

PRIMER CENTENARIO  
DE LA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

---

---

# Primer Congreso Panamericano de Enfermería

DICIEMBRE - 1942 - SANTIAGO



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



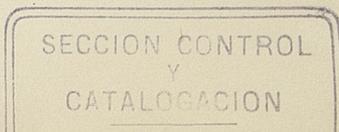
# Congreso de Enfermeras

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 Koeniger, 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 fué 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 señorita Luisa Inostroza 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 veloz 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 Elizabeth 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.

Primer Centenario  
de la  
Universidad de Chile  
1842 - 1942

Diseño: JUVENAL HERNÁNDEZ, Rector de la Universidad de Chile

## Medicina preventiva

### I. — MEDICINA PREVENTIVA Y SIFILIS

La Ley de Medicina Preventiva, N.º 6,174, creada por el Doctor Eduardo Cruz Coke y publicada en el "Diario Oficial" el 10 de Junio de 1938, tiene por finalidades, ejercer vigilancia sobre la salud de sus imponentes y, dado el caso de constatarse alguna de las enfermedades que contempla su texto, someterlos a un tratamiento adecuado y restituirlos en buenas condiciones de salud a los medios desde donde laboran para beneficio propio y de la colectividad, por primera vez en la historia de la legislación social chilena, tal vez la más completa y adelantada de América, se introduce:

1. El examen médico período y gratuito para los empleados.
2. La obligación para todas las Instituciones de Previsión Social del país, de crear Servicios Médicos.
3. La creación del Reposo Preventivo, del cual nos ocuparemos a continuación.
4. El pago de un Subsidio de Reposo Preventivo, equivalente al monto total del sueldo del enfermo.
5. La garantía de que el enfermo conserva la propiedad de su empleo durante todo el tiempo que dure el Reposo Preventivo.

Puede decirse, en pocas palabras, que se trata de una ley que favorece ampliamente, y presta enorme eficacia, a la lucha contra las enfermedades que por sus consecuencias, mediatas o inmediatas, tienen trascendencia colectiva, y, por ende, constituyen un peligro social. En líneas más generales, se legisla para el individuo considerándolo no solamente como factor de subsistencia personal y familiar, sino como elemento indispensable para el aprovechamiento colectivo de su capacitación justipreciando, en esta forma, su mayor o menor aporte, pero siempre aporte y contribución, al ritmo del progreso humano. Esta ley hace posible el descubrimiento de la enfermedad, su tratamiento racional y controlado, la detención de su curso crónico o la supresión del mal, la recuperación del individuo, como factor de producción, la prolongación de su vida. En lo que se refiere, tratándose de la lúes, en algunos casos no es difícil obtener la curación, en otros, el médico dispone de los medios para prever grandes probabilidades de mejoría. La Ley 6,174 se refiere únicamente a la lúes, afecciones cardiovasculares, reumatismo evolutivo, tuberculosis. Diversas afecciones, la linfogranulomatosis maligna por nombrar una, pudieron, humanitariamente, haber sido contempladas en ella. No lo fueron. Una ley de tan vastos alcances como ésta, ha tenido, naturalmente que adolecer de omisiones y defectos; no obstante, ellos son susceptibles de corregirse posteriormente y

la sola promulgación de la Ley de Medicina Preventiva marca un paso decisivo en materia de legislación social y, los indiscutibles e incalculables beneficios que en el corto lapso de cuatro años ha prestado su cuidadosa aplicación, hacen comprender el enorme aporte con que ella va contribuyendo al lento pero mejor devenir del vigor físico de nuestra raza. No nos faltan motivos para sentirnos orgullosos y optimistas.

Una vez que el imponente llega al Servicio de Medicina Preventiva a objeto de que se le practique el Examen de Salud, éste se simplifica estableciéndose en tres tiempos:

- a) Estudio Radiológico del Tórax.
- b) Reacciones de Wassermann y Kahn.
- c) Estudio clínico: investigación "orientada hacia el descubrimiento de una posible lúes, de una tuberculosis", de una afección cardiovascular o de alguna enfermedad capaz de desencadenarla.

Si mediante una anamnesis detenida (antecedentes personales y familiares, manifestaciones clínicas sospechosas, reacciones serológicas anteriores o actuales, etc.), se obtiene la impresión de encontrarse frente a un posible luético, con su afección en plena iniciación, en franca evolución o ya de antiguo curso, se envía al paciente, de inmediato, a que sea reconocido por el sifilólogo, quien, o desestimaré el diagnóstico, o lo confirmará y ordenará la iniciación del tratamiento pertinente.

"Sólo se considerarán antecedentes personales positivos los tres siguientes:

- a) Chancro seguido de manifestaciones secundarias.
- b) Diagnóstico anterior de lúes en un servicio especializado.
- c) Reacciones serológicas intensamente positivas realizadas en laboratorio responsable.

Todo otro antecedente sospecho de lúes se considerará dudoso"...

### Reposo Preventivo

A pesar de que el Reposo Preventivo constituye una de las mejores armas con que cuenta la Ley de Medicina Preventiva para llenar los fines a que está destinada, ella no contempló el Reposo Preventivo para el tratamiento de los imponentes afectos de lúes. Es, gracias a la iniciativa del Doctor Raúl Morales Beltrami, que se enmienda esta grave omisión de la Ley 6,174, mediante la dictación de un decreto con fecha 31 de Agosto de 1941.

Desde esa fecha, nuestro Servicio ha concedido en 35 ocasiones el Reposo Preventivo y por diversas causas: Iritis luética, Parálisis General Progresiva, Tabes Dorsal, estados demenciales, accidentes del tratamiento arsenical, etc... En la mayor parte de los casos contemplados, los pacientes se restituyeron a su trabajo francamente mejorados y sin que él constituyera un óbice para la mantención del buen estado general. En todos estos enfermos, el Reposo Preventivo se concede únicamente por un mes y se necesita una nueva indicación del especialista para prolongarlo por un período igual.

### II. — NORMAS SIFILOLOGICAS

Las normas sifilológicas por las cuales se rige nuestro Servicio, han sido inspiradas tomando en cuenta la necesidad que tiene la Medicina Social de estar "sujeta a un plan general de aplicación y a normas particulares de diagnóstico y terapéutica que permitan, en cualquier momento, conocer y valorar los resultados obtenidos".

Comprenden una serie de acabados esquemas. Se destacan en ellos los diferentes tipos clínicos de sífilis al alcance benéfico de la labor médico-social. Cada uno de estos tipos clínicos se corresponde con un determinado tratamiento, siendo este tratamiento la última palabra de la Terapéutica para obtener la curación del tipo clínico a que está destinado. Estos tratamientos tienen la particularidad de que pueden ser practicados en cualquier punto del país. Esquemas de diagnóstico cuidadosamente minuciosos y detallados facilitan la labor de encuadrar al paciente justamente en un tipo clínico preciso. Todo este sencillo engranaje se mueve en función del Sistema del Fichero Central confeccionado y establecido por la Dirección de los Servicios Coordinados.

Como se ve, todo ello no solamente redundará en beneficio del mayor aprovechamiento que presta el buen control que puede llevarse, diariamente, sobre la totalidad de los casos tratados, sino que, también, distrae al minimum el tiempo que el médico debería emplear al tener que apreciar a cada enfermo como un caso aislado y sin ningún punto de contacto o referencia con los pacientes revisados con anterioridad. Esto no quiere decir que la labor del médico se mecanice circunscribiéndose estrictamente a las normas que le indican los esquemas; por el contrario, su experiencia y criterio profesionales indicarán todas las variaciones que sea necesario introducir en el tratamiento del enfermo, derivadas de la especial idiosincrasia, del paciente.

### III.—FORMAS DE SIFILIS EN EL SERVICIO

Desde el 12 de Mayo de 1938 fecha de la iniciación de nuestro Servicio, hasta el 30—X—42, se han controlado en él 6.389 casos sospechosos de lúes. De éstos, han sido descartados 3.446 y confirmados como pacientes lúéticos 2.943. Encuadrados en el esquema de diagnóstico, quedan repartidos en la siguiente forma:

Sífilis primaria...	139
Sífilis secundaria...	185
Sífilis latente de data reciente...	519
Sífilis latente de data antigua . . . . .	1.666
Sífilis terciaria cutáneo—mucosa—óste—articular . . . . .	12
Sífilis visceral. . . . .	350
Sífilis nerviosa . . . . .	39
Sífilis hereditaria. . . . .	33
<hr/>	
Total de enfermos clasificados...	2.943

De este total han sido dados de alta 347, lo que hace un promedio de 11,870%. A primera vista llama la atención, el hecho de que la cifra más alta (sobrepasa en 1.147 números a la inmediatamente inferior). Encierra el 56,60% de los pacientes tratados y corresponde a la clasificación diagnóstica: "sífilis latente de data antigua", vale decir, sífilis que a partir del momento de la primo-infección, tiene un lapso evolutivo superior a tres años. Diversas son las causas responsables de este porcentaje tan elevado de antiguos lúéticos con que ha tenido que enfrentarse inmediatamente después de su creación el Servicio Sifilológico de la Medicina Preventiva.

Producida la infección, unos contaron con la negligencia e indiferencia suficientes para asistir a la afloración y desaparición de las manifestaciones externas de la enfermedad sin que de ellos partiera la menor iniciativa en el sentido de ponerles atajo. Otros, ignorantes absolutos de

la gravedad que implica el permitir la evolución de la afección, solamente se limitaron a tratarse con remedios caseros, o bien, atribuyeron la sintomatología cutáneo-mucosa a una causa patológica banal. Los más, comenzaron un tratamiento médico que, muy pronto, al obtener el primer control serológico negativo, y considerarse completamente curados, suspendieron definitivamente. Son muchos los que ocultaron mañosamente las exteriorizaciones "vergonzantes" de su afección por falso concepto del pudor o por el temor de ser descubiertos por sus familiares o por sus compañeros de labor. No son pocos los que se dejaron ilusionar por charlatanes embaucadores que aseguraron poseer un tratamiento rápido y eficaz. Finalmente, un gran número de pacientes interrumpieron su tratamiento y se resistían a reanudarlo, porque éste les producía desagradables molestias subjetivas o porque les asaltaban serias dudas acerca de una curación a largo plazo. Enumeradas en forma somera algunas causales, se comprende fácilmente que es este grupo el que más precisaba la acción médico-social de la Medicina Preventiva, ya que él comprende los enfermos que más peligro ofrecen a la colectividad, tomando en cuenta no sólo el elemento contaminación, sino muy especialmente, el factor herencia.

### LABOR DE LA ENFERMERA VISITADORA

Siendo una de las principales finalidades del Congreso de Enfermería la de conocer, en sus múltiples aspectos, la variada labor de la Enfermera en los diversos servicios médicos que precisan de su cooperación, haremos una breve exposición sobre las actividades, médico-sociales que desarrolla la Enfermera Visitadora, en el Servicio de Sifilología de los "Servicios Médicos Coordinados de la Caja de Previsión de Empleados Particulares y de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas".

Aparte del trabajo de oficina cuya técnica es resorte del mecanismo interno de la institución, nuestra capacidad se ejerce en el sentido de tres principales finalidades.

- a) Buscar los casos de abandono de Tratamiento.
- b) Actuar sobre los familiares.
- c) Investigar los focos de contagio.

a) La Enfermera Visitadora, dará especial preferencia a los casos de abandono de tratamiento de enfermos afectos de sífilis primaria, sífilis secundaria y sífilis latente de data reciente. Sobre ellos actuará el tratamiento médico en forma intensa, regular y controlada, no siendo indiferente a los resultados que prestará dicho tratamiento, el tiempo que los pacientes pongan entre una citación de la Enfermera Visitadora y el momento de entregarse a las directivas del sifilólogo. Es en relación con tres grupos de pacientes, donde la acción sistemática, de la Enfermera Visitadora sobre los familiares y los focos de contagio, evitará las mayores calamidades. Para los otros grupos de la clasificación, todos ellos tratados con criterio de mantenimiento la premura en la reanudación del Tratamiento desmerece ante las dificultades que la Enfermera Visitadora debe obviar para convencer a los pacientes de la necesidad de acercarse al Servicio.

Ya, al tratar de las causales que determinaron un tan alto porcentaje en la clasificación "sífilis latente de data antigua", dejamos entrever el difícil terreno que pisa la Enfermera, cuando trata de hacerlos comprender el crimen de lesa sociedad que representa la negligencia que ponen en el cuidado de su afección; no es menos cierto, por lo mismo, que estos enfermos representan el conglomerado que mejor se presta para que ejerzamos nuestra humanitaria influencia. "Llegar hasta el enfermo que, voluntaria o involuntariamente, ha escapado a la acción del Servicio de Sifilología, ponerlo bajo la protección médico social de dicho Servicio", con-

tinuamente un tiempo, periódicamente después; he ahí compendiada la primera finalidad de las tres en que hemos repartido nuestra actuación sanitaria. Con este objeto, diariamente, confeccionamos la lista de los enfermos que han interrumpido su Tratamiento, que cumplen fecha de control serológico periódico, ya sea, para ser definitivamente clasificados como sanos o, previo, para comenzar una nueva fase del Tratamiento, terminado ya el descanso concedido por el sifilólogo.

La Enfermera llega a la Fábrica o a la Oficina y pregunta con toda discreción por el empleado. Nadie debe darse cuenta de la citación. Ni los jefes, ni los compañeros de labor, ni los empleados subalternos del paciente. La Enfermera, si la falta de cultura del empleado lo ha menester, lo instruirá sobre el peligro que encierra para su propia salud, para la de los suyos y la de la colectividad en que desenvuelve sus actividades, el que permita que la enfermedad se adueñe lenta y seguramente de su organismo; sobre las medidas profilácticas que debe mantener en su hogar, para evitar futuros contagios; sobre la observación de ciertos hábitos higiénicos, en tanto se prolongue el tratamiento. Procurará hacer llegar a sus manos, folletos de divulgación médica. En fin, tratará, usando de todos los medios a su alcance, no solamente de impulsarlo racionalmente a iniciar su Tratamiento, sino también, de impartirle el estímulo que significa la halagueña esperanza de saberse en la posibilidad de poderse restituir a la categoría de "hombre no contaminado por una enfermedad inconfesable". Es indudable que tienen una enorme ventaja los métodos persuasivos, sobre los coercitivos, a objeto de obtener la no interrupción del Tratamiento. Estadísticas efectuadas en diversos países así lo demuestran. No es raro, encontrarse con pacientes rebeldes a toda sujeción, impermeables a todo razonamiento. Felizmente, no pocas veces se consigue hacerlos cambiar de temperamento. La paciencia de la Enfermera Visitadora, menudeando sus visitas y sus consejos aún hasta rayar en la majadería, es, en estos casos, un poderoso coadyuvante. Ya hemos dejado indicado que preferimos efectuar las visitas a los sitios en donde los pacientes desempeñan su diaria labor. La experiencia nos ha demostrado que es ahí donde tenemos la mayor seguridad de encontrarlo, y la más amplia libertad para tratar, lamente, sobre asuntos relacionados con el objetivo perseguido en nuestra visita. Además, cuando necesitamos extender el control del Servicio a la familia del paciente, ningún lugar más apropiado que la Fábrica o la Oficina, para hablar sin marcos, límites, ni cortapisas, hasta obtener el asentimiento de éste. No siempre es fácil, usando de pocas palabras, lograr vencer vagos temores, falsos pudores, torpes escrúpulos, frutos ellos del misterioso secreto de que siempre se ha revestido a todo lo relacionado con las enfermedades de trascendencia social; en parte, también, de la ingente ignorancia que existe, aun entre las personas acomodadas y de mediana cultura general, acerca de estos problemas.

Muchos casos de abandono de Tratamiento, son debidos al hecho de que el enfermo es empleado de una fábrica muy alejada del centro de la ciudad y con no pocas dificultades para la movilización, circunstancia que agrava, aún, el horario de su jornada de trabajo. En estas condiciones, es muy raro el imponente que vence todos estos obstáculos a trueque de beneficiar su salud. Estas grandes fábricas, generalmente, cuentan con Centros Médicos. Las Enfermeras Visitadoras proceden entonces, en la siguiente forma. "Consiguen que el paciente acuda al Servicio a controlarse serológicamente y, una vez que el sifilólogo ha impartido el Tratamiento, premunidas de las instrucciones escritas, a este respecto, y de las inyecciones pertinentes, llegan hasta el Centro Médico de la fábrica y consiguen que algún Practicante se responsabilice de su colocación, conforme lo instruye el Tratamiento. Periódicamente, volverán a cerciorarse de que son cumplidas las indicaciones acordadas. El paciente, una vez al mes, acudi-

rá al Servicio de Medicina Preventiva, para que el sifilólogo lo examine. En otros casos, las Enfermeras Visitadoras han comprobado que el horario de trabajo del imponente hace imposible todo acercamiento regular y frecuente al Servicio. No falta, sin embargo, cerca de su domicilio, alguien que pueda colocarle las inyecciones conforme la pauta que se indicó y, en esta forma, ya queda solucionado el problema sin dañar las actividades del enfermo.

En los casos en que el sifilólogo insinúa la conveniencia de un Reposo Preventivo, la Enfermera Visitadora acude al hogar del imponente y efectúan una prolija encuesta, que informa, muy especialmente, sobre las condiciones económicas e higiénicas, de aquél. Este informe debe ser pasado a la Comisión Central y al Médico tratante del paciente. En 26 meses las Enfermeras Sanitarias del Servicio han efectuado un total de 14.800 visitas.

b) Previamente autorizada por el imponente, las Enfermeras Visitadoras, actúan sobre sus familiares, haciéndolos ponerse en contacto con el Servicio. Allí se les proporciona gratuitamente examen médico y control serológico. En el caso de que este control sea positivo y no disponiendo el Servicio de alcances económicos para costearles el Tratamiento, por no autorizarlo la Ley, les facilita el Tratamiento en otras instituciones. Si los familiares cuentan con medios para hacerse el Tratamiento particularmente, la Enfermera Visitadora, al igual que en el caso anterior, periódicamente, se informarán en la manera que es llevado. Si este Tratamiento se efectúa en Centros Médicos que cuentan con Enfermeras Sanitarias, pedirá informes directos a éstas. Nunca falta en el hogar del paciente un problema de índole médico-social. Las enfermeras deben estar siempre capacitadas para encontrar la solución más adecuada y armónica. Con frecuencia dictaminan normas y consejos que dicen relación con un embarazo; no pocas veces ayudamos a la hospitalización de algún miembro de la familia; etc.

c) Este párrafo, más corresponde a sugerencias sobre la "extensión" que se puede dar a nuestra labor, que "labor efectuada" por la Enfermera Sanitaria. Nos contentaremos con esbozar la idea. Toda vez que se efectuó un control serológico, y en forma estrictamente confidencial, se tomaría informes sobre las fuentes posibles del contagio que tuvo el enfermo. Las Enfermeras Visitadoras llegarían hasta esos focos y conseguirían de las posibles personas infectadas el que acudieran a un Centro Médico de Lucha Antisifilítica, con el fin de controlarse y someterse a Tratamiento. Esto no sería obstáculo, para que se aprovechara la ocasión en el sentido de repartir folletos sobre Profilaxis Venérea e impulsar en cualquier forma el conocimiento de estos asuntos, sobre los cuales tanta gente dice saber mucho y, en realidad, o lo sabe mal, o lo ignora. Queda expuesta la sugerencia, sin pretensiones de cosa grande por su novedad, pero con el convencimiento de que su simpleza marcha a parejas con los enormes beneficios que traería su ejecución. De grandes proyecciones sociales resulta la aplicación de la Ley de Medicina Preventiva. El gran responsable de ello es el Médico. Indudablemente, su más preciosa colaboradora, la Enfermera Visitadora. Labor noble y ardua la nuestra. Una cuidadosa y prolongada preparación nos permite efectuarla con éxito satisfactorio. Primero, el Bachillerato con mención en Biología. Luego, tres años de estudios universitarios y práctica continua en el Hospital. Durante este tiempo. Nuestra retina se baña en la luz de todos los horizontes de la Medicina Moderna; nuestro espíritu se templea en la disciplina del sacrificio y nuestros sentidos se agudizan y se adaptan a las necesidades del crudo escenario de la miseria humana. En la Sala Común del Hospital, es donde puede auscultarse el sordo y angustiado clamor de los desheredados de la suerte. Es ahí, día y noche, en solícito contacto con el enfermo, curando

sus llagas, mitigando sus dolores físicos, reconfortando sus quebrantadas esperanzas, interesándose por las alternativas de su dolencia, donde la futura Enfermera Visitadora aprende a interpretar el vacilante lenguaje de los que sufren. Una vez en posesión del título de Enfermera Hospitalaria, poseemos a la vez, las cualidades y los conocimientos necesarios para obtener el maximum de aprovechamiento al rodar de un año de esmerados estudios y concienzudas prácticas sobre Medicina Social. Porque, es necesario hacerlo presente, no basta con demostrar agilidad para llenar formularios standard. Hay que tener capacidades para mirar, y poder captar lo que esconden las apariencias; para escuchar, y comprender lo que se oye y lo que se calla y no se dice; para elaborar un plan de persuasión, y saberlo traducir en palabras y argumentos que lleguen al cerebro y al corazón de los pacientes, impartiendo convencimiento y firmeza de propósitos. La labor de la Enfermera Visitadora será insuficiente si ella no posee estos requisitos, y ellos, sólo se adquieren en función del conocimiento profundo del corazón humano, nunca más transparente y más sincero en su lenguaje, que cuando se estruja atormentadoramente en un lecho de Hospital. No seríamos sinceras con nosotras mismas, sin embargo, si afirmáramos que esos cuatro años de preparación nos han dejado aptas para el continuo y honrado desempeño de nuestra humanitaria labor. Nó. La Medicina Social, como todas las ramas de la Medicina Moderna, sufre diarios adelantos y es nuestro deber el marchar en armonía con el ritmo de estos progresos. Momento a momento debe acrecentarse en nosotras el interés por compenetrarnos más y más de los problemas que dicen relación con nuestras actividades médico-sociales. El estudio y las conferencias, sobre estos temas, deben distraernos un tiempo que restaremos, sonrientes, a nuestro diario descanso. Nuestra inquietud intelectual y nuestro afán de superación deben ser infinitos... Que, en nuestras mentes, el brillo que irradia la lámpara de Florence Nithingale, ilumine aquellas hermosas palabras de Goethe: "Siempre debo subir más alto; debo siempre mirar más lejos".

- IV. Introducción
- V. Importancia de la Medicina Social
- VI. Rol de la Enfermera Visitadora
- VII. Inconvenientes de la Medicina Social
- VIII. Preparación de la Enfermera Visitadora
- IX. Referencias

#### LA ENFERMERA VISITADORA

Entre los números 1 y 2 de la revista "Medicina Social", se encuentra un artículo de gran interés, que trata de la importancia de la Medicina Social, el problema de la silla de ruedas, la tuberculosis, etc. Este artículo es muy interesante y merece ser leído por todos los que se interesan en la Medicina Social. El autor, Dr. J. J. Rodríguez, trata de mostrar que la Medicina Social no es sólo un problema de salud pública, sino que también es un problema de justicia social. Él argumenta que la Medicina Social debe preocuparse de la salud de todos los miembros de la comunidad, no sólo de los que tienen recursos económicos. Él menciona que la Medicina Social debe tener en cuenta la situación económica, social y cultural de los pacientes. Él también menciona que la Medicina Social debe tener en cuenta la importancia de la prevención y el diagnóstico temprano de las enfermedades. Él termina diciendo que la Medicina Social es una disciplina que está en constante evolución y que debe seguir adaptándose a las necesidades de la comunidad.

