

Revista de Asistencia Social

(Nueva serie de la Revista de Beneficencia Pública. - Tomo XXIII)

PUBLICACION TRIMESTRAL

ORGANO DE LA
ASOCIACION CHILENA DE ASISTENCIA SOCIAL

COMISION EDITORA

PROF. DR. LUCIO CORDOVA
Presidente.

DR. JUAN MARIN COUCHOT
Inspector Médico de la Dirección
General de Beneficencia.

DR. IVAN PRIETO NIETO
Director del Hospital
"Manuel Arriarán".

RAQUEL KUSNETZOFF
Bibliotecaria de la Dirección
General de Beneficencia.

DR. FEDERICO EGGERS
Jefe de Servicio de la Casa
Nacional del Niño.

CLAUDIO COSTA
Secretario.

SUMARIO

PAG.

<i>El Primer Congreso Latino Americano de Hospitales</i>	187
<i>La Exposición Hospitalaria</i>	196
<i>Actas de las Sesiones</i>	199
<i>Conclusiones</i>	217
<i>Lista de Delegados y adherentes extranjeros sin representación oficial</i>	222
<i>Adherentes personales</i>	223
DR. VÍCTOR GROSSI: Hospitales de Infecciosos	230

(Continúa en la Pág. siguiente).

LA HOSPITALIZACION EN LOS SERVICIOS DE MADRE Y NIÑO DE LA CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

por el

Doctor RAUL ORTEGA A.
Jefe de la Sección Madre y Niño de la
Caja de Seguro Obligatorio (Chile)

La Caja de Seguro Obligatorio no mantiene establecimientos hospitalarios sino como una excepción y aún más estas excepciones no se refieren tampoco a hospitales propiamente tales, sino a servicios como el Hospital de Emergencia, cuyo sólo nombre lo define y como las Casas de Socorro que, al igual que el anterior sirven más bien a las necesidades de emergencia, a la hospitalización transitoria del caso patológico, mientras se encuentra la solución definitiva.

Los Servicios de Madre y Niño de la Caja, por su parte no mantienen ni Maternidades, ni Hospitales de Niños y fuera de las pocas camas de Maternidad anexas a las Casas de Socorro no se controla por nosotros nada que se refiera a estos establecimientos.

Es por esto que en nuestra exposición no entramos a referirnos a detalles de organización hospitalaria y nos limitamos a exponer algunos puntos de vista, algunos principios normativos adoptados en nuestra Institución en lo que dice relación con la parte que dentro de nuestra acción de Protección a la Madre y al Niño, corresponde a problemas de hospitalización.

Nuestra labor se inicia con el control del embarazo de las aseguradas y de las esposas de los asegurados. Este control

se refiere a la parte clínica bien conocida y a la práctica rutinaria de exámenes de laboratorio: reacciones serológicas de lúes, radioscopia de tórax, examen completo de orina. Periódicamente estos controles se repiten hasta el momento del parto, momento en que aparece para nosotros la primera cuestión relacionada con hospitalización.

Nuestro criterio al respecto se orienta por dos aspectos: aspecto médico y aspecto social.

Es natural que frente a las posibilidades de una distocia la hospitalización es indiscutible y frente al parto de la primigesta tenemos también tendencia a preferir la hospitalización frente a la atención domiciliaria.

En el aspecto social, la hospitalización es particularmente inevitable tratándose de parturientas solteras, de empleadas domésticas o de mujeres que vienen desde los campos o de largas distancias.

Pero cuando no median estas circunstancias de orden médico o social, nosotros somos ampliamente partidarios de la atención del parto a domicilio por nuestras matronas.

Ciertas experiencias del extranjero y más especialmente la nuestra propia han hecho adoptar esta posición, ya impuesta como norma en nuestros servicios, de que cuando no medien especiales circunstancias de orden médico o social debe estimularse, fomentarse la atención del parto a domicilio.

Trabajos realizados por nuestros Tocólogos han mostrado en efecto una menor mortalidad materna y un número mucho menor de infecciones puerperales, con el agregado todavía de que estas son en general de menor malignidad que las de las Maternidades.

Y esto, sin considerar todavía razones de orden sentimental o de economía doméstica que hacen muy deseable la presencia de la madre en el hogar, en donde desde su cama, puede dirigir en parte el manejo casero y ejercer alguna vigilancia sobre sus otros hijos.

Resulta en cierto modo sorprendente que las ventajas de menor mortalidad y menores probabilidades de infección ocurran también aún en aquellos hogares en que las condiciones

económicas son de tal pobreza que no permiten ni disponer de una cama propiamente tal para la parturienta o donde la escasez de ropa, el desaseo, la aglomeración por habitación y por lecho condicionan situaciones absolutamente reñidas con la más elemental higiene.

Es natural que nadie podría sostener o siquiera permanecer impasible ante partos que se realizan en tan desmedradas condiciones. La Caja de Seguro, estimuladora del parto a domicilio, ha confeccionado un tipo de maleta para la atención de partos que difiere esencialmente de los comunes maletines obstétricos en que en lugar de contener el instrumental especial, lleva los elementos necesarios para suplir las deficiencias higiénicas anotadas. En ella se encuentran sábanas, irrigador, hule de goma, cepillo de uñas, lavatorio, jarro para el agua, los medicamentos indispensables, en fin todo lo necesario para instalar en la casa modesta una sala de partos.

Frente a la realidad nacional actual el estímulo de la atención del parto a domicilio ofrece todavía algunas ventajas que se derivan de la escasez de camas en nuestras maternidades, escasez que adquiere caracteres agudos alarmantes en ciertas épocas del año en que se produce un aumento de la natalidad. La medida de esta insuficiencia se destaca bien claro cuando se sabe que nuestra Beneficencia dispone en la República de 1.524 camas de maternidad en sala común, cuando, cálculos no exajerados, hacen subir al doble las necesidades reales del país.

Para obviar esta insuficiencia que en algunos sectores se suele explotar con caracteres de escándalo hemos insinuado la conveniencia de adoptar el procedimiento seguido en la casa de Socorros de Puente Alto, esto es evacuar las enfermas a los dos o tres días del parto y seguir su control por medio del servicio domiciliario.

Siguiendo las líneas generales hasta aquí descritas la Caja atendió en 1938 unos 22.000 partos y en 1939 éstos pasan de 25.000. Unos 8.000 de ellos corresponden a partos atendidos en Maternidad, un porcentaje como se vé bajo, pero que no es en realidad la resultante exclusiva de nuestros postulados. La verdad - confesémoslo sin eufemismos - es que en gran número de

casos la atención es domiciliaria sólo porque no hay posibilidad alguna de disponer de camas de Maternidad.

Nuestros problemas de atención de partos son especialmente difíciles en el campo, en el medio rural o en aquellas pequeñas poblaciones de ambiente francamente rural. Allí hemos destacado Matronas, pero ya con esto surge la primera dificultad al tratar de encontrar profesionales que acepten radicarse en puntos alejados, aislados tanto por las distancias como por el bajo ambiente cultural. Así vemos con pena que, a pesar de rentas especiales, hay sitios que permanecen desguarnecidos de todo recurso obstétrico científico y organizado. Pero aun suponiendo su existencia debe entrarse a luchar, con armas sobre todo en un comienzo, de poca eficacia, contra un medio que es ya naturalmente hostil en sus distancias o en los accidentes del terreno y que lo es también por la estructura mental de sus pobladores; fuerte apego a tradiciones y especialmente a supersticiones que descalifican desde la partida al personal titulado. El campesino prefiere en efecto a la partera ignorante, no ya por su gratuidad o bajo precio, ya que nuestras matronas trabajan sin costo para el cliente, sino porque a través de generaciones está acostumbrado a ello y a desconfiar de los extraños.

Frente a casos difíciles se encuentra la Matrona también desarmada, ya que ni su preparación la autoriza para ciertas intervenciones ni dispone tampoco de elementos para hacerlo.

Un gran paso dio la Beneficencia en favor de este medio rural al crear las Casas de Socorros en las cuales se incluyen siempre algunas camas de Maternidad. Estas permiten afrontar los casos difíciles y prestigian la atención obstétrica organizada. Es a base de ellas, multiplicadas en número suficiente, como creemos que se puede abordar con éxito la atención rural.

Cuando el niño nace apreciamos también una ventaja en el nacimiento a domicilio cuando comprobamos por ejemplo que las infecciones y alteraciones de la piel son más frecuentes en las Maternidades y más en ciertas Maternidades. A primera vista y sobre todo para los profanos, estos intértrigos o alteraciones de la piel no aparecen de trascendencia, más no así para el Pediatra que les concede la importancia de toda infección y

de puertas de entrada a su vez de otras infecciones. Para fundamentarnos sin entrar en muchos detalles, no necesitamos sino recordar aquí las verdaderas epidemias de penfigoideo gravísimo que suelen estallar entre los recién nacidos en estos establecimientos mientras que un caso de esta especie es de rara presentación en el niño nacido a domicilio.

Por el contrario, deseáramos que todo hijo de madre tuberculosa naciera en una Maternidad por las razones bien comprensibles, que tocan a la madre enferma y porque así es posible separar al niño al momento de nacer y sustraerlo al contagio tuberculoso. Es más, abogamos porque en las grandes ciudades que cuentan con varias Maternidades se proceda a centralizar esta atención en una sola a fin de concentrar allí los esfuerzos del tisiólogo, del Tocólogo y del Pediatra en el sentido del tratamiento de la Madre y de la separación y colocación familiar del niño.

Frente al lactante, los servicios de la Caja de Seguro Obligatorio tienen un carácter esencialmente preventivo. Estimamos que la mayor parte o por lo menos la porción más grave de las enfermedades del lactante son esencialmente evitables y hemos llegado a decir que en la enfermedad del lactante no nos interesa sino en cuanto es posible prevenirla.

Pero nuestros servicios tienen que afrontar la atención del niño enfermo y en muchos casos recurrir a lo que Schlossmann llama el "ultimum refugium" que es el Hospital. Los graves trastornos nutritivos o las alteraciones bronco pulmonares son en efecto apenas posibles de tratar en el ambiente de nuestros niños proletarios. Pero la escasez de camas de lactantes —que en el país no llegan a 500, incluidas aquellas de servicios de naturaleza no hospitalaria— y el convencimiento que tenemos de las desventajas de los Hospitales de Niños nos han llevado a estimular a outrance la creación de un servicio de enfermeras visitadoras especializadas que, por una parte, controlen las atenciones al lactante enfermo, y que por otra, hagan la enseñanza práctica de la puericultura en la realidad del hogar modesto, a tono con sus realidades. No sabríamos dar cifras, pero la impresión de nuestros Pediatras es de que desde que

adoptamos esta modalidad de atención se ha podido salvar a muchas vidas.

Creemos que un buen número de hospitalizaciones que hoy día se estiman como inevitables o imprescindibles, dejarían de serlo en el momento en que se dispusiera de buenos servicios domiciliarios.

Pero aceptado el hecho de que un determinado lactante enfermo tenga que ser hospitalizado es preciso reconocer que con todas las ventajas que se ofrezcan, la hospitalización implica siempre un riesgo que deriva de las multiplicadas posibilidades de infección que existen en estos establecimientos. No podemos olvidar a este respecto aquella conclusión de la Sociedad de las Naciones según la cual "Una buena alimentación del lactante no puede dar todos sus resultados sino cuando se logra por un esfuerzo paralelo, preservar a los niños de infecciones banales o específicas".

En Chile estamos en cuanto a hospitalización de lactantes indudablemente lejos de la época de Parrot, uno de cuyos alumnos estimaba en 87% la mortalidad de lactantes ingresados al servicio, hemos dejado ya atrás la época en que según Ariztía morían en la entonces Casa de Huérfanos el 50% de los lactantes ingresados, pero estamos también lejos de haber llegado a una perfección en este sentido. Los defectos derivan en gran parte de la acción que correspondería desarrollar al personal Hospitalario y que se refiere a la serie de precauciones y detalles que modernamente se exigen para mantener a raya a las infecciones intra hospitalarias.

De tal manera que si un lactante se hospitaliza debe procurarse que su estada sea lo más corta posible a fin de disminuir los riesgos y entregado a su familia o a colocación familiar en manos expertas cuando se considere que los familiares o no tienen capacidad para darle una buena convalecencia o que la enfermedad que motivó la hospitalización fué la resultante directa de los malos cuidados, de procedimientos erróneos o de falta de interés e indolencia nuestros servicios de colocación familiar no ha mostrado hechos bien reveladores y podrá rendir

en este sentido, muy buenos frutos cuando se perfeccione y cuando mantengamos una mejor coordinación en los Hospitales.

En todo esto no debe dejar de contemplarse el aspecto económico de estas atenciones. El Hospital de Niños es caro y debe serlo para que rinda buenos resultados. Por lo mismo sus servicios deben restringirse a los casos más indispensables y debe procederse a evacuarlos apenas se tenga la posibilidad más o menos clara de que pueden continuar su atención en el domicilio.

Conclusiones

- 1º) Preferimos y estimulamos la atención del parto a domicilio si no median especiales circunstancias de orden médico y social.
- 2º) Las Casas de Socorro o servicios semejantes constituyen el eje fundamental sobre el cual debe girar la atención obstétrica en el medio rural.
- 3º) La atención del parto de las tuberculosas en las grandes ciudades debe centralizarse en un solo establecimiento.
- 4º) La hospitalización del lactante es a menudo la única posibilidad de tratamiento pero los ingresos pueden ser disminuídos si se cuenta con un buen servicio domiciliario y las estadas, acortadas si se dispone de servicio de colocación familiar.