo el período de formación profesional, se efectúe ésta en la escuela o en el taller; adquiere su máxima importancia en el momento en que el individuo acepta un empleo determinado y necesariamente debe ser continuado en el curso del primer período de trabajo de los jóvenes con el objeto de corregir los errores de orientación que pudieran manifestarse en esta época.

La selección profesional es más fácil, porque se dirige a individuos que poseen una cierta madurez, gustos bien determinados y un desenvolvimiento físico más o menos estable.

La psicotecnia es realmente más útil en la selección profesional que en la orientación: ésta, debemos insistir, es un problema que se presenta a los jóvenes frente a la elección de una carrera o una actividad; aquella es un problema que se presenta al empleador: se trata de elegir entre varios candidatos el mejor. En el estado actual de la aplicación de los tests, difícilmente podrá basarse en la psicotecnia un consejo para orientar un individuo en la elección de una profesión, pero podrá ser de gran utilidad para seleccionar con seguridad, en un grupo de candidatos, los sujetos más aptos para un trabajo determinado.

Por muy importantes que sean los resultados que proporcione la escuela sobre el desarrollo intelectual y vocacional del alumno, los que se obtengan de los exámenes somático y psíquico, no son suficientes para resolver de modo integral el problema de la orientación profesional, pues no solamente se preparan los individuos para un oficio por que tengan aptitudes para ello sino porque también cuentan con encontrar un género de actividades que responda a su vocación. De aquí que nin-

gún instituto que tome a su cargo la totalidad del problema de la orientación profesional podrá desconectarse de las organizaciones que regulan el mercado del empleo, esto es, de los servicios, cajas o bolsas que centralizan las ofertas y demandas de ocupaciones. Esta es acción propia del servicio social.

Los principios generales de la orientación profesional exigen desde el punto de vista exclusivamente médico tener en cuenta los siguientes elementos:

1. examen constitucional general (así la tendencia al reumatismo, la constitución artrítica, contraindicarán las profesiones que exponen a enfriamiento, etc.).
2. sistemas orgánicos:
   a) sistema óseo (p.ej. la predisposición a deformaciones de la columna vertebral impedirá los trabajos de escritorio, talladores, de precisión, esfuerzos intensos tales como trasportes de carga, etc.; las deformaciones de la caja torácica contraindicarán ciertos oficios que requieren actitudes especiales: relojeros, cinceladores, zapateros, peinadores, carpinteros, etc.).
   b) aparato respiratorio
   c) aparato circulatorio
   d) órganos digestivos y abdominales
   e) sistema nervioso
   f) piel
3. órganos sensoriales: visión (los que poseen un sólo ojo no pueden desempeñar labores de precisión; la hemeralopia es perjudicial a los fotógrafos, choferes, conductores, maquinistas; los que sufren daltonismo no pueden ser empleados ferroviarios ni trabajar en artes decorativas, etc. Oído (la predisposición hereditaria a la otoesclerosis es una contraindicación a la ocupaciones en medio de grandes ruidos: industria del fierro, ferrocarriles, industria textil, etc.).

Hemos señalado tan sólo algunos ejemplos para destacar la importancia del examen médico previo en la orientación profesional.

El examen psicotécnico tiene su aplicación principal en la selección profesional y se efectúa por medio de tests o pruebas psicotécnicas a cada una de las cuales corresponde un coeficiente determinado que permite llegar a una calificación del candidato, lo más exacta posible, basada en el resultado del conjunto de las pruebas (test del tiempo de reacción, de la sugestibilidad motora, de la fatigabilidad, de apreciación de velocidades y distancias, de la atención difusa, de la emotividad, de la inteligencia, de la memoria, etc.).

Debemos insistir una vez más que la acción del centro de salud frente a estos aspectos de la medicina del trabajo es simplemente complementaria de la labor que desarrollan las instituciones del Estado y que tan sólo los que están ubicados en grandes centros industriales pueden justificar una organización especial destinada a este fin.

Educación sanitaria

Para que la medicina preventiva pueda actuar útilmente es indispensable educar sanitariamente a la población; no existe ningún instrumento, ningún organismo que se preste más adecuadamente para la difusión de los conocimientos sanitarios que el centro de salud.

Al tratar de las actividades del centro frente al problema del niño dejamos claramente establecido que la causa más poderosa de la enfermedad y muerte del hijo, aún más que la miseria, es en primer término la ignorancia de la madre y en segundo lugar la de la población.

Esta educación sanitaria, obligación fundamental del centro de salud, debe quedar confiada a cada uno de los componentes del instituto: en los diversos consultorios, en los médicos, en las enfermeras, en las asistentes sociales, en las matronas. Todos deben cooperar a su difusión. Pero para que estos conocimientos penetren en la conciencia de la colectividad es necesario organizar la educación sobre bases técnicas, en forma científica y moderna.

Nuestro actual Código Sanitario en sus arts. 75 a 78 inclusive, entrega al Servicio Nacional de Salubridad la obligación de difundir en la población todas aquellas medidas más elementales para prevenir las enfermedades y al mismo tiempo el control superior de toda la iniciativa particular en relación con este problema (79).

En consecuencia, nuestros centros de salud deben entrar en contacto con el servicio de propaganda sanitaria que de-

(79) Ríos Castro (Rigoberto). La propaganda y educación sanitaria en Chile. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1939, noviembre.

pende de la Dirección General de Sanidad para sistematizar su acción educativa y crear en cada uno de ellos una sección especial encargada exclusivamente de la educación sanitaria, la cual debe realizarse por intermedio de:

1. distribución de cartillas y folletos de divulgación sanitaria
2. afiches
3. charlas en escuelas, talleres, instituciones sociales obreras,
4. conferencias radiodifundidas
5. cine educativo que es el que más sugestiones ofrece por su mayor objetividad
6. cooperación con la enseñanza:

   a) exhibiciones de carácter sanitario, charlas, etc. en las escuelas primarias, liceos u otros institutos de enseñanza,

   b) entrega de cartillas a los maestros,

   c) organización de cursos para directores y profesores sobre temas de higiene.
7. exposiciones sanitarias (museo social, etc.).
8. acción en el hogar

Es evidente que de todos los medios de que se vale la propaganda par educar desde el punto de vista sanitario a la colectividad, ninguno es más eficaz que la acción que ejerce la enfermera en el domicilio del enfermo o del sano pues es la instrucción individual, técnica y práctica, la que reviste mayor valor. Para ello es indispensable que la enfermera sea una profesional calificada, en el sentido de que debe unir a su capacitación técnica, un clarísimo concepto de su rol social: celo, entusiasmo, en fin, espíritu social para cumplir su misión con inteligencia y abnegación.

Fichero central

Es previo eliminar un concepto erróneo sobre lo que constituye el fichero central. Frecuentemente hemos oído decir a personas que trabajan en servicios asistenciales que el fichero central está destinado a llevar un índice alfabético de todos los enfermos que atiende una institución. Nada más lejos de ello.

El fichero central es fundamentalmente un organismo de coordinación que establece un lazo de unión entre todas las obras de un determinado distrito (ciudad, comuna, barrio, etc.) que se ocupan de la asistencia de una misma familia o individuo, dándoles la oportunidad de conocerse, informarse y concertar una acción que impida la dispersión de los esfuerzos y recursos.

Sabemos que fué San Vicente de Paul el primero que se dió a la tarea de organizar, de canalizar, la caridad. Un día recibió para una misma familia un número tan considerable y excesivo de donaciones, que estimó indispensable establecer un enlace entre todas las personas de espíritu caritativo que les permitiera actuar con mayor discernimiento y eficacia. Este es el origen del fichero central y en ello se encuentra encerrada su finalidad.

El modo de cumplirla consiste en llevar al día un índice —un fichero— que permite informar de inmediato, verbalmente, por teléfono o por escrito, sobre todas las obras que se han interesado o se interesan por una misma familia. Todas las instituciones asistenciales del distrito, tanto públicas como privadas, inscriben diariamente los nombres de los asistidos, en una tarjeta que contiene todos los detalles necesarios a su identificación: nombre, dirección, edad, ocupación, estado civil, esposa, hijos, atención que se les dispensa, etc..

Desde que un instituto asiste a un individuo queda obligado a enviar la ficha standard al fichero central: si ya es atendido por otra institución se le dice a ambas que "el caso ha sido identificado"; si no hay ficha se le contesta al organismo que la ha remitido que "no existe inscripción anterior" y queda inscrito en el fichero.

Por medio de estos avisos el fichero central automáticamente tiene a los diversos organismos asistenciales al corriente de sus asistidos anteriores y actuales.

De este modo la organización se propone:

a) proteger la familia contra las encuestas inútiles y los planes de asistencia contradictoria, permitiéndoles, sí, beneficiarse de una acción concertada,

b) economizar el tiempo de asistencia, pues el fichero central permite encontrar inmediatamente las informaciones respecto de la familia o individuo que se desea asistir,
c) reducir al mínimum la duplicación de esfuerzos y servicios,
d) estimular la cooperación y trabajo en equipo de las diversas obras sociales, y
e) eliminar a los mendigos profesionales y a los explotadores habituales de las instituciones asistenciales.

A través de este esquema puede deducirse que el fichero central no niega a nadie la asistencia social; tan sólo se limite a coordinar los esfuerzos de los organismos de atención y auxilio médico-social y a impedir la explotación de estas instituciones.

Antes de organizar un fichero central deben tomarse en consideración diversos factores: en primer término el fichero debe servir un distrito perfectamente limitado, con una densidad de población y un volumen de obras que justifiquen su existencia.

Es previo, igualmente, buscar la cooperación de las distintas obras (hospitales, centros materno-infantiles de la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, obras de la Dirección General de Auxilio Social, centros antivenéreos de la Dirección General de Sanidad, organismos de la Caja de Seguro Obligatorio, obras escolares, parroquiales, sociedades de protección mutua, Patronato Nacional de la Infancia, Cruz Roja, Sociedad de Beneficencia Escolar, etc., etc.) para que se sirvan del fichero: éste, sin espíritu de colaboración, está destinado a un fracaso cierto.

Del mismo modo es necesario que las instituciones integrantes posean documentos, antecedentes completos sobre cada asistido, pues el fichero central no es solo un índice clasificador; es un documento vivo capaz de informar a las instituciones o a sus reperesentantes debidamente autorizados, sobre el estado económico, social y médico del individuo o la familia.

Sin entrar al detalle de la organización del fichero debe decirse que es necesario igualmente tener un clasificador índice suplementario por calles.

La sinonimia del fichero central es muy rica lo que contribuye en grado sumo a la desorientación: algunos los denominan también: bolsa de servicio social, oficina de registro conjunto, centro de información, intercambio confidencial, directorio de socorros, índice de servicio social, secretariado de asistencia social, oficina de identificación social, etc. Creemos que para evitar el confusionismo conviene mantener el nombre de fichero central con que se le conoce en la inmensa mayoría de los países.

Actividades curativas del centro de salud

No obstante que en casi todos los países del mundo el centro de salud no desarrolla actividades curativas, nosotros pensamos que a lo menos en nuestro medio, consideradas las condiciones de cultura general, es no sólo conveniente sino necesario. Son los consultorios curativos los que proporcionan el material humano para la acción preventiva: el niño enfermo permite al centro de salud examinar a la madre y llegar al hogar para obtener el examen del grupo familiar y realizar educación sanitaria.

Es obvio, expresar que cualquiera que sea el concepto, el centro de salud realiza siempre los tratamientos, cuando éstos forman parte de la profiláxis de las enfermedades (venéreos, tracomatosos, tuberculosos, etc.).

Pensamos que dentro de la tendencia curativa —e insistimos que, a lo menos, en nuestro medio— el centro de salud debe poseer consultorios de medicina interna, cirugía general, ginecología, oftalmología, oto-rino-laringología, pediatría, urología, dermatología, neurología, etc., y que debe contar con todos los elementos necesarios de diagnóstico, que sirvan tanto a la medicina curativa como a la preventiva: laboratorio químico, serológico, bacteriológico, equipo radiológico, servicios de electrocardiología, endoscopía, metabolismo basal, etc.

El hospital como centro de salud

Hemos presentado un esquema de lo que en otros países, y conforme a diversos conceptos, se estima lo que debe ser un centro de salud en orden a sus actividades preventivas. Creemos que nosotros aún no estamos en condiciones de alcanzar un tan alto grado de progreso. En cada caso hemos creído necesario destacar la importancia del problema entre nosotros, presentando la documentación estadística y los resultados a que han llegado numerosos investigadores en el país.

No obstante tal importancia, creemos que un programa mínimo del cual ningún centro de salud puede eximirse de cumplirlo, está representado por el examen periódico de salud, la asistencia de la madre, el niño, el tuberculoso, el venéreo, la lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas agudas, la higiene mental, la prevención del reumatismo, del cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la higiene dental y la nutrición.

Ahora bien, ¿cómo difundir en nuestro país los centros de salud?

Pienso, con convicción cada vez más arraigada, que ningún instituto se presta para ello en mejores condiciones que el hospital. Y debo reiterar una vez más lo que expresé en el trabajo que sobre "La enfermería y los Servicios de Beneficencia y Asistencia Social de Chile" presenté a fines de 1942 al Primer Congreso Panamericano de Enfermería celebrado en Santiago. En esa oportunidad cité las palabras del destacado médico y eminente sociólogo alemán Prof. Alter:

> "Es deber del hospital comprender la importancia de una total renovación de sus métodos y de su trabajo. La tendencia nueva que tendrá el sello de la época, exige que el hospital no se limite a ser un centro para el cuidado de los enfermos y que se considere como el centro de todos los esfuerzos en favor de la promoción de la higiene".
>
> "Los médicos, las enfermeras y la administración del hospital deben reconocer que les incumbe de una manera indiscutible todas las actividades en orden a la promoción de la higiene. Ellos deben admitir que la función social del hospital se encuentra ligada a la realización de esta obra. El rápido desarrollo y la importancia de

> las actividades profilácticas, tanto generales como individuales, relegarán el hospital, si éste no comprende sus deberes en orden a la medicina preventiva, al papel poco apreciado y poco lucrativo de un taller de reparaciones. Tan grave error acarrearía no sólo el desprestigio del hospital y el daño consiguiente, sino que comprometría seriamente la función social de la medicina preventiva, ya que ésta no encontraría para su extensión un centro tan favorable como el hospital".

Por otra parte numerosos congresos de asistencia social y de hospitales celebrados en el país han llegado exactamente a la misma conclusión.

A mayor abundamiento, el Reglamento Orgánico de los Servicios de Beneficencia y Asistencia Social, dictado por el doctor don Sótero del Río durante su paso por el Ministerio de Higiene, Previsión, Trabajo y Asistencia Social en 1932, establece en su art. 3º que los servicios "en materia de funciones médico-sociales, tendrán a su cargo el desempeño de actividades técnicas preventivas y curativas, en el grado que tanto a unas como a otras señalan los progresos de la ciencia médica".

La enfermería y el centro de salud

En muchos de los capítulos de este trabajo hemos señalado de paso la cooperación de la enfermería en las actividades del centro de salud: es tan fundamental, que la acción de la enfermera se confunde, se identifica de tal modo con la organización que cuando decimos centro de salud decimos enfermería sanitaria. Son funciones absolutamente inseparables.

En 1930 el actual Presidente de los Estados Unidos, Franklin D. Roosevelt, desempeñaba el cargo de Gobernador del Estado de Nueva York y el 1º de mayo de ese año designó una comisión para que estudiase y le informase sobre todos los aspectos técnicos, administrativos y legales de la Salud Pública. La Comisión en su informe, refiriéndose a la enfermera de salud pública dice así:

> "El servicio de enfermeras sanitarias es la columna vertebral del programa de Salud Pública de cada comunidad. Actividades sa-

nitarias a grupos de edades, desde el período prenatal y de maternidad, a través de la infancia, la edad preescolar y la edad escolar; la prevención y dominio de las enfermedades trasmisibles. incluyendo la tuberculosis y las venéreas; el cuidado de los enfermos en sus hogares y el fomento de la educación en materias que conciernen a la salud, dependen primordialmente de la enfermera graduada que tiene un entrenamiento en trabajo sanitario análogo al del médico, especialmente entrenado en trabajos de sanidad, *de manera que ella puede dar a la comunidad el sentido y el valor de estos servicios a la medida necesaria para cada individuo y cada hogar*" (80).

Ahora bien, ¿de qué modo debe contribuir la enfermera a prestigiar y hacer efectivas las actividades del centro de salud?

Mucho pudiéramos decir a este respecto, pero nada nos ha parecido más práctico que trascribir textualmente la pauta señalada en 1936 por la Comisión Práctica Administrativa de la Organización Nacional de Enfermería Sanitaria de Estados Unidos (81) porque ella condensa de modo perfecto las funciones de la enfermera sanitaria que en todo son aplicables al centro de salud:

I. — En el Servicio de Maternidad la visitadora sanitaria:

1. Se pone en contacto con las madres en ciernes y las ayuda a obtener exámenes y vigilancia médica y dental desde el principio del embarazo y durante todo el período prenatal.
2. Ayuda a planear y preparar el alumbramiento y a conseguir un examen médico post-puerperal.
3. Facilita u obtiene asistencia enfermeril durante todo el período de la maternidad, comprendiendo asistencia en los partos a domicilio y cuidado post-natal a la madre y a la criatura.
4. Enseña por medio de demostraciones y vigila la asistencia prestada por parientes, asistentes y matronas.
5. Ayuda a la familia a poner en práctica los consejos específicos del médico en cuanto a higiene maternal y asistencia infantil.
6. Participa en la obtención de recursos adecuados para asistencia a la maternidad utilizando para ello conductos apropiados de educación pública.

---

(80) Fernós Isern (Dr. A.). La enfermera de salud pública (visitadora sanitaria) y su importancia en la vida social. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1933, marzo.

(81) Mc. Iver (Pearl). La enfermería sanitaria. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1939, agosto.

II. — En el Servicio de Higiene Infantil y Preescolar:

1. Ayuda a obtener la inscripción de todos los nacimientos.
2. Ayuda a conseguir para todos los niños vigilancia médica, reconocimientos dentales y corrección de los defectos.
3. Facilita o ayuda a conseguir asistencia enfermeril para los niños enfermos; enseña por medio de demostraciones prácticas, y vigila la asistencia prestada por parientes y asistentes.
4. Ayuda en la lucha contra las enfermedades trasmisibles, enseñando a reconocer los síntomas tempranos, la importancia del tratamiento y el valor de la inmunización.
5. Participa en las obras encaminadas a impedir la incapacidad, y en la asistencia y enseñanza de los niños incapacitados en una forma u otra.
6. Ayuda a la familia a ejecutar los consejos médicos generales y específicos acerca de la alimentación apropiada, recalcando la técnica de la amamantación.
7. Ayuda a la familia a poner en práctica las instrucciones generales y específicas del médico en cuanto a higiene y régimen diario del niño, comprendiendo instrucción de los padres en la conveniencia del establecimiento temprano de hábitos sanos.

III. — En el Servicio de Higiene Escolar:

1. Participa en la formulación y desarrollo de obras de enseñanza higiénica basadas en las necesidades de los alumnos.
2. Ayuda a los médicos en el examen de los alumnos y en la interpretación de los hallazgos a maestros, padres y niños.
3. Enseña el valor de la vigilancia adecuada de la salud y de los medios de asistencia médica y enfermeril, y ayuda a conseguir corrección de los defectos existentes.
4. Inspecciona a los alumnos y enseña a maestros, padres y niños, a observar y reconocer las desviaciones de la salud normal.
5. Ayuda en la lucha contra las enfermedades trasmisibles, enseñando el conocimiento de los síntomas tempranos, la importancia del aislamiento y el valor de la inmunización.
6. Fomenta el mantenimiento de un ambiente escolar saludable, físico, emotivo y social.
7. Atiende a la asistencia de las lesiones banales y de urgencia de acuerdo con las órdenes del médico.
8. Participa en las obras de prevención de la incapacidad y la asistencia y educación de los niños impedidos.
9. Desarrolla relaciones que ayuden a coordinar las obras de enfermería escolar con otras fuerzas sanitarias provenientes de la escuela, el hogar y la comunidad, y para fomentar los recursos pro salud de la comunidad.
10. Participa en la preparación de los planes de estudio. Las enfermeras idóneas pueden enseñar en las clases los principios de la vida sana y de la asistencia de los enfermos.

IV. — En Higiene Industrial:

1. Ayuda al médico en los exámenes de empleados.
2. Suministra u obtiene primera ayuda bajo dirección médica, y también la necesaria asistencia subsecuente a los enfermos o lesionados.
3. Enseña a individuos y grupos de empleados, higiene personal y profilaxia.
4. Ayuda a los empleados a obtener la corrección de los defectos presentes.
5. Coordina el servicio con el plan vigente de relaciones industriales.
   a) Ayuda al departamento de seguridad a explicar su plan de trabajo.
   b) Llevando adecuados protocolos médicos e higiénicos de todos los casos.
   c) Ofreciendo servicio de consulta al administrador del comedor.
   d) Explicando los planes de higiene del establecimiento.
   e) Ayudando a crear medios de recreo.
   f) Poniendo a disposición de los varios departamentos datos apropiados.
6. Coordina su servicio con los otros servicios higiénicos y sociales de la comunidad:
   a) Consiguiendo el necesario servicio de salud y asistencia social para el empleado y sus familiares a domicilio.
   b) estableciendo relaciones prácticas con el Departamento de Sanidad y otros organismos públicos, y obteniendo su participación en el fomento de la salud dentro del establecimiento.

V. — En la Higiene del Adulto:

1. Alienta los exámenes de salud.
2. Enseña fundamentos de higiene personal a fin de ayudar en la profiláxis y el retardo de las enfermedades específicas de la vida adulta.
3. Ayuda a obtener diagnóstico y tratamiento tempranos.

VI. — En la lucha contra las enfermedades trasmisibles agudas:

1. Fomenta la notificación completa de las enfermedades denunciables.
2. Enseña la necesidad de la asistencia médica y ayuda a la familia a obtenerla.
3. Facilita o ayuda a conseguir la asistencia enfermeril necesaria; enseña por medio de demostraciones y vigila la asistencia prestada a parientes y asistentes.
4. Ayuda a la familia a poner en práctica el aislamiento y las instrucciones médicas generales y específicas.
5. Explica el funcionamiento del departamento de sanidad a individuos y grupos.

6. Ayuda, conforme a las instrucciones del departamento de sanidad, a verificar estudios epidemiológicos.
7. Enseña a los padres, maestros y otros individuos:
a) A reconocer los síntomas tempranos y aislar los casos sospechosos.
b) A tomar las precauciones debidas para impedir la propagación de la infección.
c) A apreciar la importancia de la asistencia adecuada durante la convalecencia.
8. Ayuda conforme a las instrucciones del médico, a conseguir la inmunización específica de todos los lactantes y párvulos y de personas de otras edades, según sea necesario.

VII. — En la obra antituberculosa:

1. Ayuda a descubrir los casos y contactos y a conseguir exámenes y vigilancia médica.
2. Ayuda, conforme a las instrucciones del departamento de sanidad, a verificar estudios epidemiológicos.
3. Ayuda a obtener la notificación de todos los casos.
4. Facilita o ayuda a conseguir la asistencia enfermeril necesaria; enseña por medio de demostraciones, y vigila la asistencia prestada por parientes y asistentes.
5. Ayuda a obtener asistencia sanatorial y postsanatorial y la rehabilitación del enfermo cuando está indicada.
6. Enseña al enfermo y a la familia la importancia de la higiene personal y las precauciones que deben tomar para la difusión de la infección.
7. Ayuda al enfermo y a la familia a establecer el ajuste mental y social que exije una enfermedad trasmisible durante un período prolongado.
8. Ayuda a educar al público con respecto a las necesidades irresueltas de la comunidad en lo tocante a la prevención, control y cuidado de la tuberculosis.
9. Ayuda a integrar los servicios de clínicas, sanatorios, médicos particulares, departamento de sanidad, y otros organismos afines.

VIII. — En la obra antivenérea (sífilis y blenorragia):

1. Ayuda a descubrir los casos y contactos y a conseguir exámenes y vigilancia médica.
2. Ayuda, conforme a las instrucciones del departamento de sanidad, a verificar estudios epidemiológicos.
3. Fomenta la notificación de todos los casos.
4. Facilita o ayuda a conseguir la asistencia enfermeril necesaria; enseña por medio de demostraciones, y vigila la asistencia prestada por parientes y asistentes.
5. Facilita la continuación del tratamiento ayudando al enfermo a seguir el sistema prescrito y cooperar con la asistente social en ese sentido.

6. Enseña al enfermo y a la familia la importancia de la higiene personal y las precauciones que deben tomar para la prevención de la infección.

7. Enseña hechos científicos acerca de esas enfermedades a individuos y a grupos a fin de eliminar los estigmas tradicionales.

IX. — En el Servicio de Enfermedades Intrasmisibles:

1. Ayuda a obtener el diagnóstico y tratamiento médico temprano.

2. Facilita o ayuda a conseguir la asistencia enfermeril necesaria; enseña por medio de demostraciones, y vigila la asistencia prestada por parientes y asistentes.

3. Ayuda a obtener la asistencia especial para los enfermos con ciertas incapacidades, p. ej., ortopédicas, artríticas y cardíacas, diabetes y cáncer.

4. Ayuda a obtener asistencia durante la convalecencia y en la rehabilitación del enfermo.

5. Observa y coopera en el ajuste de la situación pro salud en el hogar de los enfermos, enseña higiene general y prevención, y pone a la familia en contacto con los recursos disponibles en la localidad.

X. — En el Servicio Ortopédico:

1. Ayuda a descubrir casos ortopédicos.

2. Observa y ayuda a otros a reconocer y eliminar ciertos hábitos ambientales que podrían provocar defectos ortopédicos o de otra naturaleza.

3. Observa y ayuda a eliminar en los enfermos encamados los estados que pueden provocar contracturas, pié paralítico o cifosis.

4. Observa y ayuda a otros a reconocer los signos de defectos ortopédicos, y ayuda a obtener diagnóstico y vigilancia médica.

5. Facilita o ayuda a conseguir la asistencia enfermeril necesaria; enseña por medio de demostraciones, y vigila la asitencia prestada por parientes y asistentes.

6. Facilita u obtiene fisioterapía adiestrada bajo la dirección médica, a fin de impedir deformidades y obtener la máxima recuperación de la función de músculos y articulaciones.

7. Enseña al enfermo y a su familia la importancia de la confianza en sí mismo de parte del lisiado, fomentando el cultivo de ciertos hábitos diarios y el interés en una ocupación útil.

XI. — En la relación con la biodemografía:

1. Enseña, como parte de la asistencia prenatal, el valor de la inscripción de los nacimientos y la importancia de que la partida de nacimientos contenga datos exactos, y se cerciora de que se ha inscrito el nacimiento antes de dar por terminado un caso de maternidad.

2. Coopera con el registrador dándole los nombres de los recién nacidos que conozca, en los sitios donde la inscripción de nacimientos es deficiente.

3. Notifica los mortinatos y muertes de criaturas que viven poco tiempo y que son enterradas sin las formalidades habituales.

4. Ayuda en estudios de la morbilidad y mortalidad que son útiles para determinar las necesidades y formular los planes de trabajo.

XII. — En el Servicio de Saneamiento:

1. Averigua la fuente del abasto de agua y los medios de disposición de los excrementos en los hogares que visita. Si abriga dudas en cuanto a la inocuidad de los mismos lo notifica al ingeniero sanitario para que éste investigue.

2. Enseña la importancia de corregir los estados sanitarios poco satisfactorios y los métodos de protección inmediata en tanto se corrigen.

3. Observa tanto la ventilación como el enrejado metálico en los hogares visitados, y enseña la importancia de la tela metálica donde hay muchos insectos.

4. Investiga la fuente del abastecimiento de leche y enseña preceptos acerca del asunto y la importancia de la producción y manipulación higiénica de la leche.

Bajo las mismas normas generales ya citadas se plantea la acción de la enfermera en los problemas del cáncer, ceguera, reumatismo, afecciones cardiovasculares e higiene mental.

Hemos subrayado en otra oportunidad un problema que se encuentra estrechamente vinculado con la enfermería: ¿debe cada actividad preventiva tener una enfermera especializada que sirva de eslabón entre el centro de salud y el hogar?

Hoy día existe consenso general en estimar que todas las conveniencias están por la enfermera polivalente. Con ello se evita la confusión en el hogar, generada por la presencia de tres o más enfermeras sanitarias, que a pretexto de visitar un recién nacido, de vigilar a un tuberculoso o preocuparse de un venéreo, suelen perturbar en más de una ocasión la tranquilidad de la familia. Una sola enfermera generalizada, encargada de difundir en el hogar los conocimientos higiénicos, de adoptar las medidas que impidan la propagación de las enfermedades trasmisibles, de obtener la asistencia médica y económica, de orientar a los enfermos y a los sanos hacia los servicios preventivos del centro de salud, de poner en contacto la familia con las

obras de asistencia social del distrito, indudablemente reporta muchísimos más beneficios que varias enfermeras monovalentes.

Por otra parte una enfermera generalizada, que tiene a su cargo un sector bien determinado dentro del distrito, logra conocer a cada uno de sus habitantes y si posee mínimas condiciones de tacto y simpatía logra captarse la confianza de sus clientes y mediante ella su acción logrará resultados insospechados.

No obstante lo anterior hay ciertas actividades del centro de salud, aunque restringidas, que requieren de la enfermera especializada.

En primer término tenemos la enfermera pediátrica con suficiente práctica en el cuidado infantil, preferentemente en la dietética del niño. Debemos recordar que al hablar de la atención del niño expresamos que se acentúa cada vez más la conveniencia de asistir el lactante enfermo en su propio domicilio. Es incuestionable que en tal caso es de mayor utilidad el servicio que presta una enfermera hospitalaria pediátrica que una sanitaria polivalente.

Otra actividad que necesita la especialización es la de la enfermera a cargo del servicio de alimentación del centro de salud. Si se recuerda lo que manifestamos respecto del restorán dietético, se comprende fácilmente que éste no podría funcionar con expectativas de un rendimiento médico y social que justificara su existencia, si todos sus detalles no se encuentran supervigilados por una enfermera que no solo domine el arte, la técnica culinaria, sino que además conozca la composición de los alimentos, su acción sobre el organismo y tenga una base suficiente de fisiología y patología digestivas y metabolismo.

El Prof. Aladar von Sóos, que tanta influencia ha tenido en Chile a través de sus discípulos, dice: "en el sistema de la individualización de los regímenes, la instalación técnica y la formación profesional del personal son de una importancia primordial para obtener con los mismos productos alimenticios, una mejor calidad de los alimentos preparados. Aún cuando estas personas pueden considerarse como los puestos avanzados del

servicio central de alimentación, forman parte, sin embargo, del personal médico auxiliar" (82).

Igualmente el servicio de higiene mental necesita para el desarrollo favorable de sus actividades el concurso de una enfermera psiquiátrica. El doctor Brücher, jefe del servicio de neuropsiquiatría del actual Centro de Salud N° 1 de Santiago, que tan dilatada experiencia posee en las organizaciones preventivas de las afecciones mentales, estima indispensable, como lo dijimos en su oportunidad, la cooperación de una inteligente enfermera psiquiátrica, con gran vocación y espíritu de trabajo, que sea capaz de captar los enfermos precozmente y desarrollar una adecuada propaganda dentro del distrito.

Hemos dado a este trabajo una latitud absolutamente agena a nuestro propósito inicial. Ello ha estado subordinado a la importancia del tema y a la necesidad de formar una conciencia cierta respecto de la acción primordial que en la defensa de la salud pública corresponde a los centros de salud.

Y no desearíamos terminar sin citar las palabras de nuestro maestro incomparable, el doctor don Alejandro del Río, que compendían todo este trabajo:

"La actual civilización tiene, evidentemente, en orden a la salud pública mayores exigencias que hace medio siglo y ha incorporado a su programa el cuidado de la salud individual. Antes la higiene quería decir n o e n f e r m e d a d; hoy completa su lema agregando a su estandarte m a y o r s a l u d" (83).

---

(82) Sóos (Aladar von). Alimentación hospitalaria. Principios generales. Nosokomieon. 1933, N° 4.

(83) Río (Prof. Dr. Alejandro del). Centro comunal de medicina preventiva y curativa. Servicio Social. Santiago, 1930, N° 3.