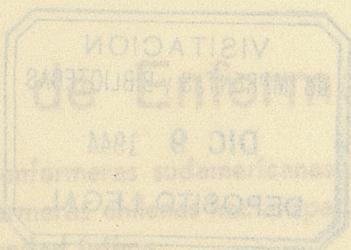


PRIMER CENTENARIO
DE LA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Congreso de Enfermeras



Por primera vez, las enfermeras chilenas se reunieron en Chile al llamado que las enfermeras de los Estados Unidos y Canadá les hicieron para celebrar el progreso de su hermandad latina.

En Diciembre de 1942 se conmemoraba el Centenario de la Universidad de Chile y en sus actos se celebró el que fue el Primer Congreso Panamericano de Enfermería. Este Congreso tuvo una trascendencia, constituyó un gran éxito por el número y calidad de sus representantes y la importancia de los trabajos presentados. Sus resultados son palpables a través de las revistas y serenas conferencias.

Primer Congreso Panamericano de Enfermería

La Asociación de Enfermeras de Chile se hace el grato deber de rendir homenaje a su Presidenta, Sr. Inocencia P., iniciadora y organizadora entusiasta de esta primera jornada enfermera. Reconoce en ella una Enfermera que supo crear un lazo de verdadera cordialidad interamericana y que supo al mismo tiempo lograr la valiosa cooperación de hombres de otros países para contribuir a dar timbre profesional a esta primera reunión de Enfermeras.

Rinde también cálido homenaje a las Enfermeras norteamericanas en sus representantes, Miss Louise Koeninger, del Consejo Internacional de Enfermeras, a Miss Elisabeth W. Brackett, de la Rockefeller Foundation; a la Asociación de Enfermeras Norteamericanas (American Nurses's Association) y a la Cruz Roja Norteamericana (American Red Cross) que contribuyeron a guiar la organización y desarrollo del Congreso. A las Enfermeras de América Latina, en sus representantes, por su aporte extraordinario de esfuerzo y entusiasmo y por la fe que depositaron en una modesta agrupación de las Enfermeras chilenas.



PRIMER CENTENARIO
DE LA
UNIVERSIDAD DE CHILE

VISITACION
de IMPRENTAS y BIBLIOTECAS
DIC 9 1944
DEPOSITO LEGAL

Primer Congreso
Panamericano de Enfermería

BIBLIOTECA NACIONAL
SECCION CHILENA

DICIEMBRE - 1942 - SANTIAGO



Primer Centenario
de la
Universidad de Chile
1842 - 1942

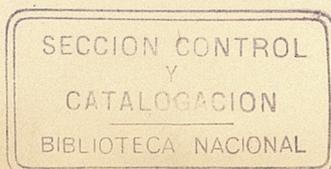
Congreso de Enfermeras

Por primera vez, las enfermeras sudamericanas se reunieron en Chile al llamado que las Enfermeras chilenas hacían para discutir y planear el progreso de su hermandad íntima.

En Diciembre de 1942 se conmemoraba el Centenario de la Universidad de Chile y entre sus actos se incluyó el que fué el Primer Congreso Panamericano de Enfermería. Este torneo, de verdadera trascendencia, constituyó una obra de grandes proyecciones por el número y calidad de sus representantes y la importancia de los trabajos presentados. Sus resultados son palpables a través de las reales y serenas conclusiones a que arribó y del mérito indudable del contenido de los materiales presentados.

La Asociación de Enfermeras de Chile se hace el grato deber de rendir homenaje a su Presidenta señorita Luisa Inostroza P., iniciadora y organizadora entusiasta de esta primera jornada enfermeril. Reconoce en ella una Enfermera que supo crear un lazo de verdadera cordialidad interamericana y que supo al mismo tiempo lograr la valiosa cooperación de hombres y mujeres de vastísima experiencia, que contribuyeron a dar timbre profesional a esta primera reunión de Enfermeras.

Rinde también cálido homenaje a las Enfermeras norteamericanas en sus representantes, Miss Louise Koeninger, del Consejo Internacional de Enfermeras, a Miss Elisabeth W. Brackett, de la Rockefeller Foundation; a la Asociación de Enfermeras Norteamericanas (American Nurses's Association) y a la Cruz Roja Norteamericana (American Red Cross) que contribuyeron a guiar en la organización y desarrollo del Congreso. A las Enfermeras de América Latina, en sus representantes, por su aporte extraordinario de esfuerzo y entusiasmo y por la fe que depositaron en una modesta aspiración de las Enfermeras chilenas.



Al Maestro creador, buscador inquieto de la solución de los problemas sociales, Don Juvenal Hernández, Rector de la Universidad de Chile, va especialmente nuestro agradecido homenaje por su valiosísimo concurso en todas las horas.

Y a las idealistas Enfermeras de América Latina pertenece, pues, la noble tarea de continuar este fermento del porvenir que debe cultivarse sagradamente en beneficio de nuestros pueblos.

Congreso de Enfermeras

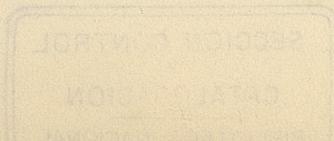
Por primera vez, las enfermeras sudamericanas se reunieron en Chile al llamado que las Enfermeras chilenas hacían para discutir y planear el progreso de su hermandad íntima.

En Diciembre de 1942 se conmemoraba el Centenario de la Unificación de Chile y entre sus actos se incluyó el que fue el Primer Congreso Panamericano de Enfermeras. Este torneo, de verdadera trascendencia, constituyó una obra de grandes proporciones por el número y calidad de sus representantes y la importancia de los trabajos presentados. Sus resultados son palpables a través de las reales y serenas conclusiones a que arribó y del mérito indudable del contenido de los materiales presentados.

BIBLIOTECA NACIONAL SECCION CHILENA

La Asociación de Enfermeras de Chile se hace el grato deber de rendir homenaje a su Presidenta señora Luisa Inostroza P., iniciadora y organizadora entusiasta de esta primera jornada enfermeril. Reconoce en ella una Enfermera que supo crear un lazo de verdadera cordialidad interamericana y que supo al mismo tiempo lograr la valiosa cooperación de hombres y mujeres de vastísima experiencia, que contribuyeron a dar timbre profesional a esta primera reunión de Enfermeras.

Rinde también cálido homenaje a las Enfermeras norteamericanas en sus representantes, Miss Louise Koeninger, del Consejo Internacional de Enfermeras, a Miss Elisabeth W. Brackett, de la Rockefeller Foundation; a la Asociación de Enfermeras Norteamericanas (American Nurses' Association) y a la Cruz Roja Norteamericana (American Red Cross) que contribuyeron a guiar en la organización y desarrollo del Congreso. A las Enfermeras de América Latina, en sus representantes, por su aporte extraordinario de esfuerzo y entusiasmo y por la fe depositada en una modesta aspiración de las Enfermeras chilenas.



La enfermera en la lucha antituberculosa

por **Dora MARIANGEL M.**

(Sanatorio "El Peral", Santiago)

EPIDEMIOLOGIA GENERAL DE LA TUBERCULOSIS

La Tuberculosis es una enfermedad conocida desde las civilizaciones antiguas. Se la ha encontrado en las momias egipcias que demuestran huellas inequívocas de la tuberculosis ósea y por otra parte, son clásicas las descripciones de la Tisis, que hicieron Hipócrates y Aretano, pruebas del conocimiento acabado que ya en esa época se tenía de la enfermedad.

Pero la tuberculosis como hecho epidémico sólo se diseña con características netas, desde la segunda mitad del siglo XVII, a raíz de los brotes agudos de difusión, ocurridos en Inglaterra y Alemania y que más tarde, en los siglos XVIII y XIX alcanzaron su mayor relieve en los países nórdicos, la Europa Central y los países mediterráneos, para invadir, por último, desde fines del siglo pasado y el presente, los países del Continente Asiático y la mayoría de los países de Centro y Sud América.

Si recurrimos a los datos estadísticos de mortalidad para darnos cuenta del estado actual de difusión de la tuberculosis, se puede observar que existe un grupo de países con índice mínimo de mortalidad, de 3 a 10 por 10.000 habitantes (Holanda, Inglaterra y Norte América entre otros); un segundo grupo con índices medios de 10 a 20 por 10.000 (Francia, Italia, Argentina, etc.), y por último, los países que presentan cifras muy altas de mortalidad, de más de 25 por 10.000 habitantes y entre los que se cuenta a Portugal, Grecia, Japón y la mayoría de los países de Centro y Sud América.

La curva de tuberculización en un país cualquiera, sigue en su desarrollo un ritmo bien determinado, como en toda enfermedad infecto-contagiosa, sólo que su ciclo completo, al revés de las demás, en general muy limitado en el tiempo, se cumple en plazos que se avalúan más o menos en una centuria.

El gráfico que representa una de estas curvas marca, en primer término, una línea ascendente de tuberculización progresiva que después de alcanzar su máximo, se alarga en un trazo horizontal de tuberculización masiva, con índices máximos de mortalidad, representativo de la enfermedad como fenómeno epidémico y por último, en una tercera fase, la curva describe un trazo descendente, hasta llegar a los niveles más bajos de mortalidad, significativos de la enfermedad como manifestación endémica.

El ritmo de esta curva ha sido definido en función del desarrollo industrial del país que la sufre. El sistema industrial de producción de

termina el nacimiento de la clase obrera, que vive en condiciones de ambiente muy desfavorables, resumidas en vivienda insalubre, mala alimentación, hacinamiento, trabajo penoso al margen de todo requisito elemental de higiene, etc., etc. Estos factores facilitan extremadamente la difusión del contagio y la aparición de la enfermedad entre las clases humildes de la población, hecho que se traduce y queda expresado en la fase de tuberculización masiva, con altos índices de mortalidad, de la curva epidemiológica a que nos hemos referido. A medida que el sistema industrial con su extraordinario desenvolvimiento conduce a la acumulación de más y más riqueza, en los países que logran su mejor desarrollo, las condiciones del medio ambiente mejoran notablemente, aprovechando de ello sectores cada vez mayores de la población: progreso de la higiene pública, de los medios de comunicación, de la vivienda, de las condiciones de trabajo, de la higiene industrial, aumento de los salarios, todo ello provocando una elevación del standard de vida y por consiguiente, disminuyendo en forma efectiva los riesgos del contagio y aumentando la capacidad de defensa individual frente a la enfermedad. Estas condiciones quedan representadas en el trazo descendente, con cifras paulatinamente menores de mortalidad, de la curva epidemiológica.

Entre los elementos que sirven para caracterizar una curva epidemiológica de tuberculosos, haremos mención resumidamente a los siguientes:

1.— Los brotes epidémicos se efectúan siempre desde las zonas más industrializadas y de mayor concentración humana hacia las regiones menos industrializadas y menos densamente pobladas.

2.— En los países de fase epidémica de tuberculosis el daño de la enfermedad se ejerce con mayor intensidad en los grupos humanos hasta de un año de vida y en los adultos jóvenes.

3.— La mujer presenta una mayor sensibilidad para adquirir la enfermedad, sensibilidad que se manifiesta especialmente hacia los veinte o veinticinco años, en relación con la mayor actividad orgánica que significa su ciclo sexual.

4.— Los índices de infección tuberculosa expresados por las reacciones alérgicas positivas, guardan relación estrecha con el grado de difusión del contagio, de tal manera que, en los países en fase de tuberculización masiva ya a los quince años existe más o menos un 80% de tuberculosos positivos, cifra que se eleva rápidamente al 100% a los veinticinco años. En cambio, en los países que han superado la etapa epidémica, por la razón misma de la escasa proporción de las fuentes de contagio, los índices de infección tuberculosa aparecen muy retardados en relación a la edad, de manera que a los 25 a 30 años todavía existe una proporción superior al 50% de anérgicos, es decir, de personas que han escapado a la infección.

5.— En este mismo aspecto hay que hacer notar que los índices tuberculínicos presentan variaciones muy importantes según sea el medio urbano o rural en que se investiguen. En términos generales, la tuberculización del campo se hace con un retardo de más o menos 50 años en relación a la ciudad, y así, mientras en la ciudad, siempre en los países en fase de tuberculización masiva, los índices tuberculínicos alcanzan el 100% a los 25 años, en el campo sólo existe, en la misma edad, apenas un 50%. A medida que la curva epidemiológica entra en su período de descenso y a medida que se realiza la difusión de la enfermedad hacia las zonas rurales se produce una inversión del fenómeno; aumento de los índices tuberculínicos en el campo y disminución de los mismos en los centros urbanos.

La curva epidemiológica en Chile.— Los trabajos realizados hasta la fecha son significativos para asegurar que Chile atraviesa la etapa de tuberculización masiva, cuyos aspectos más destacados son los siguientes:

1.— Altas cifras de mortalidad, más de 25 por 10.000, mantenidas sin variación en los últimos 30 años, que recae especialmente en los jóvenes adultos.

2.— Índices tuberculínicos en los medios urbanos que alcanzan la elevada cifra de un 50% ya a los 6 años de edad, el 80% a los 15 años y el 100% poco antes de los veinticinco años, en la clase proletaria.

3.— Elevada proporción de anérgicos en las zonas rurales en la edad adulta (50%).

4.— Elevada proporción de formas activas y evolutivas de tuberculosis pulmonar en las personas supuestas sanas (3 a 4% en la clase proletaria).

5.— Relativa frecuencia de formas de tuberculosis de evolución grave.

Esta enumeración resumida de las características más importantes del problema epidemiológico chileno no quedaría completa si no hiciéramos referencia sumariamente a las condiciones del medio social de nuestro país.

Se ha dicho a la luz de los más variados documentos científicos, que el azote de la enfermedad se hace preferentemente sobre las clases sociales menos protegidas económicamente y con ellos se quiere significar que las deficientes condiciones higiénicas de la habitación, de la alimentación, del trabajo y de la higiene general, son factores que hacen más propicio su desarrollo. Por esta misma razón se ha dicho que la tuberculosis define en su forma más pura la enfermedad de tipo social.

En nuestro país el medio ambiente de la clase proletaria ha sido materia de numerosas investigaciones y todas son concluyentes para destacar que es extremadamente desfavorable. Los relatores al tema "Organización de la lucha anti-tuberculosa en la América del Sur", al 4.º Congreso Panamericano de la tuberculosis, fijaban la fisonomía económico-social del país, para el año 1934, de la siguiente manera: "en una extensión de 750.000 Kms., habitan 4 millones y medio de personas distribuidas con una densidad de 6,1 por kilómetro cuadrado. Comprendida la población inactiva, miembros de la familia, servidumbre y desocupados, se reparten así: una cifra cercana a la mitad, 40,7% se ocupa en la producción agrícola, organizada todavía en un sistema extensivo, semi-feudal, al margen del progreso higiénico social del resto de la nación, un sexto del total elabora en las minas, casi íntegramente movidas por capitales extranjeros en un régimen de servidumbre no disimulado, sometido a crisis periódicas de efectos sanitarios desastrosos, y aproximadamente un tercio, se ocupa en las fábricas y talleres de una industria nacional apenas esbozada, sin consideración al límite higiénico exigible.

El análisis de la investigación comentada en este mismo trabajo demostró que el 84% de las familias proletarias encuestadas tenía una renta inferior al límite fisiológico fijado por la Liga de las Naciones, que el puntaje medio en la calificación de la vivienda alcanzó a 25,50|0, siendo el umbral higiénico 40 puntos, que el promedio de hacinamiento referido al número de personas por dormitorio, era de 4 personas, fluctuando entre un máximo de 6 y un mínimo de 2,8, que el número de personas por cama alcanzaba un máximo de 3 y un mínimo de 1,7 y que el 84% de las familias tenían una ración calórica inferior a lo normal.

La evidencia de condiciones de ambiente tan desfavorables en que vegeta la clase proletaria chilena hacía concluir a los autores del trabajo que analizamos: "tal es el material humano sobre el cual hay que hacer recaer los beneficios de una lucha anti-tuberculosa: sometido al más alto grado de hacinamiento, en viviendas insalubres, entregado a la hipo-alimentación cualitativa y cuantitativa crónica, insuficientemente vestido, todo ello en aras de un salario y un nivel cultural que nuestros médicos más

2—C. Enf.

ilustres, en visita por el extranjero, han referido sólo a las condiciones de vida de los pueblos más atrasados de Europa y Asia.

Teoría de la Lucha Antituberculosa.— Los hechos de epidemiología general más arriba apuntados son indispensables de adelantar para poseer la doctrina sobre la cual reposa la acción que puede desarrollarse en contra de la enfermedad que nos ocupa y que, genéricamente, ha sido denominada "Lucha Antituberculosa".

Fácil es comprender, a través de lo dicho, que las características epidemiológicas de la enfermedad hacen que la asistencia médica individual sea ineficaz para luchar contra ella y que por el contrario se haga necesaria una vasta acción profiláctica, aplicada metódicamente, que se ejercite, no sólo sobre el individuo enfermo sino sobre el grupo familiar y aún sobre toda la colectividad, tanto desde el punto de vista médico como económico-social.

La profilaxis anti-tuberculosa entonces, como cualquier enfermedad infecto contagiosa, consiste fundamentalmente en el control de las fuentes de contagio, entendiéndose por tal, la pesquisa oportuna, el tratamiento y aislamiento de los enfermos eliminadores de bacilos, por una parte, (es lo que se llama acción directa), y en la aplicación de todas las medidas que conduzcan al mejoramiento de las condiciones de resistencia individual, por otra (es lo que se llama acción indirecta).

El primer aspecto de la profilaxis y siempre que el Estado contribuya con los medios materiales indispensables, es de responsabilidad del personal técnico, especialmente formado para actuar frente a las organizaciones de lucha contra la tuberculosis. El segundo aspecto comprende la acción estatal para el debido mejoramiento del standard de vida.

Acción Directa.— Tiene por finalidad, como hemos dicho, la pesquisa y tratamiento oportuno de la enfermedad, en lo posible en la colectividad entera, y el aislamiento de la totalidad de los enfermos que constituyen un peligro de difusión del contagio.

Este desideratum de la acción profiláctica tropieza en tuberculosis con una serie de dificultades que hacen sumamente difícil su realización, dificultades que son de dos órdenes: clínicas y de asistencia.

En el orden clínico, la tuberculosis es una enfermedad crónica que se caracteriza por una evolución de comienzo arrastrado, a veces a través de largos meses, sin que una sintomatología de categoría advierta al enfermo la necesidad de someterse a los exámenes médicos especializados. O sea, que el enfermo tuberculoso, sin darse cuenta, se transforma en una fuente de contagio que deja su huella en el daño que ocasiona, especialmente entre los seres que con él viven.

Por otra parte, es un hecho conocido por los médicos que una buena proporción de enfermos que han logrado estabilizar sus lesiones después de tratamientos más o menos prolongados y reintegrados al medio familiar, continúan presentando eliminación de bacilos por la expectoración, y siguen siendo, por consiguiente, un motivo permanente de peligro de difusión de la enfermedad.

Y por último hay que recordar que, sobre todo en los países con escaso desarrollo económico-social, existe una clase asalariada con bajo standard de vida que los obliga, pese a todas sus dolencias físicas, a permanecer en el trabajo, porque son el sostén de la economía familiar. En nuestro país y aún en países con alta diferenciación social y clase obrera con elevado standard de vida, Estados Unidos, por ejemplo, es habitual observar que los enfermos tuberculosos graves permanecen en el medio hospitalario sólo el breve tiempo que tardan en presentarse los problemas económicos del grupo familiar, derivados de su incapacidad para el trabajo,

viéndose obligados a interrumpir prematuramente un tratamiento que pudo haber conducido a la curación. Es por esta razón que los medios compulsivos de aislamiento desde el momento del diagnóstico hasta la curación o la muerte, obliga a la regulación de una legislación social que signifique protección económica adecuada del enfermo y su núcleo familiar, sin tomar en cuenta todavía que el aislamiento envuelve un sentido de responsabilidad social del enfermo que lo impulse a aceptar el duro camino que significa el tratamiento completo de la tuberculosis o su muerte, al margen de los atractivos de la vida y de su medio familiar.

Por todas estas razones, el aislamiento ideal de los focos de contagio en tuberculosis no ha sido logrado ni en los países con más alto estándar vital y mayor diferenciación cultural del medio social.

La falta de disponibilidades económicas de un país para subvenir las necesidades de camas es el otro factor negativo que impide dar al aislamiento una exención que guarde relación con el daño que ocasiona la enfermedad.

Se ha hecho norma decir que un plan de profilaxis adecuada debe contemplar la existencia de una cama por fallecido anual de tuberculosis y aún hay países que pretenden que la cifra debe alcanzar a dos y tres. Los recursos económicos que exige un plan de esta naturaleza son de proporciones vastísimas y los médicos fisiólogos han establecido de acuerdo a datos precisos que, sobre todo en países pobres como los sudamericanos, no existe posibilidad alguna de obtenerlos. Para señalar sólo algunas cifras bástenos decir que Chile para una mortalidad anual calculada de 26.000 sólo dispone de más o menos 3.500 camas de hospital y sanatorio y que la construcción y habilitación de las 16.500 restantes que se necesitarían, significarían una inversión \$ 330.000.000.— y un presupuesto anual de mantenimiento cercano a los \$ 200.000.000.—, cifras que sobrepasan y quedan al margen de nuestra realidad económica. Y estos antecedentes que pudieran parecer exagerados o tener sólo un valor local, también se cumple en países de economía tan rica como EE. UU., en donde, con una mortalidad 5 a 6 veces menor que la nuestra tienen un déficit de 20.000 camas de aislamiento para completar la cifra de 1 cama por fallecido.

Acción indirecta.— La segunda labor de la profilaxis antituberculosa consiste en aumentar al máximo la resistencia orgánica individual, mejorando sus condiciones de alimentación, vestuario, vivienda, trabajo, higiene individual y colectiva, o sea, todas aquellas medidas que tienden al mejoramiento del standard de vida y cuya responsabilidad es de resorte exclusivo del estado.

Por otra parte, y sin que en esto los fisiólogos hayan alcanzado un acuerdo unánime, en diferentes países del mundo se realiza la vacunación de los miembros anérgicos de la colectividad con el B. C. G., que según los técnicos, da al que la recibe una premunición que les permite defenderse mejor de la enfermedad.

Medios de Profilaxis Antituberculosa.— Los medios que la profilaxis moderna de la tuberculosis pone en juego para controlar en lo posible las fuentes de contagio son:

1.— La pesquisa sistemática y periódica de la tuberculosis en el supuesto sano.

2.— El aislamiento del bacilífero en la medida de la capacidad económica de cada país.

3.— El tratamiento precoz de la enfermedad con los recursos que den la mayor garantía de recuperación.

1.— La investigación oportuna de la enfermedad se hace por los exámenes periódicos y sistemáticos de salud en los supuestos sanos. La in-

tención de esta medida se orienta al ideal de controlar la colectividad entera por medio de equipos técnicos especializados, con el objeto de descubrir la enfermedad en las etapas más iniciales de su evolución y permitiendo así un tratamiento precoz que deje margen amplio de recuperación y disminuya al máximo la fase de eliminación basílfera.

Durante años, este afán tropezó con el obstáculo que significa el elevado costo de este tipo de investigación, sobre todo en el rubro de las radiografías. En el último tiempo, las técnicas radiográficas se han enriquecido con nuevos procedimientos como el de Abreu y la Microrradiografía de 4x5 pulgadas que hacen posible y económica la investigación de grandes grupos humanos.

En todo caso si la amplitud del examen sistemático no pudiera llevarse al extremo de alcanzar a todos los miembros de una colectividad, el acento de la labor profiláctica debe recaer sobre aquellos grupos que reciben con mayor intensidad el riesgo del contagio y que en orden de importancia son: los familiares de los tuberculosos, los jóvenes adultos y los niños de primera edad y aquellos que por su trabajo están especialmente expuestos (médicos, enfermeras, asistentes sociales, estudiantes de medicina, etc.), o que constituyen un peligro para el medio en caso de enfermedad (servicios domésticos, gremios de la alimentación, etc.).

2.— Para el aislamiento del tuberculoso se dispone, de acuerdo con las nuevas orientaciones, de dos tipos de instituciones; camas de costo barato, sin complicaciones administrativas y sin grandes servicios generales, en las que se atienden dos clases de enfermos: en unas incurable para darle la atención sintomática mínima hasta su muerte y en otras el enfermo portador de lesiones discretas, que sólo requieren de la disciplina del reposo y una alimentación adecuada para obtener la curación; y segundo, cama altamente diferenciada con todos los servicios técnicos necesarios, para los enfermos con posibilidades ciertas de recuperación pero que necesitan de tratamientos más especializados: colapsoterapia médica con alguna complicación y quirúrgica.

3.— La intención profiláctica se orienta también, como es natural, al tratamiento del enfermo con todos los recursos de la técnica, dando con ello un sentido dinámico a la limitación de las fuentes de contagio y a la recuperación de la mayor cantidad de individuos con todo lo que ello representa en cuanto a capital humano devuelto al medio social.

Y a este respecto sólo nos interesa recalcar que, por las razones que ya hemos apuntado, en los países de escasos medios asistenciales se tiende cada día más, al tratamiento activo ambulatorio, ya sea de simple reposo en aquellos casos en que se reúnan los requisitos mínimos de un medio familiar favorable o el neumo-tórax ambulatorio, forma de tratamiento que se ha demostrado como posible de realizar, tanto en países extranjeros como en el nuestro.

EL ORGANISMO EJE DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA

El dispensario antituberculoso es el organismo eje de la campaña y su acción ideal se orienta hacia el control completo de la colectividad en lo que se refiere a tuberculosis. El Dispensario busca activamente al enfermo, tratando de investigar oportunamente el mal a fin de aumentar las posibilidades de recuperación y disminuir los riesgos del contagio; examina a todo el grupo humano que ha estado en contacto con la fuente basílfera; se hace cargo del tratamiento ambulatorio cuando es posible de realizarlo en el medio domiciliario; lo envía a un establecimiento de cierta diferenciación (Sanatorio u Hospital), cuando el tratamiento necesita de internación institucional o lo remite a una cama de simple aislamiento cuando la lesión no permite plantear un pronóstico aceptable de recuperabili-

dad. Orienta su acción hacia la protección de la infancia, distribuyendo a los niños en Sanatorios cuando la lesión es evidente o a los Preventorios cuando el contagio no ha alcanzado a traducirse en enfermedad. Lleva el catastro completo de todos los tuberculosos que mueren en el Sector de su jurisdicción; examina periódicamente a los supuestos sanos y a los grupos humanos especialmente expuestos al contagio (jóvenes adultos, niños, estudiantes de medicina, enfermeras, médicos, asistentes sociales, etc.); lleva el control máximo de la alergia tuberculínica y de la vacunación B. C. G. cuando ella se realiza. Controla los pacientes egresados de los sanatorios y hospitales y por último es el centro activo de la educación sanitaria individual y colectiva.

Tales son a grandes rasgos las acciones fundamentales del Dispensario antituberculoso. Los organismos que lo rodean, hacen el papel de satélites frente a este centro de atracción y trabajan en íntima relación a él.

LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN CHILE

En lo que respecta a nuestro país no puede decirse que la lucha antituberculosa descanse sobre la base firme que le permita la acción indispensable, por una serie de razones, entre las que figura primordialmente la falta de unidad de directiva y de labor, y los medios económicos suficientes para la organización de la lucha. En efecto, cada institución asistencial guarda excesiva independencia con la que tiene a su lado y no existe la coordinación indispensable para aprovechar al máximo nuestros escasos medios. La pesquisa sistemática del tuberculoso pese a disposiciones legales específicas, no ha podido ser integralmente desarrollada y sólo ha sido posible, hasta hoy, examinar una reducida proporción de la población obrera. La construcción del número suficiente de camas ha tropezado y seguirá tropezando constantemente, con la escasez de los medios económicos nacionales.

Aparte de esto, hay una iniciativa estatal que no puede dejar de ser considerada en este aspecto del problema y que se refiere al seguro social, que tiene la misión de proteger la vida del trabajador (empleado u obrero) y que se encuentra indisolublemente unida a la campaña antituberculosa con el importante agregado de mantener al obrero parte de su salario (seguro de enfermedad) o la totalidad de él (ley de Medicina Preventiva).

En síntesis, si a esta defectuosa organización de lucha y pobreza de medios asistenciales se agrega que nuestro país atraviesa la fase de tuberculización masiva con gran número de enfermos y extraordinaria dispersión de contagio, y todavía, si se piensa en el standard de vida extremadamente desfavorable de nuestra clase obrera, se podrá concluir que las posibilidades de influir rápida y notoriamente sobre un momento epidemiológico tan severo como el nuestro, son prácticamente nulas.

Así expresados los fundamentos teóricos y prácticos de la lucha antituberculosa y la somera enunciación de las organizaciones, instituciones e institutos que la realizan se pueda abordar la acción que le cabe desarrollar a la enfermera.

LA LABOR DE LA ENFERMERA

El fundamento de la obra antituberculosa arraiga, como hemos dicho, en la fisonomía especial de la tuberculosis con sus características de enfermedad típicamente social: Su evolución crónica, la universalidad del contagio con elevada proporción de enfermos en la fase epidémica, la repercusión económica tanto individual, familiar y colectiva, la invalidez y muerte prematura y los problemas de orden moral y social que trae consigo, son sus principales consecuencias sobre el individuo mismo, la fami-

lia y la colectividad. Hemos expresado por otra parte, que para nuestro país no existe ninguna perspectiva de acción útil inmediata porque atravesamos una etapa epidemiológica sumamente desfavorable y porque nuestra potencialidad económica no dejan margen para llevar a la práctica un plan mínimo de asistencia. Dejamos establecido también, que por el momento, solo cabe hechar mano de medidas de emergencia, para aprovechar al máximo nuestros escasos recursos, para lo cual es preciso que la obra profiláctica se realice en función de las enseñanzas de la epidemiología, haciendo recaer el máximo de acción sobre los grupos más amagados por la enfermedad e intentando disminuir al máximo las fuentes de contagio.

Desde que Sir Robert Philip y Albert Calmette sentaron los principios racionales de la Lucha Antituberculosa, fué realizada con características propias la importancia de la enfermera como elemento de primera categoría para mejorar los resultados de la misma. Correspondiendo a una evolución histórica distinta y con nombres también diferentes ("nurses" para Philip y "monitores de higiene" para Calmette) lo significativo del concepto es que estos autores estimaban que no cabía ninguna posibilidad de acción útil si la organización antituberculosa no contaba con equipos de colaboradoras técnicas que proyectando en forma sistemáticas y permanentemente su acción en el medio social hicieran posible la ampliación, la creación de una conciencia de colaboración del público y la consolidación de los resultados del trabajo dispensarial.

No haremos referencia en este trabajo a la debatida gestión doctrinaria de que es lo que conviene a los países atrasados en su desarrollo económico social para integrar sus cuadros de trabajo en los problemas de la salubridad: ¿Enfermera? ¿Enfermera Sanitaria, Asistencia social?.

Más objetivas, mostrando a través de esta comunicación solo uno de los aspectos del problema extraordinariamente grave de nuestra salubridad, pensemos que fué la situación de emergencia a que nos avocamos obliga también a que encaucemos nuestra acción en cualquier sentido práctico, aunque haya que sacrificar temporalmente una línea doctrinaria discutible y siempre que las normas de trabajo obedezcan a principios unitarios y racionales.

La labor de colaboración de la enfermera en la lucha antituberculosa comprende dos aspectos distintos: en los centros de aislamientos y tratamientos (hospitales, sanatorios) y en el dispensario con su proyección al medio social mismo.

1. **En los establecimientos de asistencia cerrada.**— En el aspecto técnico la enfermera de hospital o sanatorio para tuberculosos precisa de conocimientos sólidamente asimilados en lo referente a la teoría de la lucha anti-tuberculosa, en general, y a los aspectos clínicos terapéuticos de la enfermedad, en particular. Debe dominar exactamente los fundamentos de aplicación práctica de tratamientos higiénico dietético, mostrando en su actuación diaria la firmeza, pero la elasticidad de juicio suficiente, para mantener en todo su rigor la disciplina de la vida sanatorial u hospitalaria, pilar del tratamiento.

Pero si importante es el conocimiento de estos aspectos de la enfermería pura, lo es mucho más aquél que se relaciona con los problemas psicológicos del tuberculoso. Se ha escrito mucho sobre las peculiaridades del carácter esquizoide de esta clase de enfermos y ya sea que la enfermedad o la propia vida de aislamiento a que obliga la cura sanatorial sean su causa determinante, en la práctica constituye un hecho de mucha trascendencia que la enfermera debe en lo posible solucionar.

La inactividad para el trabajo y para los goces que hacen agradable la vida, la monotonía a que conduce la disciplina sanatorial, las consecuencias de apetitos y aspiraciones insatisfechas exaltados por una imaginación

que no encuentra el freno de una actividad que absorba los sentidos, la desesperanza frente a un anhelo de curación que se prolonga a través de meses y de años, los conflictos que derivan de la convivencia de personas con distinta diferenciación cultural, gustos y hábitos, son otras tantas situaciones que determinan o influyen en el especial carácter del tuberculoso. Es por ello que estos enfermos son irritables, insociables, malhumorados, versátiles pronto al optimismo exagerado o al pesimismo, todo ello, transformándolos en un material humano esquivo, difícil de comprender y manejar.

El propio síndrome que Hellsbach denominó enfermedad de la montaña, co-expresión de la acción que ejerce el medio sanatorial sobre la psiquis del enfermo y aún del sano, es la mejor prueba de lo que venimos diciendo y refuerzan, por otra parte, la necesidad que tiene la enfermera de adentrarse con intensión decidida en los problemas de la esfera psicoanalítica.

Fácil es comprender, entonces, el firme arraigo del factor vocacional, del concepto del deber y elevada diferenciación cultural, que necesita la enfermera sanatorial en su difícil desempeño y es conveniente decir toda la necesidad de un esfuerzo bien dirigido que se precisa en esta materia, tan descuidada entre nosotros.

Otros dos aspectos centralizan la labor de la enfermera en los institutos de asistencia cerrada: Uno que pertenece propiamente a la técnica enfermeril, pero que requiere cierta diferenciación de especialización y que es el adiestramiento en lo que dice relación con los procedimientos de colapso quirúrgico y el otro que deriva del importante capítulo de la reeducación y readaptación del tuberculoso, tareas ambas que solo dejamos enunciadas porque la primera de ellas es del conocimiento común y la segunda nos apartaría mucho del tema que desarrollamos.

Por último hagamos referencias a otra función en que la enfermera puede jugar un papel destacado. La organización laica de nuestros institutos de asistencia de tuberculosos hace que las funciones administrativas, antes bajo la responsabilidad de las comunidades religiosas, hayan sido entregadas al servicio de enfermería. Este viraje, provocado bruscamente, sin ajustarse a un plan preparatorio y sin contar previamente con el personal técnico suficientemente capacitado, ha dado origen a dificultades en su aplicación. Se hace indispensable por consiguiente, la intensificación del adiestramiento administrativo de la enfermera hospitalaria o sanatorial, que debería empezar en la propia escuela, formándole una responsabilidad integral en el vasto campo de la administración hospitalaria.

2. **En el Dispensario con su proyección al medio social.**— La acción de la enfermera frente al tuberculoso, siempre en relación a la colaboración que presta a la obra antituberculosa es de tres órdenes: médica, social y de profilaxis.

a) La acción médica dice estrecha relación con el ejercicio de la técnica enfermeril misma con algunas características derivadas de la especial fisonomía de los recursos terapéuticos antituberculosos. En el Dispensario debe manejar los controles de sedimentación, reacciones tuberculínicas incluyendo la preparación de las soluciones, temperatura, peso, presión arterial, curaciones, inyecciones, etc., etc., y de colaboración directamente con el médico en los exámenes radioscópicos, el examen físico y la práctica del neumotorax artificial. A domicilio debe realizar los mismos controles antedichos y la enseñanza de las normas del régimen higiénico dietético.

b) La consideración de los aspectos de orden social que plantea el tuberculoso y la posible labor que en su solución le cabría desarrollar a la enfermera constituyen una cuestión en extremo delicada porque es el eje

de un debatido problema doctrinario: La enfermera ¿Puede o no desbordar los límites de su acción puramente técnica para adentrarse en el campo del servicio social, con la intención de dar a su trabajo una orientación dinámica útil en relación a la situación de emergencia que significa la lucha anti-tuberculosa?

No nos parece oportuno abrir debate sobre este asunto, pero al mismo tiempo creemos que la enunciación teórica del problema, la necesidad de adentrarse decididamente en su conocimiento y aún su realización práctica con honrado sentido de colaboración cada vez la realidad nos compela a buscar una solución, no puede merecer críticas ni crear malentendidos en los sectores directamente interesados.

Edith Ganter, en su tesis de "Lucha antituberculosa y Servicio Social", condena de la siguiente manera los problemas que el tuberculoso crea a esa disciplina técnica: su evolución crónica (la tuberculosis), es la determinante de situaciones que repercuten violentamente sobre la situación económico-social y movida del hogar; empeoramiento de las condiciones materiales de la vida, (alimentación, vivienda y vestuario); trabajo de la mujer, honrado o mercenario, abandono material y espiritual de los hijos; inasistencia a la escuela con las consecuencias físicas y morales desastrosas que acarrea la vida de la calle: vicios (cigarrillo, masturbación, homosexualidad, alcoholismo en el hombre, prostitución precoz en la mujer), vagancia, mendicidad, criminalidad, etc.; hondos problemas psicológicos del que padece el mal como de sus familiares, situaciones de orden legal relacionadas con lanzamientos, liquidación de contratos de trabajo, etc.; elevados índices de morbilidad y mortalidad por tuberculosis y otras enfermedades infectocontagiosas y carenciales por una menor resistencia orgánica debida a las condiciones deplorables de vida.

Con tales palabras describe una Asistente Social las facetas de la cruda realidad social que tan a menudo encierra el tuberculoso y su familia y que la enfermera tanto como ella, enfrenta en cada instante de su trabajo diario. Mucho podrá decirse de la conveniencia o no que existe para que la enfermera aborde esta clase de problemas, pero estimamos que hay imperativos humanitarios y de utilidad social que sobrepasan todos los límites de las discusiones doctrinales, que obligan a actuar concordantemente, aunque sea a título transitorio. Por lo mismo pensamos, que la enfermera debe por lo menos comprenderlos en toda su extensión y profundidad para colaborar entusiastamente con las técnicas de Servicio Social.

c). La colaboración de la enfermera en la profilaxis antituberculosa comprende fundamentalmente los siguientes aspectos: 1. Labor de propaganda y convencimiento, para dar amplitud máxima a los exámenes de salud, especialmente entre los familiares del tuberculoso y los especialmente expuestos al contagio; práctica y control de las reacciones tubercúlicas en el medio domiciliario para evitar viajes repetidos, inútiles y costosos al dispensario del grupo familiar, entero control máximo de la vacunación del B. C. G.; 2. Organización y control del tratamiento domiciliario con todo lo que ello significa en cuanto a disminuir los peligros de difusión del contagio y limpieza, desinfección de objetos usados por el enfermo, hábitos higiénicos, uso de escupitines, control y modo de toser, etc.; y 3. Educación sanitaria. Esta disciplina científica tiene por objeto, al decir de Elguín, influir permanentemente y sistemáticamente sobre todos y cada uno de los elementos integrantes de los diversos grupos sociales y de la colectividad entera, dándoles un conocimiento tan completo como sea posible, de su medio condicional y, en especial de aquellos factores que le capaciten para la defensa de su vida.

La Educación Sanitaria desarrolla su acción por métodos propios

que van desde el folleto y el afiche hasta el cinematógrafo y adapta la utilización de sus procedimientos de acuerdo con las características de edad, sexo, profesiones y cultura de los individuos que pretende influir, ya sea en el seno del medio familiar o en grupos mayores de la colectividad.

La Educación Sanitaria familiar o colectiva, pero con métodos diversos, difunde conocimientos elementales de higiene general y especial, (tuberculosis, enfermedades venéreas, etc.), de alimentación, de puericultura, prevención de las enfermedades infecto-contagiosas.

La labor del medio familiar es metódica, lenta y progresiva y sus resultados deben esperarse a través del tiempo bajo la mirada de apoyo permanente del técnico que la realiza.

La labor en el medio colectivo tiende a sacudir intensamente el medio social por intermedio de campañas sanitarias que obedecen a planes cuidadosamente preparados, ejercitados por etapas graduales, teniendo siempre un centro de interés, (lucha antituberculosa, enfermedades venéreas, protección a la infancia, etc.), y seleccionando los auditorios por sexo, edad y cultura.

Inoficiosa resulta subrayar que la enfermera tiene en la Educación Sanitaria un campo vastísimo de acción que le permite una amplia colaboración en la lucha antituberculosa.

Aunque sea un poco extraño esto de comenzar con una síntesis, no es preciso en el caso presente, tomar muy en su estricto significado esta palabra. Recorro a ella en este período inicial de esta exposición para referirme a la necesidad que hay entre nosotros de definir, sintetizar y resumir, lo que es la Tuberculosis. De aquí que, sin intención de querer comenzar concretando simplemente sobre la palabra síntesis. Porque esta se define en la forma más sencilla posible a la vez que más comprendida es la que entienda por síntesis y ésta es de gran utilidad para la Enfermería. El conocimiento técnico comprendido de una especialidad que no ejerce, pero que debe comprender. Porque, tratándose de una rama quirúrgica que se practica en el campo tan vasto de Tuberculosis, la Enfermera general no está exenta ni a cubierto en definitiva de caer en su órbita de trabajo. Quiero entonces que esta síntesis sirva a mis compañeras como conocimiento más bien dicho, como contribución al caudal de sus conocimientos de una rama, de una parte, de una de las armas del arsenal con que se combate en la actualidad la terrible peste blanca. Todo lo que se refiere a tuberculosis debe ser ampliamente difundido ya que es ahí nos convertimos en soldados, en combatientes de una lucha que en nuestro país, debe adquirir caracteres a veces heroicos, por la carencia de medios, por la angustiosa económica en que se desarrolla y también, —¡por qué no decirlo!— por el escaso número de Enfermeras que quieren convertirse en combatientes de este mal.

¿Cuál es la razón del nacimiento de esta en la actualidad tan importante (y para mí tan bella) rama de la Cirugía? Deriva de dos hechos: En primer lugar el desarrollo grande de la Cirugía General, con su invasión a todos los aspectos de la Clínica. En segundo, por la horrosa extensión de la Tuberculosis y por la irreductibilidad aún más horrosa de su agente patógeno causal, el Bacilo de Koch, con la consiguiente y ya casi consagrada incurabilidad de la enfermedad por él provocada. De estos dos factores de origen, derivan también las modalidades especiales de sus características. No es la Cirugía corriente que observa, examina y extirpa. No es la Cirugía General en que predomina el elemento del método y la más o menos estricta observación post-operatoria del enfermo. Es la Cirugía especial que debe partir de que el sujeto a operar es sólo un enfermo especial, con localiza-

Fe de Erratas

SUMARIO

	Pág.
Congreso de Enfermeras	V
Países que participaron en el Primer Congreso Panamericano de Enfermería	XIX
Comisión de Honor del Congreso	XXI
Presidium Efectivo	XXII
Comisión organizadora del Congreso	XXIII
Comisiones organizadoras	XXIV
Delegaciones extranjeras	XXV
Programa Oficial	XXVI
Sesión inaugural	XXVII
Sesión de Estudios en el Salón de Conferencias de la Universidad de Chile	XXVIII
Conclusiones	XXX

ESTUDIOS

	Pág.
Revista Panamericana de Enfermería, por Hercilia Rodríguez	1
La Enfermera de cancerología, por el Dr. H. A. Roffo	5
Escuela de Enfermeras de la Obra de la Conservación de la Fe, por María Elena Bruno	11
La Enfermera en la lucha antituberculosa, por Dora Mariángel M.	15
La Tisio-cirugía. Razón de su nacimiento y desarrollo, por Berta Schublin P.	27
La Enfermera en la lucha antituberculosa, por Adriana Gamboa, Graciela Valdivia Olga Baeza	33
Medicina Preventiva, por Eliana Salas, Gina Fogliatti y Rita Vásquez	39
La Enfermera y los modernos tratamientos de la sífilis; contenido, por Iris Monárdez Cl., Victoria Salinas M. y Agripina Contreras S.	47
La Enfermera Visitadora y su papel en la Protección Materno-infantil, por María L. Reyes R.	61
Labor de la Enfermera Sanitaria en un servicio de Neuropsiquiatría Infantil, por Marta Moya Morante	71
Organización de escolares de enfermagen no Brasil, por Haydee e Radcliffe Guanais Dourado	77
Organización de la Escuela de Enfermeras en Quito, por Annie Caccioppo	87
La Enfermería en el Perú, por Camila Herrera	89
Trabajo presentado por la Directora de la Escuela de Visitadoras Polivalentes del Paraguay, por Inés Baena de Fernández	95
Enfermería en Bolivia, por Mariam Beck	107
Organización de Escuelas, por Alcira Rodríguez de la Torre de Noceti	111
Organización de Escuelas en la República Argentina, por María Elena Ramos M.	115
Síntesis de la Reglamentación de la "Escuela de Nurses Dra. Cecilia Grierson" de la Municipalidad de Buenos Aires, por María A. Olivera y Juana I. Colmero	127
Aporte al estudio comparativo de las Escuelas de Enfermeras, por Iris Tobar G. y María Godoy F.	133
Plan de organización de Escuelas de Enfermeras para la República de Colombia, por Blanca Marti	149
Contribución de la Enfermera en la guerra, por Ignacia Vilares	167
Aporte de la Enfermería en la defensa civil militar, por Marta Moya M. y Olga Baeza	171
Labor de la Enfermera en el campo rural, por Elsa Cifuentes A.	175
Experiencias de una Enfermera en el campo industrial, por Gertrudis Riquelme	179
Ética profesional, por Annie Maud Villiams	185
Ética profesional, por Barioleta Hidalgo	191
La Enfermera Visitadora Sanitaria en los Servicios de Sanidad Provincial, por María Arancibia	195
Labor sanitaria como auxiliar de Medicina Preventiva, relacionada con los cardiovascular, por María Oleaga y Consuelo Suárez	201
Actuación de la Enfermera Visitadora en el campo hospitalario, por Luisa Inostroza P.	205
Rol técnico-administrativo de la Enfermera en los servicios hospitalarios, por Marta Lavín	211
La Enfermera en la aplicación de la Ley de Medicina Preventiva, por Olga Baeza	213

Fe de Erratas

—En la página 39 después del título "Medicina Preventiva", debe leerse: por Eliana Salas, Gina Fogliatti y Rita Vásquez.

—En la página 47 después del título "La Enfermera y los modernos tratamientos de la sífilis.—Contenido", debe leerse: por Iris Monárdez, Victoria Salinas M. y Agripina Contreras S. (Enfermeras Sanitarias).

—En la página 89 después del título "La Enfermería en el Perú", debe leerse: por Camila Herrera.

—En la página 95 después del título "Trabajo presentado por la Directora de la Escuela de Visitadoras Polivalentes del Paraguay en el Primer Congreso de Enfermería realizado en Santiago de Chile", debe leerse: por Inés Baena de Fernández.

211	La Enfermería en la aplicación de la Ley de Medicina Preventiva por Olga Baena
211	Lavin
209	Acción de la Enfermera Visitadora en el campo hospitalario por Luisa Inchaurrea P.
204	vacunación por María Olegua y Consuelo Suárez
199	Labor sanitaria como auxiliar de Medicina Preventiva, relacionada con los cardios- Atenciós
181	La Enfermera Visitadora Sanitaria en los Servicios de Sanidad Provincial, por María ticia profesional, por Bartolomé Hidalgo
182	Ética profesional, por Annie Maub Villalón
179	Experiencia de una Enfermera en el campo industrial, por Gertrudis Ripudine
177	Labor de la Enfermera en el campo rural, por Elsa Cárdenas A.
171	Aporte de la Enfermera en la defensa civil militar, por María Moyá M. y Olga Baena
167	Contribución de la Enfermera en la guerra, por Ignacia Vilches
149	Plan de organización de Escuelas de Enfermeras para la República de Colombia, por Blanca Martí
137	Maria Geórgia F.
132	Aporte al estudio comparativo de las Facultades de Enfermería, por Iris Tobo G. y la Municipalidad de Buenos Aires, por María A. Ojivera y Juana I. Colomero
127	Síntesis de la Reglamentación de la Facultad de Nurses, Dra. Cecilia Grierson, de Organización de Escuelas en la República Argentina, por María Eliana Ramos M.
117	Organización de Facultades, por Alicia Rodríguez de la Torre de Noceri
107	Enfermería en Bolivia, por Maritain Beck
97	Paraguay, por Inés Baena de Fernández
89	Trabajo presentado por la Directora de la Escuela de Visitadoras Polivalentes del Paraguay, por Inés Baena de Fernández
81	Organización de la Escuela de Enfermeras en Quito, por Annie Castropo
77	Donada
71	Organización de escuelas de enfermería en Bolívar
61	María Moyá Morante
51	Labor de la Enfermera Sanitaria en un servicio de Neorodopatología Infantil, por I. Reyes R.
47	Las Enfermeras Visitadoras y su papel en la Protección Materno-Infantil, por María del C. Victoria Salinas M. y Agripina Contreras S.
39	La Enfermería y los modernos tratamientos de la sífilis, contenido, por Iris Monar- deza, Victoria Salinas M. y Agripina Contreras S.
33	Las enfermeras en la lucha antituberculosa, por Adilana Gamboa, Graciela Valdivia Luzardo, et al.
32	Las enfermeras en la lucha antituberculosa y desarrollo, por Berna Schullin P.
31	La Enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Marín, M.
21	Facultades de Enfermería de la Opa de la Convención de la Ley, por María Eliana Salas, Gina Fogliatti y Rita Vásquez
1	Revista Panamericana de Enfermería, por Hecilia Rodríguez

**BIBLIOTECA NACIONAL
SECCION CHILENA**