

10(448-31) p1

# Actas de las Segundas Jornadas Chilenas de Salubridad

DEJAR TAPAS

Organizadas por  
La Sociedad Chilena  
de Salubridad  
Santiago · Chile



## LA SOCIEDAD CHILENA DE SALUBRIDAD INICIA SU SEXTO AÑO DE VIDA BAJO EL SIGUIENTE DIRECTORIO:

Presidente,	Dr. Jorge Román P.	„
Vice Presidente,	Dr. Guillermo Adriasola E.	
Secretario,	Dr. Hernán Romero	
Directores:	Dr. Liborio Sánchez	
	Ing. Basilio Palacios	
	Enf. Olga Baeza	
	Insp. Gustavo Guzmán	

**Días de sesiones:** Tercer y quinto lunes de cada mes, en Merced 565,  
a las 19,00 horas

### Temas anunciados para 1953:

1. Estudios preliminares para la organización del Servicio Nacional de Salud, por el Dr. Hernán Urzúa.
2. Servicio Social y Enfermería en Administración, por el Dr. Hugh R. Leavell.
3. Problema económico y sanitario de la rata y principios para su control, por los Ingenieros de la Jefatura Sanitaria de Valparaíso y del Departamento de Ingeniería Sanitaria.
4. Bases para un programa de Higiene Industrial en Chile, por el Departamento de Higiene Industrial.
5. Bases para el control de la enfermedad reumática, por el Dr. Samuel Vaisman.
6. Extensión agrícola en las Unidades Sanitarias Rurales en Chile.
7. Disponibilidades de pescados y mariscos en la dieta nacional, por el Dr. B. Polloni, del Departamento de Alimentación.
8. El Problema social y técnico de la Vivienda.

Dirigieron los destinos de la Sociedad hasta Marzo de 1953:

Presidente,	Dr. Gustavo Molina
Vice Presidente,	Dr. Jorge Román
Secretario,	Dr. Guillermo Adriasola
Directores:	Dr. Bogoslav Juricic (reemplazado por el Dr. Hernán Romero)
	Dr. Pedro Araya
	Ing. Horacio Lira
	Enf. Ana Pino

BIBLIOTECA NACIONAL  
SECCIÓN CHILENA

Presidentes anteriores: Dr. Abraham Schweitzer y  
Dr. Eduardo Dussert

## INDICE

	Págs.
Sesión inaugural de las Segundas Jornadas de Salubridad . . . . .	5
<b>PRIMERA SESION:</b>	
<b>Tema 1º</b> "Los problemas de agua potable y alcantarillado urbanos de Chile", por señores: J. von Bennowitz R., del Valle, E. Aguirre, P. Gallo, H. Lira y M. Honorato . . . . .	9
Discusión . . . . .	20
<b>Tema 2º</b> "Mejoramiento de la enseñanza de la Ingeniería sanitaria en Chile", por señor J. von Bennowitz . . . . .	26
Discusión . . . . .	33
<b>Tema 3º</b> "Aplicación de DDT. en las provincias de Cautín y Malleco, entre octubre y diciembre de 1951", por Dres. R. Huerta y V. Bertín . . . . .	37
Discusión . . . . .	45
"Campana de erradicación del Aedes Aegypti en Chile", por señores Dres. Amador Neghme R., Hernán Albi F. y José Gutiérrez F. . . . .	47
Discusión . . . . .	48
<b>SEGUNDA SESION:</b>	
<b>Tema</b> "Desarrollo de un programa de vacunación con B. C. G. en el medio urbano de Chile", por Drs. S. Díaz y L. Sánchez . . . . .	53
Discusión . . . . .	74
"Vacunación rural contra la tuberculosis en la comuna de Florida", por Dr. E. Woywood . . . . .	77
<b>TERCERA SESION:</b>	
<b>Tema 1º</b> "Formación de enfermeras y Auxiliares de Enfermería" por Enfs. O. Baeza, E. Gaete, M. Godoy, A. Marchant, I. Monardes, G. Péake, H. San Martín y R. Schatz . . . . .	84
Discusión . . . . .	115
<b>Tema 2º</b> "Formación de la Asistente Social para los Servicios de Salubridad", por Vis.: R. Braga, R. Izquierdo, L. Mac-Lean, L. Tocornal, M. E. Umaña y E. Varas . . . . .	117
Discusión . . . . .	123
<b>Tema 3º</b> "Formación, capacitación y perfeccionamiento del maestro en educación sanitaria", por profs.: A. Covarrubias, Aida Parada y F. Martín; Dr. A. Taborga y señor R. Sotomayor . . . . .	125
Discusión . . . . .	135

#### CUARTA SESION:

Tema 1º "Aspecto Sanitario hospitalario del aislamiento de enfermedades transmisibles", preparado por la Escuela de Enfermeras de Concepción . . . . .	144
Discusión . . . . .	149
Tema 2º "Informe preliminar sobre programa de vacunación anti-coqueluche-diférica en Santiago"; por Dres.: H. Boccardo, C. Ristóri y Est. J. Vildósola . . . . .	152
Discusión . . . . .	169

#### QUINTA SESION:

Tema 1º "Aspecto educativo y sanitario en el trabajo de la maternidad"; preparado por la Escuela de Enfermeras de Concepción . . . . .	172
Tema 2º "Atención del recién nacido en las maternidades de Santiago", por Dres.: J. Puga, R. Gantes, G. Adriasola, A. Kaempffer . . . . .	175
Discusión . . . . .	200

#### SEXTA SESION:

Tema 1º "Unidades Sanitarias en Hospitales", por Dr. H. San Martín . . . . .	214
Tema 2º "Organización e integración de los Servicios de Salubridad", por Dres.: R. Alvarado, A. L. Bravo, R. García, E. Laval, G. Molina, A. Schweitzer . . . . .	217
Discusión . . . . .	230

#### SEPTIMA SESION:

Tema 1º "Cloromicetina y tifoidea: diagnóstico inmunidad y condición de portador en 103 casos", por Dres.: E. Dussert, R. Kraljevic, J. Perroni y B. Viel . . . . .	241
Discusión . . . . .	256
Tema 2º "Formación básica y especializada del médico", por Dres.: A. Garretón, F. Hoffmann, I. González, H. Orrego, H. Romero, H. San Martín, L. Vargas y J. Ugarte . . . . .	270
"Contribución al tema educación médica en Chile", por Dres.: Ignacio González G., H. San Martín y B. Günther . . . . .	277
Discusión . . . . .	287

#### OCTAVA SESION:

Tema 1º "Odontología y salud pública", por Dr. R. Muñoz I. . . . .	297
Tema 2º "Frecuencia de caries dentarias en niños chilenos y plan para neutralizar sus efectos", por Dr. I. Carmona . . . . .	304
Discusión . . . . .	308
"El aborto, problema médico social", por Dr. Carlos Ribbeck, señora Tomasa Romeo L., señorita Pilar Galván . . . . .	315
Discusión . . . . .	320
"Participación de la comunidad en programas de salud", señorita Elena Vargas L., señor Gustavo Guzmán P. . . . .	328
"Proyecto de integración de higiene mental en los cursos de enfermería", señorita R. Schatz . . . . .	332

## SESION INAUGURAL DE LAS SEGUNDAS JORNADAS DE SALUBRIDAD

El Martes 28 de Julio, a las 11 horas, se inició la solemne sesión inaugural en el Salón de Honor de la Universidad de Chile, ante un numeroso grupo de convencionales y público.

Presidieron el acto el Dr. Pierre Dorolle, Director General de la Organización Mundial de la Salud; el doctor Fred L. Soper, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana; el Ministro de Salubridad de Chile, Dr. Jorge Mardones R.; los Decanos de las Facultades de Medicina, Profesores A. Garretón y C. Espildora L.; representante de la Fundación Rockefeller, Sr. Bruce Sasse; representante del Instituto de Asuntos Interamericanos, Dr. T. Gandy; Presidente del Colegio Médico, Dr. G. Jirón; de la Sociedad Médica de Santiago, Dr. H. Alessandri; de la Sociedad de Tisiología, Dr. Sótero del Río; de la Sociedad de Obstetricia, Dr. E. Bunster; Directores Generales de Sanidad, Dr. N. Romero; de Protección de la Infancia, Dr. G. Morales; y el Presidente de la Sociedad Chilena de Salubridad, Dr. G. Molina.

El doctor G. Molina abrió la sesión, leyendo el siguiente discurso:

**Dr. Molina.**— Bajo el patrocinio de vuestra presencia señor Ministro de Salubridad;

Al calor de la vieja madre universitaria que nos presta generosamente usted señor Decano de la Facultad de Medicina;

Consagrados por vuestro espaldarazo, señores presidentes del Colegio Médico, de la Sociedad Médica de Santiago, la Sociedad de Pediatría, la Sociedad de Tisiología, la Sociedad de Obstetricia y Ginecología;

Alentados por el estímulo de las entidades internacionales, que nos traen sus altos personeros, señor Director General de la Organización Mundial de la Salud, señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, y señores representantes de la Fundación Rockefeller y del I. A. I.; estamos inscribiendo esta mañana, y de manera tan solemne, la mayoría de edad y el reconocimiento público a una especialidad nueva, que es a la vez una nueva rama del saber y una nueva expresión organizada del sentimiento de solidaridad humana.

Para cultivarla, nació esta Sociedad Chilena de Salubridad y Medicina Pública hace 6 años, a poco de creada la Escuela de Salubridad, y cuando apenas empezaba en los servicios el lento desplazamiento del aficionado con padrino por el técnico entrenado.

## DISCUSION

*Dr. Fco. Mardones:* ¿Creen que ha habido cambio en las razas? ¿El incremento por vaca no se debería más bien a la eliminación de aftosa? ¿Se contraponen realmente el destino de vacas a producción de carne y de leche? ¿Estiman que es posible conciliar la producción de mantequilla, tan deseada como la de leche?

*Dr. Poloni:* Pregunta cuál puede ser la influencia de las leches industriales en el mayor consumo.

*Dr. Salomón:* ¿Qué ha hecho el Departamento de Alimentación para aumentar la producción de leche?

*Dr. Riquelme:* No se tocó sino leche, no razas vacunas. Creen bueno que se haya preferido leche a carne. Con respecto a mantequilla, espera un nivel de producción que permita también abastecer el mercado.

El Departamento de Alimentación no es el llamado a promover la producción de leche; se ha tocado la campana de alarma en función de higienistas; luego ha defendido los precios remunerativos.

*Dr. Guerra:* Un porcentaje de leches industriales se debe eliminar del comercio por mal trabajo; por acidez, el 5%. No influye en la estadística, porque está incluida en leches para consumo.

Las campañas contra aftosa han sido influyentes, aunque queda mucho por hacer. El total de ganado no ha sido influenciado favorablemente por el aumento de consumo de la carne, por la mala calidad de las praderas; en cambio la leche puede producirse en mayor cantidad.

*El Presidente:* Agradece al Relator y a las personas que intervinieron en la discusión, por sus interesantes contribuciones. Para el Segundo Tema, "*Objetivos y Rendimiento de las Unidades Sanitarias*", se han presentado seis relatos. Serán leídos sucesivamente y la discusión se hará al final, en conjunto.

Ofrece la palabra al Dr. Hernán Urzúa, autor del primer relato.

\*  
\* \* \*

## OBJETIVOS Y RENDIMIENTO DE LAS UNIDADES SANITARIAS

Primer Relato: — **Dr. Hernán Urzúa.** (Escuela de Salubridad)

(Resumen de Secretaría)

Para comprender los objetivos y rendimiento de las Unidades Sanitarias, me parece de interés recordar brevemente los principios en que se basa el trabajo de estos servicios de salubridad. Es un verdadero axioma en Administración Sanitaria, que el trabajo sanitario debe ser de carácter eminentemente local, es decir, que debe ajustarse

a los problemas y circunstancias propios de cada región. Las Unidades Sanitarias se han organizado sobre bases locales y de acuerdo con ciertas normas comunes y generales para todas ellas:

- 1.—La familia y no el individuo es la unidad de trabajo.
- 2.—La educación sanitaria por todos los funcionarios y en cada una de sus actividades.
- 3.—Personal idóneo full-time, especialmente técnico; enfermeras, inspectores, médicos.
- 4.—Agrupación de funciones en: a) Saneamiento. b) Higiene individual. c) Administración (estadística, laboratorios, etc.).
- 5.—Acción social en coordinación con los grupos comunales entre los cuales merece mención especial el plan agrícola de San Felipe.
- 6.—Utilización para entrenamiento de personal.
- 7.—Coordinación con otras instituciones, especialmente importante con el S. O. O. en la Unidad de Quinta Normal.

Sus objetivos han sido los siguientes:

Crear conciencia comunal referente a los problemas de salud, mediante diversos procedimientos de Educación Sanitaria.

Impulsar la acción gubernativa vecinal en saneamiento.

Valorar el rendimiento de la enfermería sanitaria.

Descender la morbo-mortalidad. Se puede esperar la baja de tasas como la mortalidad infantil, por Tbc e infecciosas agudas, a largo plazo; pero siempre que, paralelamente, se actúe sobre el medio ambiente.

En nuestro medio no será posible proscribir la atención médico-curativa de las Unidades, como complemento de la labor preventiva. En lo venidero el Hospital, Centro de Salud, ofrecerá la Unidad Preventivo-curativa.

No existe ningún "índice de rendimiento" exacto para medir, a corto plazo, la acción de una organización sanitaria.

Las tasas de morbo-mortalidad dependen de muchas variables. Los éxitos no pueden demostrarse sino a largo plazo, salvo casos particulares de vacunaciones y control de vectores.

Todos los estudios estadísticos demuestran que la morbo-mortalidad entre los niños controlados es menor que en los otros. El problema está en extender el radio de los controlados más allá de los estrechos límites actuales.

Las Unidades llevan un plazo de acción demasiado corto para influir a las causas de morbo-mortalidad como desearíamos, pero sabemos que las técnicas que han empleado son las correctas.

Las Unidades han tenido el valor inapreciable de haber difundido dichas técnicas en nuestro medio, las que están influyendo en el standard económico social de las poblaciones.

No menos importante ha sido el éxito demostrado por la capacidad de integrar el trabajo de las diversas instituciones.

Estas consideraciones y la inquietud sanitaria que las Unidades han despertado, justifican plenamente su existencia.

\*  
\* \* \*

(Resumen de Secretaría)

Los Servicios Coordinados de Salud Pública de Aconcagua representan una institución joven —dos años— y una experiencia en desarrollo. Cuando se nos pidió informar sobre los acontecimientos más sobresalientes ocurridos en 1947 adelante, no vacilamos en señalar en primer término la firma de un Convenio de Coordinación entre Sanidad, Protección a la Infancia y Caja de Seguro Obrero a fin de acometer tres rubros: a) Madre y Niño, b) Control de Enfermedades Transmisibles y c) Saneamiento ambiental.

Está claro que la mera firma de un documento que pone fin a la labor dispersa de Instituciones que manejaban sus programas aisladamente, no constituye en sí la Coordinación. Esta fórmula mágica para integrar recursos y multiplicar el rendimiento, se cumple con la ejecución de un programa y la cristalización en forma de resultados objetivos. A este programa y los primeros resultados deseo referirme, a fin de demostrar las ventajas de la Coordinación en un área rural como la mejor manera de aproximarse a los problemas de Salud de la Comunidad.

En el rubro Madre y Niño se ha obtenido la Centralización de atención urbana en una Clínica única y adecuada (local del S. O.), la habilitación de 3 Clínicas higiénicas y atractivas en Panquehue, Sta. María y Curimón. También se han logrado algunos progresos en Putaendo.

El crecimiento de la población inscrita es el rasgo más sobresaliente en el programa Madre y Niño. Una rápida comparación entre lo que sucedía en 1947, antes de la Coordinación y el estado actual de población bajo Control es suficientemente elocuente, según se muestra en el cuadro:

P O B L A C I O N	Antes de la Coordinación	Estado Actual	Proporción %
Lactantes .....	400.—	2.000.—	77.—
Pro-escolares .....	200.—	1.000.—	18.—
Embarazadas .....	150.—	400.—	42.—

La Coordinación ha obtenido multiplicar por 5 el número de lactantes, por 3 el número de embarazadas y quintuplicar también la proporción de pre-escolares inscritos, alcanzando así proporciones útiles capaces de influenciar la Morbi-Mortalidad Infantil. Por otra parte, las enfermeras sanitarias controlan sobre dos mil familias. Hasta aquí hemos aludido solamente a la cantidad de trabajo. Pero, además, se han alcanzado progresos cualitativos, importantes en la atención Materno-Infantil, a saber: a) Objetivos precisos de trabajo; b) Citación de embarazadas y lactantes por sectores y conforme a una pauta que persigue contactos oportunos y útiles con el médico, a fin de hacer una labor preventiva y reglada; c) Selección de consultantes por enfermera, a fin de permitir al médico concentrar sus esfuerzos en consultas útiles; d) Programa de vacunaciones antivariólica, mixta, antidiftérica y BCG., con índices de 80 y 90% en la población controlada; e) Simplificación de estadísticas y fusión de datos con criterio funcional; f) Integración de personal médico, de enfermeras, auxiliares y administrativos en un trabajo de equipo.

Convencidos que en una Zona rural el saneamiento ambiental constituye la piedra angular, el equipo de inspectores, encabezado por un ingeniero, ha ejecutado obras de pequeña y gran envergadura, que sumadas afectan a grupos importantes de población: 1.700 pozos negros; 40 fosas sépticas; 70 conexiones de alcantarillado; sobre 100 conexiones de agua potable; extensiones de red de agua por más de 1 kilómetro; tratamiento con DDT, en locales de alimentos y viviendas que suman sobre 170 mil metros cuadrados; reparaciones en locales de manipulación y expendio de alimento, salas de elaboración, etc. Se ha obtenido hasta aquí que la Comunidad invierte por este rubro una suma superior a 3 millones de pesos (\$ 3.000.000.—). Parte de este programa lo constituye el Taller Sanitario, en que se construyen letrinas prefabricadas, con bases y asientos de concreto armado. Sobre 800 letrinas salidas del Taller están funcionando en los sectores rurales de San Felipe. En este mismo Taller se proyecta la construcción en serie de losas para norias, fosas sépticas y filtros caseros.

En el rubro Control de Enfermedades transmisibles se está vacunando a la población a fin de alcanzar proporciones útiles y controlar las enfermedades previsibles: Tifoidea, difteria, coqueluche, viruela. En la población de niños bajo control se ha alcanzado rápidamente proporciones que fluctúan entre 80 y 90%. En cuanto a B.C.G., prácticamente el 100% de los niños susceptibles está vacunado. A través de postas y sub-postas, las enfermeras están alcanzando a la población general y extendiendo las inmunizaciones paralelo a la educación sanitaria.

Durante la reciente Campaña Antivariólica, la Unidad Sanitaria debió volcarse a esta tarea y acometer la vacunación en toda la provincia. Fueron vacunadas 113 mil personas, que representan el 77% de la población, sin registrarse ningún caso de Alastrim.

Los enfermos infecciosos, exceptuando niños pequeños, se aíslan en un servicio especial con 12 camas, organizado para este objeto en el Hospital San Camilo. En un aparato de desinfección de excretas se tratan las deposiciones de los tíficos antes de entregarse al alcantarillado.

Todos los casos son visitados con la prontitud que permite el medio rural, encuestados y se controla el grupo familiar hasta la convalecencia del caso, inmunizaciones de contactos y solución a los problemas de Saneamiento que gravitan sobre la vivienda.

En esta forma, en 1949, se obtuvo que el 83% de los casos de tifoidea conocidos fueran aislados en hospital. El 54% de los casos urbanos fueron encuestados dentro de las 24 horas de la denuncia y el 52% de los casos rurales dentro de las 72 horas, de acuerdo con los objetivos fijados. Los casos de tifoidea recibieron un promedio de 3.9 visitas y los de difteria 3.2.

Eventualmente se ha controlado un brote de tifoidea en el Sanatorio de Putaendo, motivo de un trabajo especial, y un brote de difteria en San Felipe.

Estos son los 3 pilares fundamentales de la Coordinación, pero no terminan aquí las actividades de la Unidad Sanitaria Rural.

Las Enfermeras Sanitarias, con un promedio de 6.5 visitas diarias, con asistencia a Clínicas, Clubes de Madres y postas de vacunación, atienden 2.000 familias con criterio integral, ocupándose del control prenatal, de puérpera y recién nacido, lactante, pre-escolares y escolar, tuberculosis, infecciosos agudos y venéreos.

La Sección Veterinaria atiende adecuadamente las denuncias por rabia, carbunco y otras enfermedades animales transmisibles al hombre. Este año se ha vacunado 600 perros contra rabia, 500 vacunos contra carbunco y se ha exterminado casi 400 perros vagos.

Desde octubre de 1949, dos agrónomos especializados están a cargo de un programa de Extensión Agrícola, promoviendo el cultivo de huertos familiares, crianza de animales de explotación, preparación y conservación de alimentos. A través de Clubes Juveniles y Clubes de Demostraciones del Hogar sus enseñanzas y demostraciones se difunden en la masa campesina. Un concurso de huertos familiares reunió a 65 participantes del sector Santa María y la primera exposición agrícola exhibió el esfuerzo de 102 campesinos de la zona. Así esta sección se engrana con las raíces mismas del problema rural, abordando la alimentación y elevación del standard de vida del campesino. Es evidente que muchos puntos del programa de Extensión Agrícola se confunden con los objetivos de una Unidad Sanitaria, de aquí la feliz ejecución de una Coordinación Agrícola-Sanitaria que está en marcha como experiencia ya en plena madurez.

La Sección Tuberculosis está atendiendo enfermos y contactos en una Clínica Coordinada e impulsando un programa de vacunación con B.C.G. en recién nacidos, niños inscritos, escolares y contactos. Aproximadamente 6.000 vacunados en una población con índice elevado de anérgicos, todavía no constituyen una proporción adecuada que la sección se esfuerza por alcanzar.

La Sección Venérea mediante una represión del prostíbulo, control del clandestinaje y atención de enfermos en un Centro Diagnóstico, está abordando el problema venéreo, de menor cuantía que los anteriores.

El principio que alienta a todas las secciones es la colaboración en un trabajo de equipo, gradualmente se ha obtenido un mejor entendimiento para engranar los departamentos en una tarea de conjunto y armonía, una vez que cada sección elaboró objetivos precisos, en términos mensurables, a fin de medir periódicamente su rendimiento.

\*

\* \*

Tercer Relato: — **Dr. Alfredo Taborga, Sr. Philip L. Riley, Dra. Luisa Cubillos y Srta. Ana Marchant** (U. S. Cerro Barón, Valparaíso, y Dpto. Cooperativo Interamericano de Obras de Salubridad).

*(Resumen de Secretaría)*

La evaluación de un Centro de Salud, como de cualquier servicio, en el cual participan una gama variada de funcionarios y donde el medio humano con sus múltiples aspectos es el ambiente donde estos funcionarios vuelcan sus experiencias, su capacidad profesional y sus aptitudes humanas, es un proceso difícil y complejo.

Avaluar el rendimiento por el esfuerzo sumado de un grupo de estos funcionarios, resultaría injusto y no sería el reflejo honrado de la actividad total del Centro. Un Centro de Salud, con su edificio, su equipo y sus funcionarios que constituyen una sola unidad de trabajo, es un todo puesto al servicio de la comunidad a la cual pertenece. Ahora bien, si el Centro como un todo, está al servicio de la comunidad, el poco o nada podría hacer, si esta comunidad no respondiese a la llamada del Centro. Hay, sin embargo, algunos factores básicos que considerar y que podrían servir de común denominador al esfuerzo global.

Por una parte tenemos el Centro con su equipo, su presupuesto y su personal y por el otro lado, la comunidad. Por parte de la comunidad interesa conocerla ampliamente en todos sus aspectos. Es evidente que una comunidad puede ser fácilmente trabajada cuando posee un porcentaje de "pobladores educables", cuyo número logre influenciar en los objetivos propuestos. Hablamos de "poblador educable", de aquel individuo que es susceptible de modificar su conducta o sus hábitos mediante un proceso educativo y que está en condiciones de poder realizar este cambio. Ahora bien, este material humano significa para la Unidad Sanitaria el medio de trabajo al cual debe dedicarle su mayor preferencia. La población de Cerro Barón no la consideramos diferente al resto de las poblaciones de las otras Unidades. Nuestras experiencias de trabajo en el terreno, nos hace pensar que en Cerro Barón existe un porcentaje útil de población educable.

Analizando la labor desplegada por la Unidad de Cerro Barón en su programa materno-infantil, aspecto más importante del programa total de la Unidad, en sus cinco años de labor, tenemos forzosamente que dividir este período en dos partes. El primero, considerado de organización desde 1945-1947 y del cual no tenemos estadísticas precisas; y el segundo período 1948-1950 (aún no terminado, pero muy cerca de su fin), del cual hay datos exactos en relación a sus índices de Mortalidad Infantil:

	1949			1948		
	casos	tasa	%	casos	tasa	%
Recién nacidos vivos en distrito .....	848			776		
Recién nacidos vivos controlados .....	507		60	516		66.5
Recién nacidos vivos no controlados .....	351		40	260		33.5
Mortalidad Infantil en distrito .....	113	132.3		103	133	
Mortalidad Infantil controlada .....	50	98.6		59	114	
Mortalidad Infantil no controlada .....	63	184.7		44	169	
Mortalidad Infantil controlada .....	50			59		
Menos de un mes " " .....	12	23.6		16	31	
Un mes a once meses " " .....	38	75		43	82.3	
Mortalidad Infantil no controlada .....	63			44		
Menos de un mes " " " " .....	31	91		15	57	
Un mes a once meses no " " .....	32	94		29	111.5	

De la observación de estos datos impresiona a primera vista:

- 1) La reducción notable de la mortalidad alcanzada en los grupos de población controlada, que, con toda lógica debe ser la tasa de mortalidad que había en el distrito antes de establecer la Unidad en él.
- 2) La tasa elevadísima que alcanza la mortalidad en los grupos no controlados.
- 3) La diferencia considerable que se aprecia entre un grupo y el otro en lo que a mortalidad menor un mes se refiere.

Esta acción tan manifiesta y significativa, sólo puede obedecer a la acción ejercida ante la madre en su período prenatal y a la acción directa educativa de la enfermera y médico en la madre de un lactante menor. Sin embargo, si hacemos el análisis de la mortalidad infantil, de la zona total de trabajo del Centro, vemos que la tasa de mortalidad infantil del distrito no ha logrado ser reducida, a pesar de la reducción apreciable sufrida en el grupo controlado. ¿Quería decir esto que el esfuerzo del Centro ha sido perdido o estéril?, seguramente no. Si el rendimiento no ha podido ser mejor, si la reducción de los índices no ha logrado influir

en el total de la comuna, se debería a que no se ha tomado el cien por ciento de la población útil y porque nuestro esfuerzo educativo no ha sido todo lo satisfactorio que debió ser, en parte debido a que el equipo profesional recién logrado en el transcurso de estos años, debe tener un concepto claro de lo que es el proceso educativo y su importancia en los programas de Salud Pública. De aquí que consideramos errado culpar a la Educación Sanitaria practicada, de esta no influencia en la zona no controlada.

Las Unidades, además, no han logrado dar objetivos y programas claros y precisos, lo que ha contribuido a que los distintos profesionales y funcionarios no han podido realizar su trabajo en el terreno para alcanzar rendimientos útiles, en forma satisfactoria.

Pensamos que mediante dos aspectos lograríamos mejorar estos rendimientos:

Reajustando los programas de acuerdo a nuevos cánones que la experiencia nos ha dado, no sólo jerarquizando los problemas y definiendo objetivos precisos, sino llegando hasta jerarquizar dentro de cada programa en particular cada uno de sus esfuerzos. Por ejemplo, en el programa particular de control de los recién nacidos, establecer prevalencia o lista de preferencia de aquéllos que necesitan atención más urgente, ya sea, por pertenecer a hogares de madres negligentes, por prematuridad, debilidad congénita, morbilidad a repetición, etc., (es evidente que de un total de recién nacidos de una comunidad habrá muchos diferentes grados de condiciones económicas y niveles de educación y la atención que se le preste a cada uno de estos grupos estará en razón directa a la menor minusvalía cultural, económica, etc.).

Si nosotros pensamos que el control de la salud practicada por la Unidad es exclusivamente de facilitar ayuda a la población en la solución de los problemas, lógicamente deberíamos pedirle a la comunidad una mayor participación en la solución de ellos.

Es por eso, que la crítica hecha al esfuerzo de las Unidades en estos cinco años que ellas poseen de vida, debe ser vista con criterio ecuánime, tal como se juzgan los progresos y el esfuerzo que un niño realiza para aprender a vivir, progreso que está en relación directa a la capacidad potencial del niño y a la ayuda o cooperación que el medio que lo rodea le brinda. Así, consideramos que lo importante en la situación actual de las Unidades es la orientación lógica y honrada que deben poseer sus programas de trabajo.

¿Cómo conseguir que el Centro controle y maneje estos valores humanos?

Consideramos que el análisis de las condiciones y características que presenta la población de nuestras comunidades, determina un cambio fundamental en el trabajo y ubicación que la enfermera sanitaria debe realizar en un programa de salud. Este cambio debe referirse principalmente a que la enfermera deje de tener el papel de último eslabón de la cadena profesional que los programas actuales le asignan para transformarse en la líder profesional responsable de su distrito. Esta nueva responsabilidad significa que la enfermera debe tener el control de la totalidad de la población de su distrito con la participación y ayuda de elementos responsables y capacitados de la comunidad. No se trata, pues, que la enfermera por sí sola tenga que controlar en forma directa a cada individuo, sino que ella debe dirigir el programa de control a través de estos elementos ayudantes en su distrito.

Planteadas estas premisas en Cerro Barón nos preocupamos de buscar y encontrar dentro de la comunidad a estos elementos que ayudarían a la enfermera en esta nueva concepción de trabajo. Del análisis practicado por nosotros llegamos a la conclusión que la Cruz Roja reunía las mejores características para cumplir las posibilidades por nosotros ideadas.

Después de haber hecho el estudio analítico que más arriba esbozamos nos dedicamos a organizar un programa de trabajo para conseguir la colaboración de la Cruz Roja en la Unidad Cerro Barón. Las actividades desplegadas para cumplir dicho programa en forma esquemática, fueron las siguientes:

1.—Provocamos reuniones con la directiva regional permanente y asambleas de todos los elementos constituyentes de la Cruz Roja de Valparaíso, a fin de vender nuestras ideas e interesarlos en las nuevas responsabilidades que les presentamos.

2.—De acuerdo con las directivas de Cruz Roja organizamos a continuación un curso de preparación y capacitación de las enfermeras de Cruz Roja que iban a interesarse en nuestro trabajo.

Este curso no fué un curso formal de Salud Pública, sino un curso de sensibilización y orientación que las capacitaría para no sólo conocer la Unidad y sus programas, sino para cumplir técnicamente el papel que a ellas se les encomendaría.

El resultado del curso nos satisfizo, ya que pudimos comprobar la capacidad y la comprensión que estas enfermeras tenían. Ello se debe indiscutiblemente a la preparación médica a que la institución las somete.

3.—Realizado el curso organizamos el programa de trabajo a que serían sometidas. Este programa no lo detallaremos, pero sí podemos decir que no ha significado nuevas prestaciones que la Unidad ofrecería a la comunidad, sino que una ampliación de los servicios existentes a una área mayor de la población. Este programa consta de dos partes, de acuerdo con las posibilidades técnicas de rendimiento de las enfermeras de Cruz Roja. Es así como el "Programa A" iría a satisfacer las necesidades de la Unidad en el terreno y el "Programa B" las que ella tiene en la Clínica.

Debemos advertir que la Cruz Roja, por estar formada de personas voluntarias no está en condiciones de trabajar full-time en el programa que hemos esbozado. De aquí que nosotros hayamos tenido que adaptar el programa al número de horas que libre y espontáneamente cada Cruz Roja ha ofrecido.

No sabemos que este esfuerzo nuestro vaya a tener éxito, pero sí podemos afirmar que en los tres meses que se está desarrollando no han habido tropiezos ni dificultades insalvables. Abrigamos sí la esperanza que en una ocasión posterior podamos exhibir resultados claros y concretos de este ensayo.

\*  
\*   \*  
\*

(Resumen de Secretaría)

Dos objetivos independientes debe proponerse la Unidad Sanitaria y a ellos sacrificaremos las demás.

1º) Servir los verdaderos problemas de la salud y de la población que atiende y controla.

2º) Dejar, como resultado, un nivel de educación sanitaria que incorpore la voluntad de los individuos y grupos a su programa.

En ese entendido, resalta el que aquí tenemos un niño librado de la muerte, pero física e intelectual y emocionalmente rebajado que ha de ser más tarde adulto inadaptado o menor valente.

No creemos que se sirva los verdaderos problemas de salud de la población extendiendo programas materno-infantiles para disminuir la mortalidad infantil, sino que debemos, también, entregarlos capaces, inteligentes y sociables a la escuela que los hará útiles y productivos.

Esto, es claro, requiere de una vasta educación sanitaria apta para ser aprovechada. No basta con multiplicar los contactos de la enfermera y aproximar la terapéutica al individuo si no se ofrece una buena calidad de trabajo.

Durante un tiempo hemos estado viendo llegar en gran número los niños con trastornos nutritivos estivales y bronconeumonías en invierno como si no existiese educación para prevenirlas, y con el consiguiente derrotismo del personal.

Revisar nuestros programas, excesivamente extensos, de educación sanitaria, reduciéndolos al mínimo útil y adaptándolos a las condiciones ambientales nuestras, es indispensable para prevenir "el fracaso" de la enfermería.

Al programar la realización del trabajo debe tenerse presente, antes que la capacidad máxima de trabajo, la capacidad real de rendimiento del personal. Establecer a priori el número de visitas o de contactos que deben realizarse para cumplir un plan, es no considerar la realidad práctica, que:

1º) No puede desconocerse la fatiga física y mental y su influencia en los rendimientos.

2º) Si se da preferencia a una actividad, a costa de otras, se perjudica el plan general.

A menudo se olvida la adecuada proporción de visitas y programas a enseñar, con el resto de las actividades del servicio.

Una tercera causa de menor rendimiento es el "trabajo de grupo", tan "a la moda" hoy día, cuando no está debidamente cimentado en un serio trabajo familiar adecuado a nuestras limitaciones socio-económicas. En saneamiento iniciamos la labor casa por casa, sector por sector. Después los vecinos se agruparon en su Comité y obtuvimos una elevada cooperación. Sólo excepcionalmente tuvimos que aplicar multas.

En este trabajo la acción familiar no da grandes números, pero su rendimiento real es mayor.

De acuerdo con estos fundamentos la U. S. de San Miguel se ha propuesto, a partir de mayo de 1950, modificar sus programas de educación sanitaria familiar relacionándolos a tres puntos fundamentales:

a) Higiene personal y ambiental.

b) Prevención de enfermedades.

c) Alimentación.

La reducción del "programa básico" permitirá mantener el número de las visitas consideradas necesarias, con probable disminución del tiempo invertido.

Posteriormente se podrá afrontar nuevas responsabilidades; coordinación con S. O. O.; extensión del programa materno-infantil y TBC.; Unidad Sanitaria de Cisterna.

\*

\* \*

Quinto Relato: — Dr. Gustavo Molina (U. S. Quinta Normal)

*(Resumen de Secretaría)*

Teóricamente, medición de rendimientos implica: información sobre problemas y recursos de una localidad; análisis de las prioridades a base de criterios que conduzcan a concentrar esfuerzos en los programas más productivos; definición de los objetivos que se espera alcanzar; elección de técnicas para cumplir estos objetivos; valoración de los resultados.

Cuando se organizó la Unidad Sanitaria Quinta Normal, en 1942, sus objetivos se definieron en forma muy vaga: elevar el nivel general de higiene; reducir la mortalidad infantil y bajar la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas.

Las técnicas propuestas para lograr estos objetivos fueron: saneamiento; enfermería sanitaria; clínicas preventivo-asistenciales materno-infantiles; control de casos de enfermedades transmisibles, inmunizaciones, y educación sanitaria.

*Rendimiento.*—La Unidad Sanitaria no ha logrado bajar la mortalidad infantil en la comuna, aunque si hubo una fuerte reducción en el grupo de individuos controlados. No se ha logrado influenciar tifoidea; coqueluche se redujo en aquellos sitios en que se alcanzaron niveles útiles de inmunización. Tuberculosis se ha reducido en un 50% en 5 años, aunque ha coincidido con un descenso de la mortalidad en el país. Incapaces de quebrar índices con técnicas preventivas clásicas de alto rendimiento en países y localidades de distinta condición económico-social, estamos desarrollando técnicas de emergencia que, en esencia, consisten en dar la mayor participación activa posible a los propios grupos interesados, y desarrollando en los miembros del equipo la responsabilidad en cuanto a la obtención de objetivos bien precisos.

En conclusión, las Unidades Sanitarias están en la obligación ineludible de dar la preocupación necesaria a una definición clara de sus objetivos, no sólo en término de los problemas, sino también del grado en que están cumpliendo las normas que se han fijado y en término (de eficacia) de las técnicas y procedimientos en uso. Lo necesitan para reajustar programas y enriquecer sus técnicas; está en la esencia de las organizaciones de salubridad adaptarse a las nuevas situaciones que el análisis de su trabajo descubre. Nadie tiene derecho a sorpren-

derse de la introducción de ningún nuevo elemento en nuestros programas, que son globales y enteramente elásticos.

\*  
\* \* \*

Sexto Relato: --- **Dr. Rodolfo Sepúlveda** (U. S. de Antofagasta)

*(Resumen de Secretaria)*

Estimamos que la Unidad Sanitaria tiene por principal objeto abocarse al estudio y conocimiento de la situación de salud de una colectividad determinada para tratar de solucionarla con criterio técnico y sentido de previsión.

Sin excepción le atañen las mortalidades infantil, general, por TBC, la morbilidad, venérea e infecciosas. El saneamiento, la higiene de la vivienda y su situación geográfica; les son propias de igual modo como los servicios preventivos y curativos preexistentes, la cultura sanitaria de la población, la proyección en los grupos rural-agrícola e industrial-minero.

De igual modo le preocupan el salario medio, la relación trabajo-cesantía, la constitución familiar, el trabajo femenino, etc. Estos factores particulares se expresan en los índices de la salud general e individual.

Es tarea de la Unidad el mejoramiento de los índices negativos.

La coordinación de los diversos servicios asistenciales es indispensable, basada en la mutua comprensión de las ventajas; de local, equipo, y enfermeras sanitarias.

Los servicios indicados de las F. F. A. A. son menos susceptibles de coordinarse.

La coordinación permite unificar los cuidados médicos, avaluar los fenómenos pertinentes y contabilizar las actuaciones; y racionalizar los planes de inmunización.

El saneamiento, la vivienda, la Educación Sanitaria, el Control de Alimentos deben abordarse paulatinamente, a medida de la organización de un Departamento de Inspectores Sanitarios y de la coordinación con los organismos encargados de construir casas.

La coordinación con Sanidad Municipal es más posible, pero no debe herirse la individualidad característica, de las Corporaciones Municipales.

El rendimiento de la Unidad Sanitaria debe medirse por los índices reconocidos siendo los más importantes: Mortalidad Infantil, general y por TBC.

La influencia depende de la proporción que es el grupo controlado, en el total de la población y de la magnitud del programa en ejercicio. Por ejemplo: Antofagasta necesita 10 enfermeras sanitarias de sector. Nunca ha alcanzado esta cifra. Durante un año sólo contó con 2.

Es necesario si considerar el juego de otras variables. En nuestro caso el saneamiento de la vivienda ha desmejorado al igual que el salario medio por habitante; (consecuencia de la desocupación); y el abasto de alimentos.

En 1949 teníamos bajo control al 64,22% de los 3.500 lactantes y el 19,4% de los preescolares de nuestra población, o sea el 38% de los menores de 6 años, mientras el control de embarazadas alcanzó a alrededor del 47% de los nacidos.

Con respecto al grupo controlado en Tuberculosis, fallecieron 136 en 1949. Calculando 7 casos activos por cada fallecido, tendremos 952,9. Al 31 de Octubre del presente año los tuberculosos registrados en Clínica, cuentan 420, o sea el 44,22%. Otra vez nuestro grupo controlado se acerca a la mitad. Parece contradecir este resultado el hecho curioso que se apunta en la memoria del Dr. Nazar: "Sólo el 22,8% de los muertos por tuberculosis en 1949 se encontraban registrados en la Unidad Sanitaria". Analizándolo, no parece tan paradójal si consideramos que la Clínica de Tuberculosis empezó a funcionar justamente en el mes de Septiembre de 1948.

El estudio de las tasas de mortalidad general e infantil en los últimos años, muestra las cifras más bajas para 1948 mientras que la cifra menor de mortalidad por TBC corresponde a 1946, antes de la Unidad Sanitaria.

\*  
\*   \*   \*

*El Presidente* agradece los interesantes relatos leídos y ofrece la palabra.

## D I S C U S I O N

*Dr. Cruzat:* No se ha mencionado a los profesores primarios.

*Dr. Torga:* señala que en varias Unidades Sanitarias hay un programa establecido de Higiene Escolar.

*Dr. Viel:* Pregunta al Dr. Molina en qué basa su plan de visitas a P. N. y R. Nacidos; menciona el estudio de Cabello mostrando la gran influencia de la acción de la Unidad sobre M. Infantil, cuando se hacían 10 veces más visitas que hoy; que la curva dejó de bajar, cuando se impusieron nuevas pautas para empezar el trabajo de Tuberculosis.

*Dr. F. Mardones:* una limitante importante está en la disponibilidad de leche en las Unidades Sanitarias; puede decirse que sólo sobreviven aquellos lactantes que logran adaptarse a un aporte mínimo de proteína, apenas suficiente para mantener su vida.

El trabajo de Riquelme y Guerra demuestra que en un lapso relativamente corto se ha logrado triplicar la producción lechera del país. Debemos aprovechar este aporte para mejorar la ingestión de leche, ya que ello es un factor básico para disminuir la mortalidad infantil. Por otra parte, la experiencia de San Miguel demuestra que es muy útil dar leche a las embarazadas, no sólo para el niño sino también para obtener un buen parto.

*Dr. Grossi:* Aplauda la honradez de los relatos. En la evolución de las Unidades, ve la enorme posibilidad de organizar a la comunidad para resolver el problema socio-sanitario.

*Dr. Ribbeck:* es interesante la ponencia de Torga acerca de los "grupos educables". El hecho de seleccionar a las personas suscepti-

bles de educarse es útil, en el sentido de que se debe insistir en esos grupos, para formar pequeños núcleos de colaboración activa. Tratar de educar a grandes grupos, es seguramente tiempo perdido; en cambio estos pequeños grupos susceptibles pueden ser la semilla más útil para el porvenir.

*Dr. Schweitzer:* cree que tal vez sería conveniente que alguno de los relatores hiciera una síntesis del tema, planteado; la idea de discutirlo nació de una sesión de la Sociedad en que causó sensación la expresión de alguno hablando de "fracaso" de las Unidades Sanitarias. Quisiera que alguien resumiera los objetivos cómo fueron y cómo son hoy.

Enumera los propósitos originales de las Unidades Sanitarias y expresa que ellas están en la obligación de definir, claramente sus objetivos. Lo hasta ahora oído, ¿quiere decir que las Unidades Sanitarias nacieron sin objetivos claros? ¿quiere decir que sólo ahora se pueden definir más claramente? Pide que los relatores le aclaren estos puntos y expresa que las Unidades Sanitarias no constituyen un invento ni una cosa nueva; lo único que hay es una técnica distinta: tratar de abordar los problemas de la salud con gente que se dedique exclusivamente a ellos.

*Dr. Molina:* para nosotros, las Unidades Sanitarias en Chile importan un progreso extraordinario, porque: 1) introdujeron el trabajo a tiempo completo por sistema y en la realidad, no en el papel. A este respecto alegamos el patrocinio de una realización, no de una concepción. 2) Utilizaron un criterio preventivo en vez del curativo puro hasta entonces predominante. 3) Lograron interesar a la comunidad en la ejecución de sus programas, y han conseguido en ello el mayor éxito. 4) Lograron introducir la idea de que la salubridad es una especialización.

Es verdad que nos hemos demorado 7 años en concretar objetivos; pero quién nos puede criticar en este país en que, por muchísimos años, los organismos que tienen relación con la salud nos han enseñado a trabajar sin objetivos de ninguna clase.

Por último, debemos recordar, que el público clama por más Unidades Sanitarias y eso es una demostración de que las existentes están cumpliendo una labor útil.

*Dr. Cruzat:* En 1939 se ensayó el médico full-time en el Hospital de Valdivia; fracasó por fallas del Hospital; en Santiago se está realizando por las Unidades que sólo son el volcamiento del hospital hacia afuera. A ellas les falta el hospital, que es la base de la acción de salubridad.

*Señor Salinas:* recuerda que antes el problema buscaba al Servicio, mientras que ahora es el servicio el que busca el problema.

*Dr. Pereda:* repite los argumentos dados por él en la Sociedad meses atrás, frente al fracaso en el cumplimiento de ciertos objetivos (mortalidad infantil, mortalidad por infecto-contagiosas) y frente a la no medición de la aplicación de ciertas técnicas por insuficiencia de cobertura de algunos problemas; pero recuerda que lo que él trajo a la Sociedad fué fundamentalmente un cambio de posición, en el sentido de incluir en la labor de la Unidad Sanitaria, la atención curativa precoz de un grupo de población.

Expresa que ninguno de los relatores ha podido desarrollar el tema propuesto; a lo más han pretendido definir, diciendo que las Unidades Sanitarias propenden a conservar el estado de sa-

lud de la comunidad; cree que debieron haberse definido las causas que alteran ese estado de salud, lo que habría permitido estudiar los rendimientos efectivos de las técnicas propuestas. Es por ello que no se puede hacer una síntesis de los trabajos presentados.

Esta tarde se ha abundado en una técnica, la Educación Sanitaria; pero no se ha precisado sobre qué problemas va a actuar; mientras no hayamos definido cuáles son los problemas, es poco lo que podemos sobre esta *técnica*, que no tiene nada que ver con los *objetivos* de una Unidad Sanitaria.

Uno de los relatores ha insistido en que no se puede medir rendimiento en plazos tan cortos; sin embargo, debe recordar que además de la patología basal o residual, inherente a todo ser vivo, sobre la que no podemos influir, existe una *patología adicional* sobre la que podemos influir con técnicas adecuadas.

Por ejemplo, en mortalidad infantil sabemos de qué está compuesta ésta patología adicional y conocemos las técnicas para modificarla, entre las que cita las inmunizaciones, el saneamiento ambiental y la atención médico curativa precoz y oportuna.

Se ha afirmado por varios relatores que los trabajos en Salud Pública no pueden ser medidos y cree que eso es un error, puesto que existen los métodos para hacerlo. Afirma que no se puede asumir esta actitud negativa y reconoce que lo difícil, es decir, que nuestras actividades han causado resultados favorables.

Expresa que se pueden medir las razones para el fracaso en el cumplimiento de objetivos.

Cree que debemos tener ideas claras acerca de qué queremos, cómo realizarlo y cómo medirlo.

*Dr. Schweitzer:* quiere librarse de la sospecha de haber dicho que las Unidades Sanitarias han fracasado; más aún, es ferviente partidario del método de trabajo de las Unidades. Cree que los objetivos están mejor definidos hoy como tal vez no lo estuvieron antes.

*Dr. Duarte:* observa, en base a su experiencia como médico pediatra, que la distrofia es la gran causa de mortalidad en menores de 1 año; el déficit del estado nutritivo es un peligro permanente y una base para cualquier infección, con término mortal. Hablar de distrofia en el lactante equivale a hablar de mortalidad infantil.

Por ello hay que movilizar en primer lugar la dación de leche y en segundo lugar la acción asistencial sobre el grupo familiar, con el objeto de mejorar el standard de la familia, para que llegue a un nivel mínimo de capacidad adquisitiva, que sirva de base a la alimentación del niño.

Cree que es indispensable rodear, el aspecto médico (leche) de una acción asistencial y pregunta si este aspecto ha sido considerado en las Unidades Sanitarias.

*Dr. Cantuarias:* Se felicita de haber involuntariamente expresado que las Unidades Sanitarias han fracasado, porque parece haber provocado estas brillantes jornadas.

En aquel momento se refirió al fracaso de las Unidades en la lucha contra la mortalidad infantil. Como pediatra responsable de Casa de Socorros de Puente Alto, pensó que para bajar la mortalidad infantil era indispensable también tener facilidades asistenciales inmediatas, junto a las preventivas.

En Puente Alto, tiene esos recursos y ha producido una baja importante.

*Dr. Molina:* responde a Viel que las pautas de atención son arbitrarias, adoptadas simplemente como hipótesis de trabajo y expresa que en Quinta Normal nunca se han hecho 10 veces más visitas que ahora.

*Dr. Viel:* interrumpe para decir que el trabajo de Cabello demuestra que antes de 1946, hubo una reducción estadística clara en la mortalidad infantil de Quinta Normal, mientras que ahora no la hay (tesis de Fanny-Rozenwauig); cree que los relatores debieron dar los requerimientos mínimos, para tener éxito en el trabajo propuesto.

*Dr. Molina:* sostiene que el material original de que dispone no permite al Dr. Viel ninguna de las conclusiones que ha citado.

*Señor Cabello:* se refiere a su trabajo, que abarcó los 3 primeros años de Quinta Normal y que estudiaba las tasas de los controlados versus los no controlados. No se establecieron diferencias en relación con el número de visitas: las tasas de mortalidad infantil de la comuna no fueron influenciadas, debido a la relativamente escasa proporción de controlados. De ahí que posteriormente se pensara en establecer un equilibrio entre la cantidad y la calidad de trabajo.

*Dr. Alvarado:* contesta la pregunta del Dr. Cruzat sobre la participación de los profesores en el programa, diciendo que ellos han tenido una intervención activa e importante en San Miguel y que no lo mencionó sólo por no prolongar su relato.

Insiste en que en Chile los rendimientos son sólo parcialmente mensurables.

Se refiere a lo expresado por el Dr. Cantuarias y dice que en Puente Alto han intervenido otros factores en la modificación favorable de la mortalidad infantil; hay allí un 80% de población obrera, toda ella influenciada por el Seguro Obrero y no por la Casa de Socorro. Contestando al Dr. Duarte expresa que está de acuerdo en que el factor que más pesa en mortalidad infantil es la desnutrición y es por eso que en San Miguel se hace dación de leche. Pero hay también otros factores, tal vez no mensurables con índices vitales; se ha demostrado que el trabajo de la Unidad Sanitaria (Educación Sanitaria) ha logrado disminuir la frecuencia de las dispepsias y enterocolitis, en comparación con niños controlados por médicos, pero no por enfermera sanitaria.

Los años de experiencia nos han enseñado a ser más modestos en nuestras expectativas y conceptos; hemos visto que a veces ni siquiera es posible comparar resultados de una Unidad Sanitaria con los de otra, porque hay factores no mensurables, que pueden influir en una y no en otra.

Se levanta la Sesión a las 21 horas.