

Revista de Asistencia Social

Tomo XI

Diciembre de 1942

Núm. 4

LA ENFERMERIA Y LOS SERVICIOS DE BENEFICENCIA Y ASISTENCIA SOCIAL DE CHILE

por

ELMA FRAKIA

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

SUMARIO:—Concepto actual del hospital. Función preventiva y curativa. Nuestra organización hospitalaria. Zonas hospitalarias. Distribución de establecimientos en el país. Cabida de camas. Posibilidades de la enfermería. Enfermera en la administración hospitalaria. En los servicios preventivos. Asistencia materno-infantil, del tuberculoso, del venéreo. Lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas agudas. Higiene mental. Cáncer. Enfermera en la administración hospitalaria. En los servicios preventivos. frente al enfermo. Servicio de recepción de enfermos. Atención permanente de primeros auxilios. Consultorios externos. Servicios de hospitalización. Servicios especializados: tuberculosis, psiquiatría, enfermedades crónicas, etc. Servicio dental. Laboratorio clínico. Radiología. Anatomía patológica. Fisioterapia. Servicios de alimentación. Terapia ocupacional. Biblioteca hospitalaria. Posición actual de la enfermería dentro de la Beneficencia. Aspecto cuantitativo. Situación económica. Aspecto cualitativo. Crítica de la enfermería hospitalaria. Formación de la enfermera.

(Folleto núm. 128 de la serie de Publicaciones de Divulgación de la
Asociación Chilena de Asistencia Social)

En octubre de 1937 fué dada a la publicidad el acta de la 4.ª sesión de la Comisión Coordinadora de los Servicios de Sanidad y Asistencia Social que había sido efectuada en diciembre de 1934 (1). En esa oportunidad el maestro incomparable que fué el doctor don Alejandro del Río, a cuya iniciativa

(1) Medicina Social.—Valparaiso, 1937, N.º 23, pág. 24.

y genio creador debe el país las realizaciones más eficaces en el campo de la acción médico-social y a cuyos desvelos debe la enfermería su dignificación, al proclamar su fe indestructible en la necesidad de unificar los servicios asistenciales y sanitarios de Chile, citó las palabras del eminente médico y sociólogo alemán Prof. Alter sobre las funciones que con concepto actual debía asumir el hospital:

“El hospital es el eje no tan sólo de la lucha contra la enfermedad sino también de la ofensiva actual en favor de la salud. Ninguna institución, ningún organismo se adapta mejor que el hospital para servir los intereses sanitarios, para ser el centro de higiene de la comunidad. Le corresponde una doble misión: materialmente servir como institución central que organiza en forma eficiente la acción *preventiva* y *curativa* en su zona de acción; espiritualmente ser el centro en que las nuevas ideas puedan nacer y encontrar terreno propicio para su desarrollo”.

“Es absolutamente necesario que en todo el mundo el hospital reconozca y asuma estas obligaciones que le impone la época. 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 comprometería seriamente la función social de la medicina preventiva, ya que ésta no encontraría para su extensión un centro tan favorable como el hospital”.

Me he sentido obligada a citar estas palabras, porque aun cuando los Servicios de Beneficencia y Asistencia Social tienen bajo su dirección establecimientos de índole asistencial muy diversa, es su mayor preocupación y constituye la casi to-

talidad de su volumen la asistencia hospitalaria. En consecuencia, es por modo necesario que debo circunscribirme a la acción de la enfermería en nuestro medio hospitalario, a examinar su posición actual y sus posibilidades y para ello es previo ubicar el hospital en su verdadero plan de acción.

Nada define mejor el concepto hospitalario que las palabras del Prof. Alter que dejo señaladas; constituyen un programa al cual ningún establecimiento podría sustraerse sin traicionar los intereses de la colectividad que le están confiados. Por definición todo hospital constituye hoy día un doble centro bajo un comando único: de diagnóstico y tratamiento a la vez que de medicina preventiva y de higiene. Tal fué la conclusión aprobada por el Primer Congreso Latinoamericano de Hospitales, celebrado en nuestra capital en enero de 1940.

Situado el hospital en este plano, es lógico exigir que el personal técnico—médicos y enfermeras preferentemente—comprendan este papel y se preparen para asumirlo con pleno conocimiento, con plena responsabilidad. Es por ello que el Profesor Newmann, de Inglaterra, Primer Médico del Ministerio de Salubridad, sostuvo que

“el Estado y la Comunidad se beneficiarán considerablemente cuando todos los médicos y enfermeras estén educados eficazmente en medicina preventiva, en el conocimiento de la salud normal del individuo y en la forma y modo en que pueden evitarse o mermarse las enfermedades tanto en el individuo como en la comunidad. No significa ello que todos los médicos y enfermeras deban ser sanitarios, sino que todos deben comprender las finalidades y prácticas de la medicina preventiva en sus aplicaciones individuales y colectivas”.

He aquí todo un programa para la formación integral de la enfermera y que desvanece los límites artificiales creados entre la enfermera hospitalaria y sanitaria.

Y con miras a acentuar más aún el concepto de que la enfermera que actúa en el hospital debe poseer fundamentalmente un concepto sanitario, cualesquiera que sean sus actividades, curativas o preventivas, deseo citar las palabras de una eminente educadora y enfermera, de Miss Isabel M. Stewart,

Presidente de la Comisión de formación profesional del Consejo Internacional de Enfermeras:

“En el sentido más amplio la profesión de enfermera trata esencialmente de conservar o economizar la vida, es decir, procura mantener o reconstituir las fuerzas vitales en el individuo y en la raza. Así definida, este término comporta la necesidad de alimentar a la vez energías mentales y físicas y de aumentar la resistencia y el vigor tanto de los individuos sanos y en período de crecimiento como de los enfermos y de los que sufren. Si nosotros aceptamos esta interpretación más amplia de la profesión de enfermera, no tendremos necesidad de una expresión especial para distinguir la enfermera que cuida los enfermos de la enfermera de higiene social, pues toda la idea de prevención de las enfermedades y de mantenimiento de la salud está desde luego contenida en la sola palabra enfermera” (2).

Los conceptos del Prof. Alter y de Miss Stewart se superponen plenamente y ellos informan la acción de la enfermería dentro del hospital.

Para comprender con justeza la labor múltiple que corresponde a la enfermera en nuestros establecimientos asistenciales, es previo bosquejar nuestra organización hospitalaria. Esta fué ideada por el doctor don Alejandro del Río y consta en el Reglamento de Institutos de la Beneficencia aprobado en 1933. Desgraciadamente, por circunstancias que su impulsador no pudo prever, a pesar de los años transcurridos, nos encontramos aún en la etapa transitoria y vamos lentamente recorriendo el curso hacia la que ha de constituir la etapa definitiva.

La organización está basada en el concepto de zona hospitalaria. El formidable progreso alcanzado por la ciencia médica exige cada día que se acuda a costosos equipos de diagnóstico y de tratamiento. Su alto precio aleja la posibilidad material de que cada hospital sea capaz de dar satisfacción a todas las necesidades que imponen la medicina curativa y preventiva, por cuyo motivo se ha procedido a dividir el país en

(2) Stewart (Miss Isabel).—Programme de formation de l'école d'infirmières. Ginebra, 1934.

zonas hospitalarias donde el servicio queda coordinado mediante el establecimiento de una jerarquía que comienza en las casas de socorro, servicio mínimo, y se eslabona con los hospitales tipos B, C y D—que en general podrían denominarse hospitales comunales, departamentales y provinciales—hasta llegar al hospital regional.

“Los establecimientos que constituyen el asiento de un hospital regional deben naturalmente exceder el cuadro de las necesidades de la provincia o el departamento y estar necesariamente correlacionados y vinculados con todos los institutos de la zona. Para ello se requiere una organización que comprenda el conjunto de la zona y un funcionario técnico que tenga por misión aunar los esfuerzos, coordinarlos y dar vida real al concepto de zona”.

“Tal concepto lleva involucrado que el o los hospitales de la ciudad principal dispongan de servicios eficientes no sólo en las disciplinas fundamentales sino en las especialidades e institutos científicos auxiliares de diagnóstico, debidamente instalados y servidos por competencias reconocidas”.

“Este hospital o grupo hospitalario debe servir no sólo para la ciudad sino para toda la zona en aquellos casos en que los establecimientos secundarios no puedan efectuar una atención médica eficiente” (3).

Es conveniente decir algunas palabras sobre esta graduación de servicios que va de lo simple a lo complejo, pues cada uno de ellos requiere cierto tipo de servidores, una determinada especialización en varios casos, para cumplir su función y me detendré de modo especial en las casas de socorro.

La casa de socorro es “el organismo elemental de la asistencia y el instrumento que sirve simultáneamente a la medicina preventiva y curativa en el medio rural” (4).

La asistencia médica en los pequeños conglomerados humanos sólo ha adquirido interés e importancia entre nosotros a partir de la dictación en 1924 de la ley de seguro obligatorio contra la enfermedad, invalidez y vejez, que impuso a la Caja de Seguro la obligación de efectuar también en el campo la

(3) Laval M. (Dr. Enrique).—El Hospital Moderno. Santiago, 1940.

(4) Tocornal Matte (Domingo) y Laval (Dr. Enrique).—Las casas de socorro como organismos de asistencia y sanidad en el medio rural. Santiago, 1933.

prestación de servicios médico-sociales. Desde antiguo, la atención médica en el sector rural había encontrado su expresión máxima en el dispensario municipal a cargo de un médico que solía atenderlo periódicamente, una vez o dos en la semana. Su tendencia, por la modalidad del trabajo, era exclusiva hacia la medicina sintomática, pues el médico carecía de auxiliares competentes, de tiempo para examinar los enfermos, de medios de diagnóstico y de recursos para el tratamiento adecuado. Sus defectos fueron puestos en evidencia por el doctor don Alejandro del Río, quien decía:

“si fuera dado hacer actuar al lado del médico una enfermera sanitaria; si los pacientes antes de ser presentados al médico fueran sometidos a un interrogatorio y a la respectiva anotación; si se concediera al enfermo el tiempo necesario para establecer siquiera un diagnóstico aproximado, y si, por último, las instrucciones dadas por el médico fueran anotadas por la enfermera y ésta quedara encargada de su aplicación, se lograría suprimir buena parte de sus defectos”.

“El sistema se mejoraría notablemente, agregando al servicio propiamente de dispensario la visita domiciliaria a cargo de la misma enfermera”.

“Estas visitas tendrían por objeto no sólo la mejor ejecución de las prescripciones del médico, sino también influir discretamente con este motivo para mejorar las causas de insalubridad de la habitación, los hábitos de vida, el régimen alimenticio y para enseñar las prácticas fundamentales de la profilaxis y de la puericultura”.

“Un dispensario así comprendido es el organismo más apto para combinar las actividades sociales de finalidad tanto médicas como sanitarias y el indicado para servir a la población rural”.

“El dispensario sólo debe tomar a su cargo los enfermos que puedan ser correctamente atendidos en forma ambulatoria. Si estuviera indicada la hospitalización, correspondería al establecimiento procurar el traslado del enfermo en la forma más adecuada posible y asegurar su recepción en el establecimiento más próximo donde el paciente pueda recibir los auxilios que su estado requiere”.

“El dispensario debería contar por fin con un buen servicio de partos a domicilio y aun disponer de locales y elementos para hospitalizar a las parturientas en determinados casos” (5).

(5) Río (Dr. Alejandro del).—Beneficencia e Higiene Rural. Revista de Beneficencia Pública. Santiago, 1923.

De aquí surgieron las casas de socorro y encontraron la norma para su funcionamiento en la construída en Puente Alto, cuya experiencia de varios años ha permitido establecer de modo definitivo las actividades asistenciales curativas y preventivas y sanitarias que incumben a estos organismos.

Dentro de las primeras (actividades asistenciales) les corresponde:

- a) consultas generales médico-quirúrgicas,
- b) atención maternal (consultorio de embarazadas, atención de partos a domicilio y en el establecimiento),
- c) atención pediátrica (control de niños sanos y atención de enfermos),
- d) atención especial (sujeta a ronda de médicos especialistas: tisiólogos, oto-rino-laringólogos, oftalmólogos), etc.
- e) atención dental,
- f) atención farmacéutica,
- g) atención permanente de primeros auxilios,
- h) hospitalización preferentemente provisoria,
- i) traslado de enfermos (servicio de movilización: ambulancias),
- j) institutos de diagnóstico: rayos X, laboratorio de rutina.

En el sentido sanitario puro la casa de socorro debe intervenir en:

- a) control de las enfermedades infecto-contagiosas agudas,
- b) saneamiento del medio,
- c) educación y propaganda sanitarias.

Los hospitales de tipo B están caracterizados—conforme a nuestro Reglamento de Institutos—por la fórmula de las casas de socorro más servicios mixtos de hospitalización para medicina y cirugía generales, con un número no menor de 20 camas, incluso maternidad, con atención médica diaria y a cargo de médicos no especializados.

En los hospitales de tipo C los servicios de medicina interna, cirugía general y obstetricia están a cargo de médicos especializados y el número de camas no puede ser inferior a 100. Además, poseen servicios de laboratorio y de anatomía patológica en conjunto. La atención permanente de primeros auxilios está unida al servicio médico de guardia. La existencia del servicio social complementa el conjunto.

Los hospitales de tipo D tienen una cabida no inferior a 150 camas y avanzando un paso más sobre el tipo anterior, poseen servicios separados de anatomía patológica y laboratorios y algunos servicios clínicos de especialidades, preferentemente de pediatría.

Los hospitales de tipo E constituyen el hospital central o regional que posee servicios completos generales y especiales con todos los institutos científicos correspondientes y además escuela de enfermeras. Todos los hospitales generales o especiales (de dermatología, psiquiatría, fisiología, etc.) que se encuentran en la sede de la zona hospitalaria integran el hospital regional, tipo E, formando una sola entidad.

En conformidad a este esquema, el país se encuentra dividido en las siguientes 12 zonas hospitalarias, cuyo conjunto de servicios queda integrado así:

I Zona (provincia de Tarapacá)

Hospital Regional:	Iquique	432 camas
Hospital tipo D:	Arica	159 "
Casas de Socorro:	Poconchile	9 "
	Pisagua	13 "
	Pica (en proceso de habilitación)	

II Zona (provincia de Antofagasta)

Hospital Regional:	Antofagasta	500 camas
	" Auxiliar	61 "
Hospital tipo C:	Tocopilla	133 "
Hospitales tipo B:	Calama	28 "
	Taltal	87 "

III Zona (provincias de Atacama y Coquimbo)

Hospital Regional:	La Serena	157 camas
--------------------	-----------------	-----------

Hospitales tipo C:	Copiapó	134	camas
	Vicuña	90	"
Hospitales tipo B:	Chañaral	31	"
	Freirina	30	"
	Vallenar	55	"
	Coquimbo	77	"
	Ovalle	139	"
	Combarbalá	73	"
	Illapel	61	"
Casa de socorro:	Salamanca	47	"
	Chincolco	9	"

IV Zona (provincias de Valparaíso y Aconcagua)

Hospital Regional:	Valparaíso:		
	Hospital Van Buren	779	camas
	Hospital Deformes	672	"
	Hospital del Salvador	300	"
	Sanatorio Valparaíso	272	"
	Hospital Viña del Mar	304	"
	Sanatorio Peñablanca	210	"
	Centro Regional Bronco-Pulmonares		
Hospital tipo D:	San Felipe	220	"
Hospitales tipo C:	Los Andes	130	"
	Quillota	126	"
Hospitales tipo B:	Petorca	26	"
	La Ligua	46	"
	Putauendo	54	"
	Casablanca	28	"
Hospital tipo F (especial)	Sanatorio de Putauendo	348	"

V Zona (provincia de Santiago)

Hospital Regional:	Santiago:		
	Hospital San Juan de Dios	438	camas
	Hospital San Borja	907	"
	Hospital del Salvador	1195	"

	Pensionado del Salvador	49	camas
	Hospital Barros Luco	320	"
	Hospital Roberto del Río	500	"
	Hospital Manuel Arriarán	401	"
	Hospital San José	581	"
	Hospital San Luis	437	"
	Hospital Angel C. Sanhueza	150	"
	Hospital Susana Palma	77	"
	Hospital Luis Calvo Mackenna	220	"
	Instituto del Radium	115	"
	Sanatorio El Peral	373	"
	Manicomio Nacional	3322	"
	Casa de Salud San José de Maipo	101	"
	Asistencia Pública	120	"
Hospital tipo C:	Melipilla	150	"
Hospitales tipo B:	San Antonio	105	"
	Buín	85	"
Casas de Socorro:	Curacaví	8	"
	Peñaflor	10	"
	San Manuel	6	"
	El Tabo	4	"
	Puente Alto	15	"
	San José de Maipo	18	"
	Hospital	10	"
	Alhué	4	"

VI Zona (provincias de O'Higgins y Colchagua)

Hospital Regional:	Rancagua	300	camas
Hospital tipo D:	San Fernando	208	"
Hospital tipo C:	Rengo	170	"
Hospitales tipo B:	Graneros	41	"
	Coinco	33	"
	Maternidad del Tránsito de Loreto	8	"
	San Vicente de Tagua Tagua	58	"
	Peumo	80	"
	Chimbarongo	93	"

	Santa Cruz	60	camas
Casas de Socorro:	Pichidegua	11	"
	Pichilemu	10	"
	Navidad	5	"
	Nancagua	15	"
	Peralillo	18	"

VII Zona (provincias de Curicó, Talca, Linares y Maule)

Hospital Regional:	Talca	563	camas
Hospital tipo D:	Curicó	278	"
Hospitales tipo C:	Molina	121	"
	Linares	213	"
	Cauquenes	128	"
Hospitales tipo B:	Teno	39	"
	Vichuquén	29	"
	Curepto	41	"
	Constitución	56	"
	San Javier de Loncomilla	77	"
	Parral	124	"
	Chanco	30	"
Casas de Socorro:	Hualañé	12	"
	Villa Prat	13	"
	Lontué	9	"
	San Clemente	12	"
	Villa Alegre	18	"
	Putú	4	"
	Yerbas Buenas	6	"
	Empedrado	7	"
	Sauzal	12	"

VIII Zona (provincias de Ñuble, Concepción y Arauco)

Hospital Regional:	Concepción	626	camas
Hospital tipo D:	Chillán	355	"
Hospital tipo C:	Talcahuano	154	"

Hospitales tipo B:	Quirihue	41	camas
	San Carlos	80	"
	Bulnes	42	"
	Yungay	35	"
	Tomé	88	"
	La Florida	25	"
	Yumbel	38	"
	Penco	24	"
	Coronel	96	"
	Santa Juana	46	"
	Arauco	32	"
	Lebu	37	"
	Cañete	44	"

Casas de Socorro:	San Fabián de Alico	4	"
	Pinto	4	"
	Pemuco	4	"
	El Carmen	4	"
	Portezuelo	5	"
	Cobquecura	4	"
	Quillón	8	"
	San Ignacio	4	"
	Tucapel	4	"
	Coelemu	23	"
	Cabrero	9	"
	Rere	9	"
	Hualqui	4	"
	Contulmo	4	"

IX Z o n a (provincias de Bío-Bío, Malleco y Cautín)

Hospital Regional:	Temuco	233	camas
Hospital tipo D:	Los Angeles	235	"
Hospital tipo C:	Angol	157	"
Hospitales tipo B:	Mulchén	108	"
	Nacimiento	28	"
	Collipulli	31	"
	Traiguén	55	"
	Victoria	70	"
	Lautaro	34	"

	Nueva Imperial	48	camas
	Carahue	38	"
	Pitrufquén	22	"
Casas de Socorro:	Purén	10	"
	Los Sauces	10	"
	Lumaco	8	"
	Puerto Saavedra	14	"
	Vilcún	15	"
	Freire	9	"
	Villarrica	18	"

X Zona (provincias de Valdivia y Osorno)

Hospital Regional:	Valdivia:		
	Hospital Regional	386	"
	Hospital San Juan de Dios	174	"
Hospital tipo D:	Osorno	274	"
Hospitales tipo B:	La Unión	72	"
	Río Bueno	46	"
	Puerto Octay	42	"
Casas de Socorro:	Corral	12	"
	San Pablo	4	"

XI Zona (provincias de Llanquihue, Chiloé y Aisén)

Hospital Regional:	Puerto Montt:		
	Hospital Regional	204	"
	Hospital Santa María	80	"
Hospitales tipo B:	Maullín	27	"
	Ancud	52	"
	Castro	57	"
	Achao	16	"
	Aisén	20	"
Casas de Socorro:	Calbuco	20	"
	Curaco de Vélez	11	"

XII Zona (territorio de Magallanes)

Hospital Regional:	Punta Arenas:	
	Hospital de Asistencia Social	186 camas
	Hospital Miraflores	79 "

He presentado este cuadro completo de los servicios de asistencia hospitalaria controlados por la Beneficencia Pública—que abarcan 23,221 camas—con el propósito de poner de relieve las múltiples posibilidades que se crean en ellos a la enfermería. La labor de la enfermera rebasa los límites de la función técnica para entrar a cooperar con la dirección hospitalaria en las tareas administrativas.

Pasaremos revista a esas posibilidades.

En conformidad a nuestros reglamentos, la dirección de todo hospital se encuentra centrada en un médico director. Pero la función directiva para ser ejercida con plenitud requiere un conocimiento especializado, tanto técnico como administrativo y supone en la persona encargada de ella una versación profunda en todos los procesos médico-sociales que generan, mantienen y agravan las enfermedades, a fin de que pueda ubicar su hospital dentro del plan de acción sanitaria que le corresponde. Es por ello que la Junta Central de Beneficencia, a requerimiento del Departamento Médico, acordó establecer cursos teóricos y prácticos de especialización para directores de hospitales.

Pero ocurre que sólo en los grandes hospitales (tipos E, D y C) suele existir director médico rentado, con obligación de trabajar 6 horas diarias y en su ausencia la marcha del establecimiento, tanto en su aspecto técnico como administrativo, queda asegurada por la acción de los médicos residentes. En los hospitales de tipo B y en las casas de socorro, el médico director está obligado a un trabajo que oscila entre 3 y 4 horas diarias y no existe ningún funcionario que en su ausencia asuma, con plenitud de conocimiento, sus atribuciones. Es por ello que frecuentemente se observa en nuestros hospitales interferencia de acción entre funcionarios de la índole más heterogé-

nea (enfermeras, religiosas, contadores, estadísticos, etc.) con grave desmedro para la eficiencia del servicio.

La enfermera en un cargo de administración hospitalaria puede desempeñar una labor fundamental: asegurar al hospital que en todo momento las directivas técnicas se cumplirán rigurosamente y que su administración no sufrirá tropiezo alguno por la ausencia de su médico director. Si la enfermera posee un alto sentido de responsabilidad, estará capacitada para resolver cualquier caso de emergencia sin comprometer el crédito de la función hospitalaria.

Este tipo de enfermera, que en Estados Unidos tiene extraordinaria aceptación y que se denomina Superintendente de Hospital, requiere una preparación especial, con un programa técnico restringido que abarque conocimientos de técnica y administración hospitalaria, contabilidad, economía, alimentación hospitalaria, medicina social y que deje tiempo para una práctica suficiente en hospitales normalizados, que se señalen por su adecuada organización.

En numerosos establecimientos la Beneficencia ha ensayado la entrega del manejo interno del hospital, del economato, a enfermeras y sin que la experiencia pueda calificarse de excelente, a lo menos ha demostrado que una profesional es más útil en esta tarea que un funcionario improvisado y ha señalado la necesidad imperiosa de especializar adecuadamente a las enfermeras para asumir esta tarea administrativa.

En la práctica, todos los hospitales de tipo B y las casas de socorro—y aun numerosos otros establecimientos de tipo C—obtendrían gran ventaja si pudiesen contar con enfermeras especializadas en administración hospitalaria.

Hemos dejado dicho que todo hospital tiene una función preventiva que cumplir, que rebasando los muros del establecimiento llegue directamente al hogar del sano o del enfermo y que asegure a toda la población del sector confiado a su responsabilidad un standard sanitario mínimo. Esta tarea,

de la cual ningún hospital puede eximirse, comprende 4 funciones fundamentales:

- la atención materno-infantil
- la atención del tuberculoso
- la atención del venéreo
- la lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas agudas.

En los hospitales regionales este esquema debe necesariamente complementarse con

- la higiene mental, y
- la prevención del cáncer,

acción preventiva que también puede extenderse a los hospitales de tipo D, según sean su importancia y desarrollo en función de la zona de atracción que sirven.

Un rápido bosquejo de la finalidad de cada una de estas funciones nos permitirá deducir la importancia del campo en que la enfermera debe actuar.

La asistencia maternal comprende:

- a) vigilancia del embarazo durante todo el período de gestación,
- b) excluir y captar las enfermedades de trascendencia social,
- c) reconocer oportunamente los estados patológicos que compliquen el embarazo,
- d) favorecer la atención domiciliaria de partos organizando un servicio suficiente y reservar la asistencia en maternidades para las primíparas, partos complicados o complicaciones del parto,
- e) labor educativa (aconsejar el examen pre-nupcial, formación de club de madres, etc.).

La asistencia infantil debe proveer a:

- a) inscripción de todos los niños recién nacidos en el sector (servicio en colaboración con la oficina del Registro Civil), examen clínico de recepción y anotación detallada de antecedentes y observaciones en la respectiva ficha,
- b) control pondo-estatural y del estado nutritivo, periódico, cada 15 días; vigilancia y prescripciones dietéticas; suministro de alimentos,
- c) examen serológico (reacción de Kahn, etc.) y prueba de la tuberculina para eliminar las fuentes del contagio,
- d) según los casos, hospitalización de los niños, colocación en asilos, preventorios o en medio familiar,
- e) envío de los niños enfermos a los consultorios o centros de medicina curativa, vigilancia de su tratamiento y adopción de las medidas preventivas (inmunizaciones, etc.) en caso de enfermedades infecto-contagiosas agudas,
- f) formación de estadísticas y encuestas,
- g) divulgación de la práctica de la puericultura,
- h) propender a la creación de jardines infantiles para la defensa de la edad pre-escolar,
- i) control periódico del escolar.

El concepto actual que parte de lo biológico, tiende en lo asistencial 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 a 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.

Basta enunciar este programa mínimo para comprender que, dado el grado de cultura que hemos alcanzado, el hospital no puede esperar con quietud estática que el enfermo venga a él para atenderlo; hay que salir a buscar a la madre, atraerla,

educarla, evitar que enferme; hay que ir a la búsqueda del niño para mantenerlo sano y para el logro de esta finalidad no existe sino un solo instrumento: la enfermera.

En cuanto a la asistencia del tuberculoso, corresponde a todo hospital organizar un dispensario antituberculoso. Ya muchos hospitales del país han empezado a dar cumplimiento a esta norma y el presupuesto del año venidero asegura la prosecución paulatina de este plan.

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 dispensario 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 hospital, pero para que sea útil deberá quedar circunscrito a una área geográfica determinada, al sector cuyo estado sanitario es de responsabilidad del hospital. 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 darle 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.

Si el tuberculoso está obligado a cuidarse en su domicilio, el dispensario debe vigilar su tratamiento y asegurar to-

das las medidas de higiene necesarias para impedir el contagio. Este enfermo en cura libre debe seguir su tratamiento higienodietético. 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 ocupará, 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 fisiólogo francés de renombre universal—Bernard—ha podido decir que el dispensario antituberculoso es función de la capacidad de la enfermera.

En lo que concierne a la asistencia del venéreo, el hospital debe contribuir:

- a) a la atención de todos los enfermos venéreos que se presentan al consultorio,

- b) a la pesquisa de los focos de contagio por intermedio del servicio domiciliario de enfermeras,
- c) al control serológico de toda la población de su zona de atracción,
- d) al aislamiento (hospitalización) de los enfermos en estado de contagio venéreo,
- e) al control posterior clínico y serológico.

Corresponde destacar que la lucha antivenérea es fundamentalmente epidemiológica y que en este sentido la acción más importante está a cargo de la enfermera, pues de ella depende 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), para reconstituir así los eslabones de las denominadas cadenas venéreas. Es ella quien por su acción educativa obtiene el examen de los presuntos sanos (examen de control clínico y serológico); a ella queda entregada la vigilancia de la continuidad de los tratamientos y a su acción está confiada el reintegro de los enfermos rebeldes al servicio. Es por ello que no se comprende la lucha antivenérea sin la cooperación permanente y decidida de la enfermera.

Al hospital, en cuanto centro de salud, le corresponde una acción decisiva en la lucha contra las enfermedades infecciosas agudas. Ellas constituyen en Chile una de las principales causas de morbilidad y tal vez uno de los rubros más elevados de mortalidad. No obstante que las estadísticas sanitarias son insuficientes, se puede afirmar que, descontadas la tuberculosis y la sífilis, anualmente se producen en el país más de 10,000 defunciones a causa de enfermedades infecciosas (6). Es un hecho suficientemente conocido que a medida que las condiciones de cultura y de salubridad de un país mejoran, la incidencia por enfermedades transmisibles disminuye. Así, mientras en Chile el principal rubro de mortalidad hoy en día está constituido por las enfermedades infecciosas,

(6) Palma (Dr. Jorge).—El problema de las enfermedades infecto-contagiosas. Boletín Médico Social. Santiago, 1940, N.º 70.

en Estados Unidos y Canadá la incidencia se ha desplazado, ocupa el 7.º u 8.º lugar, habiendo cedido el paso—en un lapso de 30 años—a las cardiopatías y al cáncer (7).

De aquí la importancia de que el hospital asuma con decisión su papel de avanzada en esta lucha que, por lo demás, está sometida a una pauta que obedece a normas universales:

- a) denuncia a la autoridad sanitaria de los casos sospechosos o confirmados. Corresponde al hospital—si el servicio sanitario está unido al asistencial—la comprobación del caso, proceso que se efectúa por un médico acompañado de una enfermera; ésta queda encargada de tramitar en el más breve lapso de tiempo todos los exámenes de laboratorio que permitan llegar a un diagnóstico de certidumbre,
- b) aislamiento del enfermo ya en el hospital, general o especial, o bien, en su propio domicilio, si las condiciones para prevenir el contagio son realizables,
- c) adopción de todas las medidas profilácticas, especialmente la desinfección concurrente de las secreciones y excreciones. Esta tarea queda totalmente entregada a la enfermera cuando el aislamiento del enfermo se realiza en su propio domicilio,
- d) inmunizaciones (viruela, difteria, etc.),
- e) encuestas epidemiológicas.

El hospital debe ser el centro de promoción de todas las medidas higiénicas y en tal sentido ninguna de las etapas de la lucha contra las enfermedades transmisibles puede desinteresarle o escapar a su acción. Cuando se observa que el problema es en la inmensa mayoría de los casos fundamentalmente epidemiológico, que hay que ir a buscar los focos de contagio y “que el hombre mismo es el reservorio de la mayor parte de las enfermedades infecciosas y la atención se ha desplazado desde el ambiente hacia el portador” (8), se abre un campo ilimi-

(7) Acuña Z. (Dr. Miguel).—El problema de las enfermedades crónicas en Estados Unidos de Norteamérica. *Revista de Asistencia Social*, 1941, N.º 3.

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

tado a la acción de la enfermera: los portadores de gérmenes, los casos sospechosos, las infecciones inaparentes; descubrirlos y dominarlos es lo único que permite luchar racionalmente contra las enfermedades infecto-contagiosas agudas y ello es la acción conjugada del médico y de la enfermera.

Corresponde al hospital en su posición de privilegio frente a la comunidad tomar a su cargo la inmunización de todo el sector que le está confiado: la viruela y la fiebre tifoidea, la difteria y la escarlatina retendrán la preferencia. Dirigir y cumplir esta tarea es obra de la enfermera, quien debe considerar que las dos últimas enfermedades son las que provocan las grandes epidemias en el medio escolar y que si bien la escarlatina ha disminuído su virulencia en los últimos años, las formas malignas de la difteria, con una mortalidad casi del 50 por ciento, no se desplazan.

Hemos dicho anteriormente que en los hospitales regionales deben establecerse centros de diagnóstico y tratamiento del cáncer, pero no por ello ningún hospital puede eximirse de cooperar a la prevención de esta enfermedad que cada día parece difundirse más. La acción preventiva en la lucha contra el cáncer es fundamentalmente de educación de las masas para someterla a examen médico periódico. "En el estado actual de nuestros conocimientos sobre el cáncer—ha dicho el doctor Bosso del Instituto Experimental del Cáncer que dirige el Prof. Roffo en Buenos Aires—el diagnóstico precoz constituye el principio y el fin de la enfermedad".

Diagnóstico precoz y tratamiento precoz son las directrices de esta lucha y sólo se llega a ello mediante un proceso permanente de educación, de propaganda. El Congreso Internacional de Lucha contra el Cáncer realizado en Bruselas, en septiembre de 1936, entre otras conclusiones, aprobó la siguiente:

"El Congreso desea la formación de *enfermeras*, *matronas* y *visitadoras sociales* orientadas hacia la adquisición de conocimientos suficientes para guiar a los enfermos hacia el diagnóstico precoz del cáncer. Todo caso de cáncer debe ser considerado como un caso urgente".

Y ningún instrumento de acción puede ser más útil para obtener el diagnóstico precoz que la enfermería, pues ella por su labor en los consultorios externos, en el domicilio del enfermo o del presunto sano puede influir de modo decisivo para llegar a ese diagnóstico temprano e instituir oportunamente el tratamiento. El Director del Instituto del Radium, doctor 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 43% de las probabilidades de curación habían desaparecido (9).

Diagnóstico precoz, orientación de los enfermos hacia los institutos especializados de tratamiento e intensa acción educativa es la cooperación de todo hospital en la prevención del cáncer.

Igualmente, en el aspecto preventivo, está reservado un sitio de importancia al hospital en la defensa de la salud mental. Todo hospital regional—donde no existan establecimientos especiales dentro de la zona—debe poseer una sección destinada a tal objeto y crear un servicio externo de *h i g i e n e m e n t a l* con una triple finalidad:

- a) preventiva, con el objeto de reconocer precozmente las psicopatías antes que lleguen a constituir un alienado o un individuo peligroso para la sociedad.
- b) curativa para los casos de psicopatías que no requieran la internación en hospitales psiquiátricos, y
- c) de vigilancia profiláctica para los egresados de servicios especializados.

(9) Guzmán (Dr. Leonardo).—La visitadora social en la lucha contra el cáncer. Servicio Social, 1935, N.º 4.

Todo este esquema de acción preventiva reservada al hospital parte de la base que éste se transforme en un centro de salud, que proyecte todas sus actividades hacia el hogar. El consenso a este respecto es unánime en todos los países del mundo. Precedentemente cité el acuerdo a que arribó el Primer Congreso Latinoamericano de Hospitales, reunido en Santiago en 1940, el cual no hizo sino ratificar conclusiones análogas de anteriores Congresos de Asistencia Social celebrados en el país.

Pero para que esta función pueda tener resultados eficaces, es imprescindible señalar a cada hospital una área, un sector, de cuyo standard sanitario sea responsable y dentro del cual se desarrolle su acción preventiva. En nuestro país tal delimitación es fácil, pues en general en cada cabecera de provincia o de departamento existe un hospital y en muchas sedes comunales una casa de socorro y de modo habitual cada uno de ellos posee una zona de atracción perfectamente circunscrita en función de la densidad de su población, vías de comunicación, producción, etc. Este problema de indicar un sector para cada hospital se presenta prácticamente en Santiago y en Valparaíso. Actualmente, se está programando en el Hospital Barros Luco, de Santiago, una acción coordinada de todos sus servicios preventivos, con un plan análogo al que hemos estudiado en las páginas precedentes, dentro de una área determinada (comuna urbana Matadero y comunas rurales de San Miguel y Cisterna), en la cual el hospital asumirá la responsabilidad de todas las actividades médicas preventivas y curativas. Naturalmente, un programa tal destaca como fundamental la cooperación de la enfermera y, al efecto, la Inspección de Enfermería de la Dirección General de Beneficencia, a mi cargo, ha elaborado las directivas a que su trabajo se ceñirá.

Cabe en este punto decir algunas palabras sobre un tema que, no obstante haber sido vastamente estudiado, permanece siempre en el terreno de la discusión. Cada actividad preventiva, ¿debe tener una enfermera especializada que sirva de eslabón entre el hospital y el hogar?

Quiero limitarme solamente a citar las palabras del doctor L. W. Hackett, cuya autoridad indiscutible le está conferida por su alta calidad de miembro de la International Health Division de la Rockefeller Foundation y director de la misma para las regiones andinas y del Río de la Plata. En su conferencia en la Universidad de Chile expresó textualmente:

“En un principio las enfermeras sanitarias eran muy especializadas tanto en su formación como en sus actividades. Los servicios de madre y niño, de enfermedades transmisibles, de nutrición, de tuberculosis, enfermedades venéreas y aun los hospitales de cáncer, tenían cada uno su propia legión de enfermeras domiciliarias, ordinariamente escasas en número y deficientes en educación y destreza. Varias personas visitaban a la misma familia y a menudo impartían instrucciones contradictorias. Una enfermera con un objetivo específico recorría largas distancias y servía grandes extensiones, de manera que sus visitas no se realizaban regularmente a todas las familias, sino que eran espaciadas y sólo beneficiaban a aquellas familias que se sabían necesitadas de ayuda o vigilancia. De ordinario la enfermera era desconocida para la mayoría de la gente de su distrito, aun en el supuesto de que sus visitas se circunscribiesen a un distrito de la ciudad. Cinco enfermeras especializadas en cinco problemas diferentes, tenían que cubrir todas ellas el mismo territorio, en tanto que si cada una de ellas pudiera manejar las diferentes fases de la acción sanitaria, podría ella concentrar sus esfuerzos en un quinto de las familias. La enfermera generalizada puede hacer todo esto. No es un médico. Es una profesional capacitada para reconocer (no para diagnosticar) condiciones anormales, llamar la atención de la familia, orientarla hacia los organismos de prevención y de control. La enfermera sanitaria universal ofrece menos riesgos que la especializada de usurpar cualquiera de las prerrogativas del médico. La enfermera sanitaria no actúa por sí sola; pertenece a una gran organización, es guiada por sus propios jefes y por los funcionarios sanitarios, en tanto que está respaldada por todas las instituciones curativas de la colectividad” (10).

Tales palabras no hacen sino subrayar los conceptos vertidos por esa maestra incomparable que fué la doctora Cora Mayers, cuyo recuerdo emocionado vive siempre inalterable en el corazón de todas las enfermeras. Decía ella:

“En los últimos tiempos ha habido una dispersión de energías en lo que se refiere al tipo de enfermeras que necesi-

(10) Hackett (Dr. Lewis).—Loc. cit.

tamos. Chile es un país de desarrollo económico limitado y no estamos en condiciones de especializar la enfermera sanitaria hasta el extremo de perturbar la tranquilidad de una casa enviando cuatro enfermeras sanitarias en un mismo día, por la razón de que en ella hay un canceroso, un candidato a la tuberculosis, un niño con sarampión y otro que ha faltado tres días consecutivos a la escuela. La especialización llevada hasta ese extremo es un absurdo. Lo que urge es formar un tipo de enfermera visitadora generalizada que simplifique el difícil problema de difundir en el hogar prácticas sanitarias y prevenir enfermedades" (11).

Nuestra experiencia nos indica que tal es el desideratum en la formación de enfermeras y que este tipo es el que se adapta mejor a la función hospitalaria.

Habiendo examinado ya las actividades preventivas que corresponden al hospital, debemos referirnos a sus actividades curativas.

El rol que en la función curativa encomendada al hospital debe desempeñar la enfermera, es incuestionablemente el más importante de todo el instituto: es con ella con quien el enfermo entra en contacto más directo, con quien crea un vínculo más estrecho. Es por esta circunstancia que la personalidad de la enfermera adquiere una influencia decisiva sobre el paciente: ella puede obtener que éste considere su permanencia en el hospital con serenidad, con confianza, casi con alegría; la enfermera, por esta posición privilegiada, puede influir favorablemente en la evolución de la enfermedad. Es un factor psicológico que todos los grandes clínicos han reconocido.

Desde que Christiane Reimann hiciera su interesante exposición sobre el cuidado de los enfermos hospitalizados en el Tercer Congreso Internacional de Hospitales celebrado en 1933 en Knocke sur Mer, se ha convenido en clasificar los deberes de la enfermera hacia el enfermo en directos e indirectos.

Las tareas de responsabilidad de la enfermera que conciernen directamente al enfermo pueden considerarse desde dos puntos de vista:

(11) Mayers (Dra. Cora).—Valor social de la enfermera. Beneficencia, 1929. N.º 8.

1.º aquéllas que ejecutan independientemente y bajo su exclusiva responsabilidad:

- a) asegurar el bienestar físico del enfermo. Es un arte que para ser convenientemente realizado requiere gran espíritu de iniciativa y un conocimiento acabado y profundo del cuerpo humano y sus necesidades;
- b) influir sobre la moral del enfermo. Es obligación de ella procurar al enfermo la más completa tranquilidad, liberarlo de toda inquietud o de cualquier sentimiento que pudiera interferir en perjuicio de su salud. Debe estudiar y comprender su temperamento, sus anhelos y despertar en él no sólo un deseo intenso de sanar sino también de llevar posteriormente una vida higiénica y vincularlo a las secciones correspondientes del hospital, que puedan al egreso del enfermo continuar controlando su salud;
- c) observar cuidadosamente al enfermo. Esta es tarea fundamental si se considera que la enfermera pasa mucho más tiempo al lado del paciente que el médico. Cuidar convenientemente un enfermo quiere decir observar todos los detalles, por insignificantes que parezcan, que permitan descubrir el medio de salvar una vida en peligro.

2.º aquellas tareas que se ejecutan bajo la responsabilidad del médico, que deben ser cumplidas rigurosamente, pero obedecidas con inteligencia, con sentido de responsabilidad. Tales son las que conciernen al cuidado mismo del enfermo y a la ejecución del tratamiento prescrito.

Las funciones que dicen relación indirecta con el enfermo y que están confiadas en el hospital a la enfermera son:

- a) la supervigilancia y responsabilidad de la unidad hospitalaria, entendiéndose por tal el conjunto de servicios (camas, salas de curaciones, de examen, etc.) destinados a la hospitalización y atención de los enfermos;
- b) mantenimiento de las observaciones clínicas;
- c) supervigilancia del personal técnico auxiliar y de servicio.

Antes de seguir adelante conviene establecer que en la construcción de los hospitales no debe olvidarse el rol que corresponde a la enfermera, a fin de considerar debidamente la ubicación de la unidad que le está destinada. Tal unidad comprende: a) el puesto de la enfermera (mejor que la oficina de la enfermera), que ha de permitir dominar ampliamente los corredores, salas de enfermos, salas de estar, escaleras, ascensores, servicios higiénicos, a fin de que nada escape a su vigilancia, y b) las salas de útiles, de ropa sucia y limpia, el botiquín, cocina periférica, repostero, salas de curaciones, de examen, etc.

Establecidas estas bases universales del trabajo de la enfermera en el cuidado de los enfermos hospitalizados, estudiaremos algunos de sus aspectos.

Los hospitales, según su tipo, se dividen en hospitales generales y especiales. Estos de modo habitual se encuentran en los grandes centros regionales, en las sedes de hospitales regionales.

Para que un hospital pueda ser considerado normal, esto es, capaz de dar satisfacción a las necesidades mínimas de su zona de atracción, requiere un standard:

- a) servicio de recepción y aseo de enfermos,
- b) atención permanente de primeros auxilios,
- c) consultorios externos (que den satisfacción, tanto a la medicina curativa como a la preventiva),
- d) servicios de hospitalización: medicina general, cirugía general, obstetricia, pediatría e infecto-contagiosos agudos,
- e) servicio dental,
- f) laboratorio clínico,
- g) rayos X,
- h) anatomía patológica,
- i) farmacia,
- j) fisioterapia,
- k) pensionado.

Este tipo de hospital general puede ser complementado con servicios especiales:

- a) cirugía especial: oto-rino-laringología, oftalmología, traumatología, cirugía reparadora, tisió-cirugía, neuro-cirugía, etc.,
- b) ginecología,
- c) urología,
- d) tuberculosis,
- e) dermatología,
- f) venereología,
- g) neurología,
- h) psiquiatría (agudos),
- i) cáncer,
- j) otras enfermedades crónicas,
- k) convalecientes.

Pero es lo habitual en los grandes centros hospitalarios y tal es la tendencia entre nosotros, constituir institutos especiales, independientes, con ciertas especialidades: tuberculosis (hospitales, hospitales-sanatorios, preventorios, etc.), pediatría, psiquiatría, dermato-venereología, cáncer, crónicos y convalecientes, infecto-contagiosos agudos, primeros auxilios, etc.

Y, por último, siempre en conexión con la enfermería, examinaremos diversos servicios que forman o deben formar parte de todo hospital, cualquiera que sea su tipo, general o especial:

economato
servicio de alimentación
biblioteca hospitalaria
terapia ocupacional

Servicio de recepción y aseo de enfermos.

Conforme a nuestras normas reglamentarias, ningún enfermo puede ingresar al hospital sin que previamente sea examinado por el médico residente de turno y en los hospitales en que no existe servicio de guardia y residencia, deberá serlo por los médicos del establecimiento, según turnos fijados por su dirección.

Este servicio de recepción de enfermos funciona diariamente de 8 a 20 horas, pero los enfermos graves son recibidos a cualquiera hora. Con el propósito de evitar su rechazo, toda dirección hospitalaria está obligada a mantener una dotación suplementaria de camas de emergencia que llega al 5% de la dotación fija del establecimiento.

Establecida la necesidad de la hospitalización mediante el examen médico, el enfermo es aseado, recibe la ropa del establecimiento, se le confecciona su ficha individual, recibe su formulario de observación clínica y es hospitalizado.

En los hospitales se da preferencia a los enfermos agudos y sólo se admiten crónicos cuando éstos pueden obtener algún beneficio de su estada en el instituto.

Pero desde hace años se acentúa la tendencia de que los enfermos sean hospitalizados por intermedio de los consultorios externos, en los cuales previamente han sido estudiados y diagnosticados y llegan al hospital solamente para cumplir con su indicación terapéutica. Desde luego, esto ocurre con los asegurados de la Ley 4054, que son hospitalizados por orden expresa del respectivo consultorio de la Caja de Seguro Obligatorio, pero tal finalidad no siempre se cumple debidamente a causa de la carencia de una exacta coordinación entre los servicios médicos de la Caja y la Beneficencia. Para ello bastaría que el enfermo asegurado llegase al hospital premunido de un resumen de su observación clínica y de sus exámenes de laboratorio y con ello se economizaría el doble esfuerzo de efectuar nuevamente todos esos exámenes para llegar a un diagnóstico.

El ingreso de los enfermos por el consultorio externo

obedece a la necesidad de obtener de las camas del hospital el mayor rendimiento económico-social, pues llegando el enfermo exclusivamente a cumplir su etapa terapéutica, el número de días de estada disminuye considerablemente y la cama de hospital puede atender por año mayor número de enfermos recuperables.

De lo dicho, puede desprenderse la importancia que reviste la acción de la enfermera en estos servicios de ingreso de enfermos: le corresponde en primer término supervigilar que los enfermos que vienen a hospitalizarse—si no se trata de casos graves—hayan pasado previamente por el consultorio externo de un servicio de la Beneficencia o de la Caja de Seguro Obligatorio, que posean todos sus antecedentes médicos, adoptar todas las medidas necesarias para que las camas de emergencia estén prestas a entrar en funciones, acudir a ellas para asegurar la hospitalización de todo enfermo grave, proveer a la movilización de los enfermos, en caso de necesidad, desde su domicilio al hospital, utilizar de inmediato todas las conexiones posibles para reflejar la acción médico-social sobre el hogar (casos de enfermedades transmisibles, etc.). Y, por último, le cabe la acción permanente de supervigilar los locales del servicio y el personal que en ellos trabaja para que todo ocurra en forma tal que jamás ningún detalle no haya sido previsto.

Atención Permanente de Primeros Auxilios

No me refiero aquí a los servicios que en Santiago y Valparaíso presta la Asistencia Pública, sino a aquéllos que todo hospital debe mantener en funciones como anexo propio. Es obligación de todo hospital organizar la atención permanente de primeros auxilios y prodigarlos tanto en el establecimiento como en el hogar del enfermo. Tal organización supone personal y local especiales y medios expeditos de movilización para el personal técnico y para los enfermos.

Este servicio queda habitualmente asegurado por el per-

sonal médico de guardia y de residencia y por el personal auxiliar, pero en los establecimientos donde no hay servicio médico residente, corresponde a los médicos del hospital, según turnos prefijados por la dirección, acudir a los llamados que con el carácter de urgente se les haga desde el servicio respectivo.

La enfermera debe actuar en la atención de primeros auxilios desde un doble punto de vista: en la supervigilancia del servicio, en la calificación de los casos en que debe llamarse al médico para la atención de urgencia y en el cuidado directo del enfermo.

Consultorios Externos

Para coordinar la acción de los diversos consultorios (curativos y preventivos) que integran el policlínico, es indispensable que exista una enfermera jefe que tenga la total responsabilidad del servicio. Ella deberá controlar la exacta distribución de los enfermos en cada consultorio externo con el objeto de que no sean enviados a especialidades distintas de la enfermedad que los aqueja; distribuirá las enfermeras en los diversos consultorios y les señalará sus obligaciones de acuerdo con el médico de cada servicio y de un modo especialísimo tomará el control de las visitas domiciliarias ordenadas por los diversos consultorios.

Hemos manifestado precedentemente que no hay conveniencia alguna en que cada servicio, preventivo o curativo, destaque una enfermera especial en el domicilio del enfermo, pues cuando en éste se plantean diversos problemas de índole sanitaria, con la multiplicidad de funcionarias que suelen impartir instrucciones contradictorias, sólo se logra una acción confusa y el descrédito de la función encomendada al hospital. Corresponde a la enfermera jefe recibir todas las peticiones de visitas domiciliarias y distribuirlas con criterio racional, confiando a una sola todos los problemas que se presenten en un hogar.

Las enfermeras de los policlínicos deben actuar con diligencia en la obtención rápida de las interconsultas, de los exámenes de laboratorio, del cumplimiento de las prescripciones terapéuticas con miras a la necesidad económica y social de la más pronta recuperación del enfermo; deben orientar los enfermos hacia los institutos especializados que requieran, tramitar las hospitalizaciones, realizar los tratamientos ambulatorios (inyecciones, curaciones, masajes, etc.).

La acción de la enfermera en los consultorios de tendencia preventiva ha quedado señalada en capítulos anteriores.

Servicios de hospitalización

Nuestros servicios de hospitalización están constituidos por secciones, con una capacidad máxima de 150 camas; a su vez, las secciones se encuentran divididas en unidades hospitalarias que de modo habitual comportan 25 camas cada una. Por cada dos unidades existe un jefe de servicio.

Toda unidad se encuentra a cargo de un médico y debe tener una enfermera jefe y dos enfermeras. Tal es la disposición reglamentaria vigente (art. 40 del Reglamento de Institutos) y de qué modo ha podido ser cumplida lo veremos más adelante al considerar la situación actual de la enfermería en nuestros hospitales, pero podemos anticipar que tanto por la escasez de profesionales cuanto por lo precario de la situación económica de la Beneficencia, esta norma no ha podido ser llevada a la práctica en forma integral, no obstante que todos coinciden en apreciarla como el desideratum.

La enfermera jefe tiene toda la responsabilidad del funcionamiento técnico y administrativo de la unidad, supervigila todos los locales que la constituyen (salas de hospitalización, de examen, curaciones, servicios higiénicos, cocina periférica, comedores, sala de estar, ropa limpia, sucia, botiquín, terapia ocupacional, etc.), vigila y dirige el trabajo del personal de enfermeras, auxiliar y de servicio.

A las enfermeras al cuidado directo de los enfermos les incumbe prestar sus servicios sin olvidar en ningún momento que la profesión sintetiza un elevado ideal humanitario que presupone una devoción y una lealtad hacia la obra realizada que rebasan en mucho los simples sentimientos del deber y de la obligación.

Si bien la enfermera se encuentra a las órdenes del médico y debe cumplir sus instrucciones con un alto sentido de disciplina, con lealtad e inteligencia, conviene subrayar que ella está al servicio del enfermo antes que al servicio del médico y que las relaciones entre ambos profesionales son complementarias y recíprocas. No debe olvidarse que los enfermos se encuentran mejor servidos cuando la profesión de enfermera no es relegada a una posición subalterna.

La enfermera, para enfrentar su tarea, debe poseer calidades morales inexcusables, alto espíritu de sacrificio y abnegación, bondad inextinguible y al mismo tiempo una preparación técnica irreprochable. Es cierto que en muchos casos para un desempeño eficiente no basta la preparación obtenida en la Escuela, preferentemente cuando se trata de proporcionar una asistencia altamente especializada (pediatría, neuro-cirugía, tisiomedicina, tisiocirugía, traumatología, etc.). Es por ello y por la incesante renovación de la medicina que la enfermera requiere estar dotada de un afán permanente de superación; sin él, los esfuerzos de la enfermería se malograrían en breve plazo.

De aquí la necesidad de la especialización, ya como función docente de las Escuelas, ya como función de la Beneficencia en su obligación de satisfacer sus propias necesidades llenando sus cuadros con personal debidamente calificado.

En lo que dice relación con los servicios de hospitalización de tuberculosos, me voy a limitar a transcribir las opiniones vertidas en la Primera Reunión Anual de Sanatorios, celebrada en octubre de este año en Putaendo, por uno de nuestros más destacados tisiólogos y directores de institutos, el doctor don René García Valenzuela:

“En el aspecto técnico, necesita estar perfectamente orientada en el problema de la lucha contra la tuberculosis y contornos principales de la afección y, muy en especial, de todo aquello que se relaciona con el tratamiento y su concepción moderna. Dominará ampliamente las bases fundamentales sobre las que descansa el tratamiento higiénico-dietético, porque en esta materia es indispensable estar convencido de algo para convencer a los demás. La atención directa del paciente es restringida cuando se habla exclusivamente de tratamiento médico y técnica enfermeril pura, pero este horizonte se ensancha considerablemente cuando se reflexiona en todos aquellos múltiples aspectos que transforman a la enfermera en una colaboradora de grande y decisiva importancia en la mantención integral de una disciplina que con el correr de los días transforma en mayor monotonía la vida dentro de establecimientos que por mucho que se haga no logran perder totalmente su carácter de “cárceles blancas”, como alguien las ha denominado. No es con la jeringa de inyecciones, con un vendaje apropiado o con un masaje perfectamente ejecutado, con lo que la enfermera de un sanatorio antituberculoso puede demostrar su competencia y su ayuda al médico. Debe estar en posesión de esta parte de la técnica enfermeril, pero también debe dominar perfectamente la psicoterapia que el tuberculoso necesita y con una conversación bien orientada en tal sentido, obtendrá mucho más que con la administración parenteral de cualquier producto médico o biológico. La enfermera sanatorial necesita, pues, una cultura general y especial superior, para desenvolverse correctamente en el trato diario con sus enfermos, para acercárseles en ciertos aspectos, guardando una equilibrada distancia en otros”.

“Muy de otra índole, aunque siempre dentro del marco de los requisitos técnicos, resulta el adiestramiento de la enfermera sanatorial en todo aquello que de cerca toda la intensificación de los colapsos quirúrgicos como tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Somos de los que pensamos que la escuela tisió-quirúrgica ha alcanzado un desenvolvimiento que tarde o temprano habrá de aceptarse la política de descentralización que hemos venido propiciando en el último tiempo” (12).

Otro rubro que requiere una especialización previa es la atención del enfermo mental. Se comprende fácilmente que sin una preparación técnica especial no podrá actuar frente al enfermo y sus problemas. Es por ello que el doctor don Germán Greve ha podido manifestar:

“No se divisa objetivo práctico alguno de impregnarlas con largas y fastidiosas descripciones de enfermedades, sus no-

(12) García Valenzuela (Dr. René).—Organización de la Enfermería Sanatorial. Santiago, 1942

menclaturas y sinonimias, pero, sí, es requisito de importancia decisiva el ponerlas al corriente del significado y génesis de los estados sintomáticos de aquéllas, explicándoles lo que es un estado emocional y sus reacciones, lo que es un estado ansioso, de depresión psíquica, uno de excitación o confusional, lo que son las reacciones de interpretaciones suspicaces; las reacciones emocionales corporales, como de pánico, por ejemplo, o la sintomatología histérica, etc., y cómo el hecho de dejar explanyarse al enfermo lo puede aliviar grandemente, son detalles cuyo conocimiento en su plena conciencia, es de alto valor para la eficiencia del servicio.

Refiriéndose a la terapia del enfermo por la ocupación, agrega:

“Las condiciones que se le exigen a las labores del enfermo son tales que sólo pueden aplicarse bajo una supervigilancia muy versada en los fines que se persiguen individualmente en cada enfermo, en la técnica y en la heterogeneidad y adaptación de los medios de que se ha de valer con el fin determinado que se ha de perseguir. Tal es el origen de una nueva especialización de la enfermera psiquiatra, la enfermera psiquiatra de ocupaciones”. “El conocimiento de la faz tanto psicológica como psiquiátrica de los enfermos, es condición previa para desempeñar esas funciones educadoras con toda eficiencia” (13).

También exige preparación técnica especializada la atención de los enfermos de cáncer y demás enfermedades crónicas. El doctor don Miguel Acuña Zamora, que estudió largamente este problema en Estados Unidos, ha puesto de relieve en su trabajo citado anteriormente, la necesidad imperiosa que existe en todo establecimiento en que se asisten enfermos crónicos, de contar con personal médico y de enfermeras especializados preferentemente en el conocimiento y cuidado de enfermos reumáticos, cardíacos irreductibles, vasculares, nerviosos, etc.

Por último, según la distinta rama del servicio de hospitalización se diversifican las actividades de las enfermeras: unas deberán dedicarse exclusivamente al cuidado inmediato del enfermo, otras tienen oportunidad de actuar en los servicios quirúrgicos, ya sea tomando bajo su responsabilidad el pa-

(13) Greve (Dr. Germán).—La moderna asistencia social psiquiátrica. Santiago, 1941.

bellón de operaciones, el instrumental, la esterilización del material, la anestesia, la ayudantía en las intervenciones quirúrgicas, pero en todo caso cada enfermera debe especializarse adecuadamente en la función que le está encomendada.

Servicio Dental.

La enfermera en el servicio dental actúa como auxiliar del dentista, especialmente en la responsabilidad del manejo del gabinete, pues su intervención en el cuidado mismo del enfermo es sólo mediata y secundaria.

Laboratorio Clínico.

La enfermera tiene una excelente oportunidad de prestar muy útiles servicios cuando se dedica a los trabajos de laboratorio, que para la Beneficencia revisten especial interés. En efecto, muchos laboratorios confían sus exámenes de rutina a la enfermera y aun al personal auxiliar y si llegan a adquirir una competencia especializada podrían confiársele los exámenes en hospitales en los cuales no es posible contar con médicos laboratoristas. Esta especialización, en los hospitales de tipo B y C está destinada a solucionar un problema que permanece sin solución y que ciertamente por muchos años tampoco la encontrará.

Rayos X.

La experiencia ha demostrado que cuando los servicios radiológicos están bajo la dirección administrativa de una enfermera, todo el rodaje es más expedito. Pero la enfermera actúa también en la parte técnica: se le puede confiar todo el trabajo de radiografía y tal ocurre, con éxito, en numerosos establecimientos.

Anatomía patológica.

Aquí no le cabe otra opción que actuar como preparadora de histo-patología.

Fisioterapia.

Fácilmente pueden serle confiados todos los servicios de fisioterapia, naturalmente bajo la vigilancia o dirección técnica del médico. Las aplicaciones de luz sólux, ultravioleta, ultratermia, pueden quedar a su cuidado. La piritoterapia, que tantas indicaciones encuentra hoy en día, no podría ser aplicada sino bajo el control permanente de la enfermera. De igual modo, la terapéutica por el shock de tan dilatada utilización en psiquiatría y que exige una cuidadosa y continuada observación del enfermo, solamente puede ser practicada cuando se cuenta con una enfermera especializada.

Servicios de Alimentación.

Es indudable que uno de los defectos más sobresalientes de nuestra organización hospitalaria es el funcionamiento del servicio de alimentación, el cual no cede en importancia a ningún otro servicio médico (medicina, cirugía, farmacia, servicio dental, etc.) y no obstante ello en el proceso de renovación iniciado en los institutos asistenciales ha sido postergado y, en general, continúa a cargo de personal sin ninguna preparación técnica.

Desde hace algunos años la Beneficencia realiza esfuerzos importantes para modificar esta situación, pero la experiencia aun no está terminada y sería prematuro hablar de sus resultados. Existe una tendencia, que cada día se acentúa más, de dar a la alimentación hospitalaria el carácter de comida individual, a la carta. Ello supone necesariamente la existencia

de una cocina central, de numerosas cocinas periféricas y de una organización técnico-administrativa. La individualización del régimen para cada enfermo está subordinada a diversos factores médicos y económicos. A la enfermera le incumbe actuar en ambos aspectos: debe mantenerse en contacto con el médico para recibir las prescripciones y ejecutarlas rigurosamente, estudiar los hábitos y necesidades alimenticias del enfermo y, por otra parte, debe asumir la función administrativo-económica: adquisición de los alimentos en la cocina central, manejo del presupuesto de alimentación de cada servicio, organización del trabajo dentro de la cocina periférica, distribución de las comidas, etc.

Pienso que ninguna funcionaria es más apta para desempeñar esta función, cuya importancia es trascendental para la vida hospitalaria, que la enfermera y su especialización no sólo en nutrición, sino en técnica culinaria y en organización económica de la alimentación, se impone como una necesidad imperiosa para la Beneficencia.

Pero el problema de la alimentación de los enfermos tiene nuevas aplicaciones, especialmente en lo que dice relación con el futuro de los egresados de los hospitales y que forzosamente deben continuar sometidos a un régimen dietético. No es fácil solucionarlo, pues el enfermo carece habitualmente de recursos para instaurar el régimen adecuado y en su hogar se carece de conocimientos para implantarlo debidamente. Es la enfermera quien debe llegar al hogar a impartir las instrucciones, teniendo presente siempre las condiciones y posibilidades económicas del paciente. Más aún, se ha iniciado en Santiago un ensayo, en el Centro de Salud N.º 1, de cocina dietética para la enseñanza, a esta clase de enfermos, de la técnica culinaria adaptada a los diversos regímenes y pronto se organizará un restorán dietético con el objeto que los enfermos egresados de los hospitales y los enfermos privados puedan encontrar en él, a precios módicos, los menús adecuados a su régimen. Tal organización no podría llevarse a la práctica si no es-

tuviera a cargo de una enfermera altamente especializada y calificada.



Hay otros servicios en el hospital que presentan a la enfermera un vasto e insospechado campo de acción, fuera del economato que en páginas precedentes examinamos. Ellos son:

Terapia ocupacional.

El enfermo debe encontrar en el hospital el máximo de consideración humana y deben tomarse en cuenta todos los factores psicológicos íntimos para su bienestar material y moral. Para tal fin, todo hospital moderno ha agregado a sus servicios de atención médica uno de terapia ocupacional o labor-terapia, con el propósito de ayudar al mejoramiento del enfermo, ya estimulando el restablecimiento físico por medio de ejercicios especiales, como la mejoría moral por medio de la distracción que levanta el espíritu. En este servicio el enfermo efectúa trabajos de cestería, tejidos, tallados, juguetería, mecánica aplicada a juguetería, dibujos, pintura, etc., adaptados todos a los diversos grupos de enfermedades y, en especial, a la reeducación de los músculos que han permanecido inmovilizados (casos de fracturas, luxaciones, etc.).

Es un método terapéutico que requiere en quien lo aplica un conocimiento especial. Nadie mejor que la enfermera que tiene la base fundamental de la observación a fondo del enfermo, para organizar este servicio y hacerle rendir eficientemente.

Biblioteca Hospitalaria.

El hospital no puede despreciar una oportunidad tan incomparable como la que le brinda la estada del paciente para

realizar ante él una acción educativa, cultural. La educación higiénica del enfermo es la labor conjunta del médico y la enfermera. Incumbe, además, a ésta crear en torno del paciente una atmósfera de agrado y de bienestar, tan propicia a su mejoría. El enfermo es un ser eminentemente impresionable; su espíritu es encuentra en estado de máxima receptividad y la lectura adecuada puede inclinarlo a la reflexión saludable, a una ampliación de horizonte, a mejores orientaciones de vida y, en todo caso, a hacerle más grata, más liviana su permanencia en el hospital.

Es por eso que la creación de bibliotecas para enfermos ha adquirido en otros países un desarrollo que hubiera sido difícil prever años atrás. La enfermera puede actuar con éxito a cargo de una biblioteca, especialmente si se encuentra dotada de condiciones agradables, de tacto, suavidad, si sabe adentrarse en la psicología del enfermo y conoce bien los libros que le distribuye y es apta para darse cuenta de qué lectura puede convenir e interesar a cada uno.

La organización de bibliotecas hospitalarias es una rama que en los grandes hospitales exige incuestionablemente la presencia de una persona especializada, pero en los establecimientos en que ello no es posible o necesario puede la enfermera asumir esta función, que es un elemento de penetración efectiva, de sorprendente influencia en el medio social.

* * *

Hemos dado a conocer detalladamente las posibilidades que se abren a la enfermería dentro de los servicios hospitalario de la Beneficencia y Asistencia Social. Ahora debemos referirnos a su actual posición dentro de ellos.

La Beneficencia posee en sus servicios asistenciales de todo el país 394 plazas de enfermeras, de las cuales 335 están ocupadas por enfermeras, 30 transitoriamente por cuidadoras y 29 se encuentran vacantes. El cuadro que sigue da una exacta idea de su distribución a lo largo de todo el país:

Establecimientos	Cargos consultados	Desempeña- dos por enfermeras	Desempeña- dos por cuidadoras	Vacantes
Arica	1			1
Iquique	6	3	3	
Tocopilla	3	1	1	1
Antofagasta	1	1		
Calama	1	1		
Freirina	1	1		
Vallenar	1	1		
La Serena	1	1		
Ovalle	1	1		
Combarbalá	1	1		
San Felipe	3	2		1
Putendo (Sanatorio)	5	5		
Valparaíso:				
Hospital Van Buren	34	31	2	1
Pensionado Van Buren	7	7		
Hospital Deformes	10	9		1
Hospital del Salvador	2	1	1	
Centro Broncopulmonares	4	4		
Hospital Viña del Mar	15	11	2	2
Sanatorio Valparaíso	14	10	2	2
Sanatorio Peñablanca	2	2		
Santiago:				
Hospital Barros Luco	11	10	1	
Hospital San Borja	5	5		
Hospital San José	25	22	3	
Hospital San Juan de Dios	2	2		
Hospital San Luis	8	8		
Hospital Arriarán	32	31	1	
Hospital Roberto del Río	16	16		
Hospital del Salvador	12	12		
Pensionado del Salvador	1		1	
Hospital Nacional	3			3
Dispensario San José	3	2	1	
Centro de Salud N.º 1	5	4		1
Asistencia Pública	29	17	12	
Hospital Susana Palma	2	1		1
Casa Nacional del Niño	16	14		2
Manicomio Nacional	2	2		

Establecimientos	Cargos consultados	Desempeña- dos por enfermeras	Desempeña- dos por cuidadoras	Vacantes
Pensionado del Manicomio	5	5		
Sanatorio El Peral	24	24		
Instituto Nacional Radium	11	11		
Preventorio San Luis	1	1		
Casa de Salud San José Maipo	2	1		1
Sanatorio Popular " "	1	1		
Casa socorro Puente Alto	4	4		
Casa socorro Peñaflores	1	1		
Buín	1	1		
Curicó	2	2		
Talca	4	3		1
Constitución	1	1		
Linares	1	1		
Chillán	6	6		
Coelemu	1	1		
Tomé	1			1
Concepción	4	4		
Talcahuano	2	1		1
Coronel	1	1		
Los Angeles	1	1		
Mulchén	1			1
Temuco	1	1		
Valdivia:				
Hospital San Juan de Dios	4	4		
Hospital Regional	10	6		4
La Unión	1	1		
Osorno	5	5		
Puerto Montt	2	1		1
Puerto Octay	1			1
Castro	1	1		
Punta Arenas	5	5		
Fundo Santa Inés	1			1
Fundos Valle del Choapa	1			1
	<u>394</u>	<u>335</u>	<u>30</u>	<u>29</u>

Las 335 enfermeras, según las especialidades en que trabajan, se distribuyen del siguiente modo:

tisiología	51
pediatría	45
cirugía	42
primeros auxilios	38 (5 en pediatría)
consultorios externos:	
medicina	7
cirugía	4
tisiología	5
pediatría	10
ginecología	1
venéreas	1.... 28
sanitarias	19
tisiocirugía	18
medicina	17
pensionados	14
jefaturas (hospit. o secciones)	13
cancerología	10
economato	9
psiquiatría	7
dermatología	7
oftalmología	3
radiología	3
servicios de guardia y residencia	3
servicio de recepción enfermos	1
laboratorio	1
neurología	1
ginecología	1
fisioterapia	1

La situación económica de las enfermeras dentro de los Servicios de Beneficencia y Asistencia Social es uniforme y la remuneración se va modificando conforme al número de años servidos en la institución:

enfermera auxiliar (durante el primer año
de servicio) \$ 1,000 mensuales

enfermera tercera (2.º, 3.º y 4.º año de servicio)	1,250	”
enfermera segunda (5.º, 6.º y 7.º año de servicio)	1,500	”
enfermera primera (a partir del 7.º año de de servicio)	2,000	”

Fuera de ello las profesionales que trabajan en los servicios de fisiología tienen una asignación de 25% sobre sus rentas, porcentaje que no está destinado a cubrir riesgos profesionales, sino a derivar enfermeras hacia esta especialización.

Además, las enfermeras se encuentran sometidas al estatuto general de todos los funcionarios de la Beneficencia y, por lo tanto, disfrutan de un aumento de 10% sobre sus sueldos por cada 6 años servidos con anterioridad al año 1940 y por cada 3 años servidos con posterioridad. Numerosas enfermeras disfrutan de derecho a casa y comida.

Esta situación de hoy día, aparentemente constituye un mejoramiento económico, pues si consideramos el alto coste de la vida que en los últimos 4 años ha sufrido un alza inusitada y que ha transformado a Chile en uno de los países de vida más cara en la América del Sur, concluiremos que el poder adquisitivo del salario de la enfermera se mantiene, como en años anteriores, por debajo de las necesidades fundamentales que debe satisfacer.

De aquí la necesidad de revisar la remuneración de la enfermera. Debe considerarse previamente que la profesión como ejercicio libre, individual, prácticamente no existe, lo que constituye una diferencia fundamental con la profesión médica u obstétrica; nuestra profesión está funcionarizada. Después de la jornada de trabajo, larga y habitualmente ruda y penosa, la enfermera necesita reposo, tiempo libre para su propio perfeccionamiento; no podría exigírsele un nuevo trabajo físico o mental. Para que la enfermera pueda superarse cada día en su preparación técnica e iniciar su trabajo con sereni-

dad y con alegría, no debe tener inquietudes económicas. Por ello debe estar rentada adecuadamente, con dignidad.

No debe olvidarse lo que llevamos dicho. Numerosas actividades de la enfermera dentro de nuestros servicios requieren una extraordinaria especialización; la profesional que la adquiere debe ser considerada como una "enfermera calificada" y merece una asignación que compense su sacrificio, su trabajo, y le sirva de estímulo.

Más aún, diversas actividades dentro de la profesión la exponen a un riesgo cierto; quienes trabajan en los servicios de enfermedades transmisibles (tuberculosis, difteria, tífus exantemático, etc.), están expuestas a contraerlas; las que actúan en servicios de radiología, de radium y roentgenterapia sufren los efectos perniciosos de las radiaciones. Por lo tanto, este riesgo debe necesariamente ser cubierto por una mayor remuneración, por un seguro de vida, por disminución de los requisitos para obtener su jubilación y por descansos periódicos más frecuentes.

Las necesidades cuantitativas a satisfacer dentro de la Beneficencia están contempladas en nuestras normas reglamentarias que exigen 3 enfermeras por cada unidad, por cada 25 camas. Este enunciado significa una absorción de 3,000 enfermeras y basta decirlo para comprender que no hay posibilidad de llegar a este desideratum ni aun cubriendo amplios plazos, pues nuestras escuelas no poseen capacidad para entregar tal número de profesionales.

En lo cualitativo, debemos acentuar nuestra necesidad de obtener enfermeras especializadas preferentemente en los siguientes problemas, donde sus servicios tienen un mejor aprovechamiento:

administración hospitalaria
economato
enfermeras sanitarias
cuidado general de enfermos
cuidado especializado:

pediatría
fisiología
cirugía
servicios de alimentación
servicios de terapia (fisioterapia, terapia ocupacional, etc.)
laboratorio

* * *

No podríamos terminar este capítulo de la posición actual de la enfermería en la Beneficencia sin antes considerar si la enfermera ha dado satisfacción plena a nuestros institutos asistenciales. En este punto debo transcribir casi textualmente las "consideraciones generales sobre la formación de enfermeras para los servicios asistenciales" a que di lectura en la Primera Reunión Anual de Sanatorios celebrada en Putaendo.

Cité en esa oportunidad las palabras pronunciadas por el doctor don Alejandro del Río, en sus resonantes conferencias que sobre política sanitaria dió en 1923 en la Universidad de Chile:

"Me ha sido particularmente grato decir que el cuerpo médico nacional es un motivo de justo orgullo para el país. Siento infinitamente no poder hacer igual declaración para la profesión de enfermera. Sólo en los últimos años ha sido posible avanzar un tanto en el mejoramiento de esta enseñanza que aun hoy deja no poco que desear y se lleva a cabo en forma restringida" (14).

Años más tarde—1934—desde su alto cargo de Director General de Beneficencia y Asistencia Social, decía:

"Nuestros hospitales cuentan con buenos médicos, pero el servicio de atención de los enfermos, papel de la enfermera, se encuentra como hace 30 años, es decir, en estado primitivo".

"Nuestras incipientes escuelas de enfermeras (me refiero a las escuelas de la Beneficencia) han debido sufrir las consecuencias de los años de crisis y en lugar de progresar han re-

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

gresado, lo que quiere decir que no corresponden a las exigencias y necesidades del día”.

“Hemos llegado al momento crítico y no cabe otra expectación que clausurarlas o darles un nuevo impulso tanto en la selección del personal como en los planes y métodos de enseñanza” (15).

Sería una obstinada ceguera dejar de reconocer que en estas palabras se encuentra encerrada una máxima verdad y que los servicios de enfermería en los hospitales no han logrado cubrir las expectativas en ellos mantenidas.

En realidad, no hemos logrado, a través de tantos años de preocupaciones, formar la profesional poseedora de una preparación técnica irreprochable, dotada de altísimas condiciones espirituales, con hondo sentido de la responsabilidad, con un concepto casi religioso de su misión, capaz de todos los vencimientos, de todas las abnegaciones, de todos los sacrificios.

El dominio y el cultivo de condiciones tales supone un doble proceso: primero de selección y orientación y después de formación espiritual y técnica. Y decir selección es decir vocación, es buscar esa inclinación innata que, a la que tiene alma de enfermera, la lleva de modo irresistible a darse por entero al servicio de los demás.

Sin vocación no es posible llegar a ser enfermera. Pero no sólo se requiere esta vocación, ella debe ir aparejada con una salud compatible con la vida de sacrificios, que mantenga siempre el cuerpo y la mente sanos, el espíritu pleno de optimismo y siempre dispuesto a servir con bondad inteligente.

Encontrar y desentrañar este venero de la vocación es la tarea primordial de quienes tienen la responsabilidad de la docencia. Sería fatal ceguera—y desgraciadamente palpamos sus consecuencias—orientar hacia la enfermería a quienes no poseen esa vocación innata, ni sienten toda la grandeza de la profesión, porque ellas serán quienes transformen algo que es noble y limpio, en vil y despreciable, porque en ellas no habrá otra preocupación que el monto de la retribución que se recibe.

(15) Río (Dr. Alejandro del).—Perfeccionamiento de las Escuelas de Enfermeras. Revista de Asistencia Social. Santiago, 1934.

Falta entonces la belleza interior, que es el punto de apoyo de toda la acción de la enfermera.

Seleccionada la alumna, debe proveerse a su formación intelectual y espiritual. La primera está regida por cánones que de continuo van renovándose porque las exigencias también se van adaptando a nuevas concepciones, a nuevas necesidades impuestas por el progreso incesante de la medicina. Miss Elisabeth Tennant—de la Institución Rockefeller—que en cumplimiento de una misión docente visitó nuestra Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile, en un interesante informe entregado a su Rector expresaba: “los programas de la Escuela de Enfermeras no son modernos. Las buenas escuelas de enfermería de todo el mundo están hoy subrayando los aspectos preventivo y social de la medicina y de la enfermería, junto con los aspectos curativos, desde el día mismo en que la alumna comienza sus estudios. Aquí no hay período pre-clínico destinado a enseñar las ciencias básicas y a dar las instrucciones de laboratorio. No se me mostró un laboratorio o una biblioteca donde las estudiantes puedan estudiar o leer. Las materias teóricas no son enseñadas en orden continuado. Tengo la impresión de que los médicos dan cursos superficiales de la medicina. No hay correlación entre la teoría y la práctica, lo que constituye una importante debilidad del curso”. Y agrega miss Tennant una observación que a mi juicio es fundamental. Dice ella: “La directora de la Escuela no es una enfermera. La enfermería no se desarrollará nunca satisfactoriamente hasta que la autoridad y la responsabilidad de la educación y de la enfermería misma no estén en manos de enfermeras altamente calificadas”.

Pero si la formación técnica es posible en las clases teóricas y preferentemente en la práctica diaria, la formación espiritual, que es la básica, sólo se logra mediante esa labor silenciosa que efectúa el auténtico maestro en el reposo de un gabinete de trabajo, en la diaria y continuada convivencia, en la íntima serenidad del hogar de alumnas. Es en esa convivencia con el maestro de verdad donde se aprenden todas las deli-

cadezas impregnadas de hondo sentido humano; es allí donde se adquieren esas cualidades, esas virtudes esenciales, sin las cuales no se puede actuar frente al enfermo: sentido del deber y de la responsabilidad, paciencia, ternura, discreción; es allí donde se aprende a obedecer con inteligencia.

Es por todo ello que una escuela de enfermeras sin régimen de internado es una escuela incapaz de moldear el alma de la alumna en este verdadero vaso espiritual.

Uno de nuestros directores de hospitales ha podido manifestar en una reunión médica de alta significación: "En resumen, nos atrevemos a decir que las escuelas de enfermeras entregan a la colaboración de los problemas de la salud un elemento profesional insuficientemente moldeado, por deficiente formación humanística y profesional, por predominio en la selección de factores y requisitos de instrucción sobre los de educación, personalidad y vocación; por defectuosa organización administrativa y técnica de las escuelas; por falta de revisión y modernización de sus planes de estudio; por predominancia de la instrucción teórica sobre la práctica; por falta de una docencia enfermeril que debería gestarse en el propio gremio, por excesiva restricción en los requisitos de ingreso que se oponen al aflujo conveniente de estudiantes y a la formación de una competencia profesional que sirva, más tarde, de autoselección; por insuficiente reafianzamiento, durante los estudios, del factor vocacional".

De aquí que yo sostenga que nuestro problema de la enfermería hospitalaria se encuentra vinculado de modo indisoluble al problema docente y que mientras no se dé a éste la importancia preponderante, muy poco será lo que podamos avanzar.

El hecho inconcuso es que los servicios de enfermería del país, ya en lo asistencial como en lo sanitario, son deficientes, porque deficiente es la selección de la aspirante y la formación de la enfermera. Es urgente, por lo tanto, solicitar de las autoridades universitarias la revisión total del problema: que si no existen en el país las enfermeras de calidad suficien-

te para asumir con éxito la dirección de nuestras escuelas y la función docente, se traiga del extranjero quienes puedan realizarla, mientras se preparan profesionales que en un futuro puedan actuar con éxito; que se revisen los planes y programas de estudio para adaptarlos a las necesidades de nuestros servicios, que los requisitos de ingreso se reduzcan para dar la máxima importancia a la selección vocacional del alumnado y que en la formación profesional, junto con vigilar la habilidad práctica de cada alumna, sea preocupación constante impregnar a la futura enfermera de ese bello sentido humano que permite aproximarse al corazón de los que sufren, conquistando fácilmente sus inteligencias y sus voluntades, exaltar el sentido de responsabilidad y de disciplina, de firmeza, de desinterés y abnegación para ofrecerse siempre en aras del interés superior de la colectividad.

Pero aun hay más. Sería simplemente absurdo entregar un instrumento dado a quien no sabe utilizarlo. No podría manejarlo y tal ocurre con la enfermería. Para obtener de ella su necesario rendimiento, hay que conocer su aplicación y esto corresponde de pleno al médico, pero es previo que éste aprenda su manejo. Desgraciadamente, el médico no siempre sabe abordar el problema, ignora cómo aprovecharla e impulsarla y en numerosos casos, desconcertantes por su cuantía, confunde deplorablemente a la enfermera con una empleada doméstica. No. Es imperioso que se comience por educar al médico en la utilización de la enfermería para obtener de ella el máximo de aprovechamiento y para que de una mutua comprensión, colocándose ambos, médico y enfermera, en un mismo plano de dignidad y de acción profesional, surja la cooperación leal y eficaz en beneficio del enfermo.