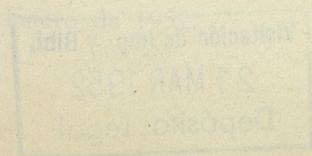


10 (448-31) p2

Actas de las Primeras Jornadas Chilenas de Salubridad

Organizadas por
La Sociedad Chilena de
Salubridad y Medicina Pública
Santiago - Chile



Actas de las Primeras Jornadas Chilenas de Salubridad

DEJAR TAPAS

10(448-31)

p2

Organizadas por
La Sociedad Chilena de
Salubridad y Medicina Pública
Santiago - Chile

SEGUNDAS JORNADAS DE SALUBRIDAD

JULIO DE 1952

Temario provisorio

I.—**Saneamiento Rural y Urbano.**

II.—Organización e integración de los servicios de Salubridad.

a) Reconocimiento de la carrera de salud pública.

b) Remuneración adecuada y dedicación exclusiva a la carrera de salud pública.

c) Integración de la asistencia médica y la acción sanitaria. — Servicio Nacional de Salud.

III.—Progresos alcanzados en el tratamiento o prevención de enfermedades y en la promoción de la salud.

IV.—Preparación del personal.

a) Médicos: Formación básica; Preparación especializada.

b) Ingenieros: Formación básica; Preparación especializada.

c) Otros funcionarios.

NOTA.—La inscripción de relatos está abierta hasta el 15 de mayo. Se han subrayado los temas oficiales fijados por la Oficina Sanitaria Panamericana para el Primer Congreso Interamericano de Higiene de La Habana.

Patrocinan:

Ministerio de Salubridad y organismos dependientes.

Escuela de Salubridad.

Colegio Médico de Chile.

El éxito de las JORNADAS y de la Sociedad depende del interés y fervor de cada socio. Participe activamente en ellas, póngase en contacto con las Comisiones de trabajo a cargo de los socios: Horacio Lira, Abraham Schweitzer, Jorge Román, Hugo Behm, Guillermo Adria-sola, Hernán Romero, Yolanda Ortíz, Elena Varas y René Sotomayor.

Para cualquier dato:

Soc. Chilena de Salubridad y Medicina Pública

Teléfono 490021 — Anexo 62 — Correo 9 — Santiago

JORNADAS DE SALUBRIDAD

Ante la proximidad de las "SEGUNDAS JORNADAS CHILENAS DE SALUBRIDAD", que se celebrarán en Julio del presente año, se ha considerado conveniente dar a la publicidad, en tiraje reducido y para los técnicos interesados, el desarrollo textual de las "Primeras Jornadas Chilenas de Salubridad" realizadas durante los días 16 y 17 de Noviembre de 1950.

La Sociedad Chilena de Salubridad y Medicina Pública es una agrupación científica en que médicos, ingenieros, enfermeras, estadísticos, inspectores de saneamiento, etc., se han organizado para estudiar y debatir los problemas de la salud en sus diversos aspectos con un doble propósito: dar a sus miembros el más amplio conocimiento de ellos; y proporcionar antecedentes para planes y soluciones destinadas a promover el mejoramiento de la salud de la nación.

Fundada a fines de 1946, empezó a sesionar regularmente en Abril de 1947, y en 1950, el Directorio consideró que había alcanzado suficiente madurez para convocar a sus socios y otras personas interesadas, a reuniones amplias para discutir los siguientes temas: a) Situación actual y perspectivas del problema de la leche; b) análisis crítico de la atención médica en Chile; c) situación actual y perspectivas del saneamiento en Chile; d) desarrollo y perspectivas de la enfermería sanitaria en Chile; y e) objetivos y rendimiento de las unidades sanitarias.

Los socios, con gran diligencia, prepararon los diversos relatos que se insertan en este texto, algunos en la forma total en que fueron expuestos, otros resumidos, tratando de conservar la autenticidad originaria.

El Directorio organizador de las Primeras Jornadas de 1950 estaba compuesto por: presidente, Dr. Eduardo Dussert; vicepresidente, Dr. Gustavo Molina; secretario, Dr. Hugo Behm; tesorero, Dr. John Janney; directores: Dr. Jorge Román; estadístico, Sr. Jerjes Vildósola; enfermera, Srta. Victoria Salinas.

Ellas marcan una etapa superada, en pensamiento y realizaciones colectivas, que la Sociedad tiene a orgullo haber impulsado.

Las Segundas Jornadas, prometen ser un nuevo y valioso aporte al progreso de la salud pública y al desarrollo de esta especialidad, ya firmemente establecida en el ambiente nacional. Así lo garantizan el interés de los socios y el patrocinio de las más altas entidades chilenas y de algunas internacionales; tanto como la adhesión de variadas instituciones y sociedades científicas, docentes y profesionales, de los más amplios círculos que participan en la salubridad.

El Directorio actual, responsable de las próximas Jornadas, lo forman: presidente, Dr. Gustavo Molina; vicepresidente, Dr. Jorge Román; secretario, Dr. Guillermo Adriazola; tesorero, Dr. Bogoslav Juricić; directores: Dr. Pedro Araya, ingeniero Sr. Horario Lira; enfermera, Sra. Ana Pino.

Santiago. 24 de Enero de 1952.

de pueblos que tienen entre 500 y 200 habitantes y en alcantarillado desde los pueblos de 2.000 a 5.000 habitantes y si aceptamos que los porcentajes de la población abastecida y servida deberán aumentar a 87% y 84% respectivamente. Para el año 1960 encontramos que tendremos que construir obras de agua potable para 1.400.000 personas más y alcantarillado para otras 1.600.000 personas.

Las inversiones anuales serán:

- | | |
|-------------------------------------|------------------|
| 1) En obras de agua potable | \$ 210.000.000.— |
| 2) En obras de alcantarillado | 160.000.000.— |

Estas sumas serán superiores en los años venideros ya que los costos seguramente serán más altos.

Si a esto agregamos la planta de tratamiento de aguas servidas de Santiago, el abovedamiento del zanjón de la Aguada y demás obras de desagües de aguas lluvias, cuyo valor en conjunto asciende a 700 millones de pesos, en diez años, tenemos que la inversión anual en obras de ingeniería sanitaria, debe ser en un plan de diez años del orden de los \$ 500.000.000 anuales.

El Presidente: Agradece al señor Aguirre su interesante contribución y anuncia que el Segundo Tema de la Sesión se refiere a "Desarrollo y Perspectivas de la Enfermería Sanitaria en Chile". Hay inscritos cuatro Relatos, que serán discutidos en conjunto. Ofrece la palabra a la señorita María Godoy, Enfermera Jefe de la Unidad Sanitaria "Quinta Normal", para que dé lectura a su Relato.

*
* *
*

DESARROLLO Y PERSPECTIVAS DE LA ENFERMERIA SANITARIA EN CHILE

Primer Relato: — Enfs., María Godoy, Yolanda Ortiz y Nora
Fardella (U. S. Quinta Normal)

(Resumen de Secretaría)

El propósito de este relato es presentar la evolución experimentada por la Filosofía y las prácticas del trabajo de Enfermería Sanitaria en Quinta Normal, como base a la discusión de sus futuros desarrollos en nuestra Unidad y en otros campos.

De acuerdo a la forma en que se ha ido desarrollando el trabajo, Enfermería Sanitaria en Quinta Normal, reconoce tres fases bien definidas en su desarrollo:

1º.—*El período de las técnicas.*

Como iniciación del trabajo se dió amplio empuje al cumplimiento estricto de técnicas y procedimientos de alta calidad para todo el grupo familiar que, lógicamente suponía la dedicación de gran tiempo a cada visita y un limitado número de familias bajo control, con todas sus exigencias en el uso del maletín, los horarios, los uniformes, etc.

Mirado en perspectiva, este período de adquisición de técnicas tiene una marcada importancia; basta considerar que por esos años la Escuela de Enfermeras no enseñaba técnicas ni procedimientos de trabajo para su aplicación en el campo de la Salud Pública.

2º Período.—*Fase de revisión y ajuste de objetivos.*

A partir de 1948 y a base de conceptos más claros de Salubridad, empieza el lento proceso, no siempre sencillo, de lograr una definición más clara de nuestros objetivos, y comienza a introducirse en cada enfermera el concepto de su responsabilidad por cubrir una proporción mínima de los problemas más importantes de su sector. Una vez más aparece la necesidad de dar mejor orientación en Estadística y Administración Sanitaria en las Escuelas de Enfermería.

Simultáneamente, empezamos a vivir el *trabajo de equipo*, en el que las Enfermeras no sólo trataron de coordinar su labor con médicos, inspectores sanitarios y demás personal, sino que tomaron parte activa en las discusiones y decisiones de todos los problemas particulares y generales de la Unidad.

El análisis de nuestro rendimiento demostró ya en 1948, que con las normas de rutina existentes, no podíamos cumplir nuestros objetivos. Fruto de este análisis fué un reajuste de la organización, destinado a liberar el mayor tiempo posible de las enfermeras para dedicarlo a sus funciones específicas de supervisión educativa en el hogar, concentrada en los rubros principales.

Sin embargo, pese al gran aumento de volumen dado al trabajo, no lográbamos cumplir nuestros objetivos. Como una hipótesis, queríamos establecer si, en las condiciones de miseria de Quinta Normal, el control del 40% de las embarazadas y del 50% de los recién nacidos, con 3 y 2 visitas respectivamente, bajarían los índices generales de mortalidad infantil en la comuna; si una visita al mes de todo tuberculoso moderadamente avanzado, podría bajar el riesgo de infección y morbilidad en los contactos tuberculosos; si vacunar el 40% de los niños entre los 4 y 6 años de edad, evitaría las epidemias periódicas de coqueluche, etc. Y, con excepciones, no lo hemos logrado, como se aprecia en el cuadro 1.

Con el esfuerzo realizado para acercarnos al cumplimiento de nuestros objetivos, estamos iniciando una tercera etapa.

3.er Período.—*Participación de la Comunidad.*

Y comienza así, un nuevo período en el cual nuestro programa se afirma en la participación de la comunidad, en el cual perseguimos que el mismo público reconozca y asuma cierta responsabilidad en el logro de los objetivos que nos hemos propuesto. Numerosas enfermeras de sector están desarrollando un programa que, en esencia, se propone

descubrir, estimular y orientar a aquellos habitantes de su sector que gozan de ascendente natural en su medio y sienten interés por los problemas de los demás. Son los reservorios naturales de todo progreso humano que tratamos de movilizar al servicio de nuestros propios objetivos: hoy, completar la proporción de vacunados, embarazadas o recién nacidos que desean controlarse; en otros sitios, alimentar postas de morbilidad de lactantes; mañana, aumentar la extensión de redes de agua o respaldar la campaña de detetización; en todas partes y siempre, entrenar a un habitante en cada manzana, si es posible, en la práctica de las normas de higiene, que es la esencia de nuestro trabajo y en promover una conciencia hacia una vida mejor.

La incorporación de estas nuevas técnicas a nuestra labor de rutina significa adaptarse a las condiciones de emergencia que vive todavía el país en materia de Salubridad y Enfermería. Ello no aminora, sino por el contrario exalta la necesidad de forzar el ritmo actual de la preparación de nuevas enfermeras. Pensamos que es económico invertir dinero en ampliar la capacidad de las Escuelas de Enfermería y en crear otras nuevas.

Ha sido uno de nuestros propósitos al presentar este relato, contribuir a la tarea de estar siempre atentas a los cambios habidos en el campo práctico para su debida aplicación en el plan de enseñanza.

Tabla 1. — Medición del rendimiento del trabajo de Enfermería. Unidad Sanitaria Quinta Normal, 1949:

SERVICIO	Casos controlados promedio mensual	% de la población		Total visitas en el año	Visitas por caso controlado	
		Propuesto	Realizado		Realizado	Propuesto
Embarazadas	750	40%	26.7 (1)	2.059	2.7	3
Puérperas	74	50%	22.8	1.441	1.6	2 (2)
Recién nacidos	77	50%	23.7	880	0.9	2 (2)
Lactantes	2.776	—	44.7	6.059	2.2	—
Preescolares	3.992	—	41.6	4.585	1.2	—
Tuberculosos	2.027	40%	38.9 (3)	3.941	1.9	5

(1) Se estima existen 2.809 embarazadas en cada mes (8.75 de los nacidos en el año.

12)

(2) Por caso y por mes.

(3) Se calcula existen 5.200 tuberculosos en la comuna.

Segundo Relato. — Enf. María Reyes R., Teresa Orellana M., Marta Duarte O., Mercedes Valle G., Teresa Flores M., Irma Müller F., Marina Urbina V., Ester Arriagada S., Raquel González P., Teresa Oyarzún P., María Mardini W. y Lidia Jáuregui P. (U. S. San Miguel)

(Resumen de Secretaría)

En la Unidad Sanitaria San Miguel, Enfermería Sanitaria cumple cinco años de trabajo organizado. Cinco años de experiencia que nos imponen el deber de hacer un análisis de nuestro trabajo.

Nuestro punto de vista es analizar lo que hemos hecho y cómo lo hemos hecho y si la educación realizada ha sido capaz de modificar hábitos y tendencias higiénicas, y qué perspectivas debemos fijar para el futuro.

En primer lugar hemos estudiado 2.000 fichas tomadas al azar, cuyo resultado en el primer análisis nos ha revelado:

- 1°. — Deficiente anotación en las fichas; falta de conclusiones o epícrisis en las fichas terminadas.
- 2°. — Cambio de modelos de ficha que impiden standard de trabajo prolongado.
- 3°. — Tiempo perdido en visitas largas o exceso de visitas a un mismo caso.
- 4°. — Que la morbilidad se mantiene siempre alta.

Fuera del estudio cuidadoso de las fichas hemos observado:

1°. — Que las enseñanzas dadas se pierden en gran parte al cabo de poco tiempo, por falta de asimilación de los individuos; de manera que el nuevo embarazo y nuevo lactante obliga a repetir las mismas instrucciones.

2°. — Que las condiciones ambientales adversas impiden obtener efectividad del programa.

3°. — Dificultad de la enfermera para cumplir los programas de enseñanza, por exceso de población controlada y escasez de enfermeras.

4°. — Dificultad para medir el resultado de la labor de Enfermería Sanitaria.

5°. — Labores poco productivas (Escuelas, Clínicas, Oficinas, Trámites, etc.), que quitan el tiempo a visitas al hogar.

Expuestos los puntos desfavorables al trabajo de Enfermería, queremos también considerar los factores favorables observados a través de los años de trabajo:

a) Ambiente de mutua comprensión entre Dirección y Enfermería por la amplia discusión de los programas, planes y términos de trabajo.

b) La determinación final de los programas y planes por la Dirección de la Unidad, permiten a la enfermera preocuparse sólo de la aplicación de la técnica de Enfermería para su cumplimiento.

c) El ambiente de disciplina, camaradería, que eleva el estado psicológico favorable a la realización del trabajo.

d) La competencia técnica de la enfermera, mantenida y superada por el permanente trabajo de seminarios, reuniones y facilidades para asistir a sesiones de perfeccionamiento.

e) La colaboración y comprensión hospitalaria que hace posible una mejor atención a la comunidad.

f) La cooperación de las Escuelas Primarias y Club de Madres que permiten a la enfermera ampliar su radio de acción.

g) La coordinación interna de las actividades de las diferentes secciones de la Unidad y que hace posible una acción efectiva, por conocimiento de todos los problemas.

h) La comprensión de la mayoría del público, que, pese a los múltiples problemas que los afecta, dan a la enfermera amplia acogida en los hogares y escuchan con interés las enseñanzas.

i) La satisfacción de comprobar que gracias a la educación sanitaria, los lactantes no repitan la enfermedad.

j) La estabilidad de las enfermeras en sus cargos.

Expuestos los factores desfavorables y favorables queremos aclarar algunos para mejor comprensión del trabajo.

1°. — Mantenimiento de la morbilidad. La Educación Sanitaria no ha logrado influir suficientemente en la disminución de la enfermedad evitable, sin embargo, ha demostrado evitar la repetición de esta enfermedad en un mes de vida. Esto fué demostrado en un estudio hecho en la Unidad Sanitaria de San Miguel y Consultorio N° 9 del Seguro Obligatorio, como tesis de grado de una enfermera sanitaria.

2°. — La deficiente anotación en las fichas impide obtener orientaciones y conclusiones del trabajo, con el objeto de mejorar su calidad para ofrecer una mejor atención al público.

3°. — La enfermera pierde el tiempo en labores poco productivas que, aparentemente, parecen importantes, pero de las que no se obtienen resultados que cumplan con la finalidad de nuestro trabajo.

4°. — AMBIENTE. — Chile, por el mismo hecho de ser un país de organización económica débil y atrasada, no ha alcanzado aún el nivel cultural que tienen otros países más desarrollados. Por esta razón, el trabajo de la enfermera se desenvuelve en un ambiente de bajo nivel higiénico, saturado de problemas de todo orden, como desnutrición, alcoholismo, hacinamiento, analfabetismo, irresponsabilidad de jefes de familia, etc. Todos éstos y muchos otros factores negativos impiden que las enseñanzas sean fácilmente asimiladas y practicadas. En consecuencia, los resultados sólo se podrán apreciar a muy largo plazo.

5°. — Las dificultades y la falta de sistema apropiado para medir el resultado del trabajo de Enfermería, hace que éste sólo se pueda apreciar a través de los resultados generales de la Unidad.

6°. — A la enfermera se le ha dado una responsabilidad de control sobre una población de cinco mil habitantes y además, se le ha fijado porcentajes de atención. Esto conduce a una desorientación y dispersión de los esfuerzos.

7°. — La enfermera estimulada a aumentar el número de visitas es obligada a desatender la calidad del trabajo.

8°. — La enfermera tiene la tendencia de desarrollar el programa correspondiente a la visita señalada, concediendo poca importancia a la actitud psicológica y capacidad mental del individuo y no ajusta la cantidad de enseñanza a estos factores para obtener una visita útil en un tiempo mínimo.

Conclusiones:

1º. — El programa de enseñanza debe estar estrechamente relacionado.

- a) Con el plan de trabajo;
- b) Con la posibilidad de su realización, y
- c) Con su adaptación al ambiente.

2º. — La enfermera debe transformar el derrotismo individual, en actitud favorable a una vida higiénica, como iniciación de su programa de enseñanza en el hogar.

3º. — Ajustar los programas de enseñanza, de acuerdo a las necesidades más urgentes de la población, enseñando, en primer lugar, alimentación, de acuerdo a las posibilidades económicas del hogar, higiene personal y ambiental, y, por último, prevención de enfermedades.

4º. — Para solucionar en parte la escasez de enfermeras se debe pensar seriamente en la preparación de personal rentado que sirva para desempeñar labores auxiliares de Enfermería Sanitaria.

5º. — El concepto de rendimiento numérico perjudica a nuestro objetivo y si este sistema continúa se transformará a la enfermera en un funcionario autómatas.

6º. — La enfermera debe llegar a la vida profesional compenetrada, de:

- a) El concepto de tiempo útil de trabajo.
- b) El concepto de que no va a hacer educación, sino a usar la educación como medio para tratar de modificar la salud del pueblo, y
- c) El valor que tiene la investigación como medio de mejorar el standard de trabajo que va en beneficio directo con la comunidad.

La práctica de la enseñanza de Enfermería Sanitaria debe ser totalmente realizada en el terreno, tal como comienza a practicarse en algunas Escuelas.

7º. — Queremos expresar, en esta oportunidad, que es imposible pedir a Enfermería resultados de trabajo en forma aislada. El éxito depende de la acción coordinada de todos los profesionales y funcionarios de la Unidad Sanitaria, de tal modo que el éxito o fracaso es el éxito o fracaso de todos.

Hemos analizado nuestro trabajo fría y serenamente con el ánimo de descubrir los defectos de que adolece y las causas que lo hacen poco efectivo, a objeto de que, corrigiendo éstos, se obtenga de la labor de enfermería el beneficio que el país espera.

*

* *

Tercer Relato: — **Adriana Gamboa** (Leído por Sonia Peterson)

(Resumen de Secretaría)

Historia:

El Servicio de Enfermería de la Unidad Rural de Aconcagua, se inició el 5 de noviembre, con tres enfermeras de la Unidad Sanitaria de Quinta Normal.

Programa de trabajo:

Se inició el trabajo en el terreno con el Censo sanitario en una de las comunas del Departamento. El trabajo de enfermería realizado este año estuvo supeditado a 2 factores: campo de acción donde podía desarrollarse y movilización. El primer servicio donde la enfermera empezó a actuar fue en Epidemiología, principalmente en control de casos de tifoidea e inmunizaciones antivariólica y antitífica.

En octubre de 1948 se inició el trabajo en Madre y Niño en San Felipe y posteriormente en dos comunas de la zona rural.

Las enfermeras siguieron un curso en la Escuela Agrícola de la ciudad, dadas las características de la zona.

Áreas controladas:

El área total controlada por el Departamento de Enfermería, comprende las siguientes comunas del Departamento de San Felipe: ciudad de San Felipe, con 20.468 habitantes; comuna de Santa María, con 8.157 habitantes; Panquehue, con 5.339 habitantes; Curimón, con 4.301 habitantes. De la comuna de Putaendo se controlan 2 localidades: Rinconada de Silva y Quebrada de Herrera, con 1.248 y 1.563 habitantes, respectivamente. En total, ocho enfermeras, incluyendo un jefe, atienden una población de 41.076 habitantes, teniendo el Departamento de San Felipe 62.003 habitantes. (Cálculo estadístico para 1949 basado en el censo de 1940).

Programa actual:

Como en todas las Unidades del país, se está desarrollando en este servicio rural un programa generalizado de Enfermería Sanitaria, dando atención en los siguientes rubros: maternal, infantil, pre-escolar, tuberculosis, enfermedades transmisibles, y en parte, servicio escolar: venéreas en forma esporádica. Hemos tratado de controlar el 60% de los lactantes y el 50% de embarazadas.

El trabajo rural, por su naturaleza misma, tiene algunas modalidades propias; por ejemplo, existen 4 ficheros, uno central en San Felipe, y uno en cada una de las postas rurales de Santa María, Panquehue y Curimón, donde existe una clínica materno infantil con atención médica 2 veces a la semana. Las enfermeras atienden la clínica tanto en la ciudad como en las postas y hacen su trabajo domiciliario. Término medio dedican al terreno el 46.5% de las horas mensuales trabajadas y el 22% a la clínica.

En el segundo semestre de 1950 planeamos una modalidad de trabajo que estamos experimentando en 2 sectores; uno urbano y otro rural. Fijamos objetivos específicos para este nuevo plan de trabajo, técnicas para su realización e índices de rendimiento, cuya medición no es posible presentar aún.

Este plan tiene los siguientes objetivos:

- 1º) Aumentar número de prenatales y Lactantes bajo control.
- 2º) Ofrecer y practicar inmunizaciones en la población controlada.
- 3º) Educación sanitaria de grupos (Club de Madres y de Hombres).
- 4º) Ofrecer los servicios de los Inspectores Sanitarios y de los Agrónomos.

Las Técnicas usadas en esta experiencia serán las siguientes para los sectores urbano y rural:

- a) Destacar líderes que colaboren con el plan de inmunizaciones.
- b) Educación sanitaria en grupos organizados y Clubs de madres sobre problemas materno-infantil, alimentación, cultivo de huertas, etc.

Los índices de rendimiento son los siguientes:

- 1º) Control del 50% de las embarazadas.
- 2º) Control del 90% de los lactantes.
- 3º) Vacunas Mixtas, Variólicas y B. C. G., en el 90% de los menores controlados, hasta los 6 años de edad. En un 40% a los no controlados. 60% de adultos vacunados en las familias controladas (y 80% de los escolares con variólica y antitífica).
- 4º) 80% de embarazadas que completen clases de higiene prenatal y de cuidados del niño.
- 5º) 50% de los hombres que completen charlas de Educación Sanitaria.
- 6º) 10% de casas que hagan hornillos y blanqueen los muros.
- 7º) 50% de pozos negros instalados.
- 8º) 20% de familias que hagan huertas familiares.

Después de 4 meses de trabajo se ha podido apreciar un aumento de las cifras de embarazadas bajo control; los resultados los veremos a fines del presente año en cada uno de los rubros.

Movilización:

Para un servicio rural el arma principal de trabajo está en la suficiente movilización. Por las experiencias obtenidas en nuestro trabajo, donde se ha usado desde el caballo, se ha comprobado que lo más eficiente y barato es la motorizada. Actualmente, uno de los problemas que tiene nuestro servicio es la insuficiente movilización.

Planes futuros:

Para el año próximo incorporaremos a nuestro programa la atención del escolar en forma definitiva con un plan mínimo de acción dirigido a inmunizaciones y tratamiento de sarna y pediculosis, cursos breves de puericultura para los sextos años y revisión de la población escolar al iniciarse el período escolar, de vuelta de vacaciones de invierno y al finalizar el año. En cuanto a la movilización, la solución más

práctica y aceptable sería que las instituciones extranjeras y nacionales interesadas en estos programas de salud pública, adquieran autos para las enfermeras, lo que ampliaría su radio de acción con ahorro de tiempo y constituyendo esta franquicia una aliciente para que un número mayor de profesionales se interesara por los servicios rurales. En cuanto al plan general de nuestro trabajo, éste sufriría algunas modificaciones que sacaremos de la experiencia y resultados que obtengamos de nuestro plan experimental.

*

* *

Cuarto Relato: — Elsa Heras (U. S. Antofagasta). (Leído por Enf. Nora Fardella)

(Resumen de Secretaria)

En 1942, un grupo de 4 enfermeras empezó a trabajar en Antofagasta; su labor no podemos presentarla en detalle; pero, debió ser dura por la falta de conexión entre los servicios en los que actuaron, por la distancia a que éstos se encontraban y porque el material de trabajo y la organización debieron planearse localmente. Sin embargo, se adquirió una experiencia valiosísima.

En diciembre de 1945, la Unidad contó con su propio edificio, con todas las clínicas reunidas y con mejor organización, ya que el desarrollo progresivo de otras Unidades permitió intercambiar programas y sistemas de trabajo.

En ese primer año sólo se contó con 3 o 4 enfermeras y clínicas de Madre y Niño; luego la labor fue limitada y de realizaciones escasas.

En marzo de 1947 llegaron cuatro nuevas enfermeras, lo que permitió hacer un trabajo más extenso. Pudo apreciarse entonces el gran interés de la gente por la labor de Enfermería, especialmente entre el profesorado primario, que solicitó en repetidas ocasiones, la ayuda de las enfermeras para planear clases, instruir padres en relación con la salud de sus hijos o para dictar charlas sobre temas de su especialidad. También se hizo trabajo en inmunizaciones en escuelas y se cooperó en campaña intensiva de vacunación antivariólica por brote aparecido en la provincia.

Desde esa época y hasta la fecha, se recibe con frecuencia a alumnos secundarios que buscan a la enfermera para consultarla en el desarrollo de temas que dicen relación con la salud y su conservación. Aún más, todos los años acuden a nuestra oficina alumnos próximos a egresar de la Escuela Normal de la ciudad en busca de consejos en la preparación de sus memorias. Continuó ese año la Unidad sin otros servicios organizados que Madre y Niño y la labor de las enfermeras, orientada en este sentido. Se trabajó en Club de Madres y se cooperó en campaña de alfabetización entre las familias controladas por la Unidad.

A fines de 1948 se inicia un nuevo éxodo de enfermeras, por diferentes razones, debiendo actuar en 1949 sólo tres. Por último, ya

desde abril de este año el equipo se reforzó con la llegada de tres nuevas colegas coincidiendo con la iniciación de la lucha antivariólica intensiva, no pudiendo iniciar un trabajo más o menos regular hasta mayo. Como se trata de profesionales recién egresadas, gran parte de este tiempo ha debido pasar en adaptarlas al servicio.

Durante este tiempo también se ha estado haciendo trabajo de Tisiología e infecciosas. Se está actuando en armonía con las Juntas de Vecinos y Parroquias organizadas.

Es difícil intentar medir el rendimiento de Enfermería a base de cifras de morbo-mortalidad. En ningún campo de actividad la enfermera actúa sola y el más espléndido equipo de enfermeras desperdiciará gran parte de su actividad si ésta no va acompañada del mismo tesón y espíritu público en los demás profesionales con quienes comparte su labor.

Con seguridad, si se mide la labor realizada por las enfermeras de la Unidad de Antofagasta en relación con las de otras Unidades, se observará una desventaja aparentemente inexplicable, y, estoy segura, no tenemos ninguna novedad que ofrecer; pero, esto tiene su causa principal en esta inestabilidad permanente que ha ofrecido el departamento de enfermeras, tanto en número como en individuos. Estimo que esto tiene su raíz principal en la lejanía con la zona central, lo que trae una serie de desventajas materiales: el subido costo del transporte involucra el temor de no poder viajar al centro por razones de salud, familia o imprevistos. La monotonía de la vida de provincias poco atrae cuando no hay lazos poderosos que aten. Pensamos que no podrá hacerse nada de convergadura mientras no se cuente con un grupo de enfermeras que tengan o formen sus hogares en Antofagasta. Se ha hecho una gran campaña de propaganda profesional en los colegios de educación secundaria, consiguiendo un grupo de alumnas para las diferentes escuelas de enfermeras.

La profesión es ampliamente conocida, estimada en todo su valor para la colectividad y ofrece un vasto campo de labor, ya que de los más variados sectores solicitan la cooperación de la enfermera para resolver sus problemas de salud.

Estimo que es éste el mejor índice que podemos ofrecer para probar que la profesión ha alcanzado su madurez.

*

* *

El Presidente: Agradece a los Relatores sus interesantes contribuciones y ofrece la palabra.

DISCUSION

Sra. Jiménez: por tratarse de un centro experimental, el trabajo de Quinta Normal debió ser más concreto y objetivo; estima que su presentación carece de estructura y es algo pretenciosa.

Afirma que cuando estuvo haciendo práctica en Quinta Normal aprendió allí solamente, la técnica del maletín, en el fondo no enteramente fundamental.

A su juicio, el esquema del trabajo presentado debió haber sido más concreto, estableciendo objetivos, procedimientos, medios técnicos y humanos y cumplimiento de objetivos.

Expresa que para uso de los demás interesados debieron haber dado las técnicas que emplearon.

Reconoce que el trabajo de San Miguel estuvo mejor en cuanto a auto-crítica; sin embargo, hay una contradicción evidente entre la afirmación acerca de la comprensión entre la enfermería y la Dirección de la Unidad, y lo que más adelante se expresa acerca de que la dirección es la que fija los planes de trabajo y de que se les exige un determinado número de visitas.

Por último manifiesta que cree que la disminución de la morbilidad con Educación Sanitaria sólo será efectiva cuando se logre influir un porcentaje grande de la población.

Sra. Rosalba Flores: observa que en el relato de la Srta. Godoy, se hipertrofia el trabajo del último tiempo; no se le hace justicia al comienzo. Se muestra el trabajo actual con gran énfasis: pero ése es el camino pavimentado por las predecesoras, Esmeralda Díaz, Pincheira y otras.

Hoy Quinta Normal va muy bien.

La Escuela de Enfermeras ha progresado a parejas con los servicios.

No recuerda que en Quinta Normal se haya dado tanta importancia, como se dice en el relato, a las técnicas del maletín y otras. Siempre fué dado sólo como un medio, en escuelas y servicios.

La enfermera no podía citar a embarazadas y niños, si no había médicos y parteras.

Cree que las relatoras no expresan con claridad el proceso importante hecho en esos años.

La Escuela de Salubridad ha dado médicos más comprensivos a la labor de enfermeras.

Con respecto al resto del trabajo, no puede dar una opinión; cree que está muy bien para todos.

Sr. Salinas: la señora Jiménez dijo que lo único que aprendió en Quinta Normal fué la técnica del maletín; esto no es enteramente efectivo, ya que se les hizo práctica orientada de saneamiento, en la que por primera vez en su vida, algunas enfermeras pudieron ver un pozo negro, por ejemplo.

Dr. Duarte: insiste en una pregunta que ayer no le fuera contestada.

Es evidente que si se quiere luchar contra la mortalidad infantil, debemos orientarnos hacia la distrofia del lactante, en que la dación de leche es un elemento importante de corrección, así como lo es la acción educativa de la Enfermera Sanitaria. Pero hemos descubierto que con frecuencia hay causas que inhiben ambas acciones y que hay ciertos niveles de standard de vida, bajo los cuales es imposible una acción; debiera preverse una asistencia social que complemente la acción del médico y de la enfermera, levantando el standard familiar; cuanto dinero se invierta con este objetivo será dinero bien utilizado.

Dr. Molina: ¿Cuál es la pregunta que ha quedado sin contestar?

Dr. Duarte: ¿Se ha considerado en las Unidades Sanitarias el trabajo social con recursos adecuados?

Sra. Ana Neira: En Quinta Normal han sido las propias enfermeras quienes han pedido que se les proporcione datos estadísticos de sus respectivos sectores para saber cuáles son los índices que deben cubrir con su labor; este conocimiento les sirve para orientar su trabajo y no creen que este análisis estadístico se traduzca en perjuicio de la calidad del trabajo.

Srta. Esmeralda Díaz: Rectifica el trabajo de la señora Reyes en el punto sobre la historia de la Enfermería Sanitaria en Chile.

Dr. Molina: Contestando la pregunta del Dr. Duarte manifiesta que por mucho tiempo los Directores y Enfermeras de Unidades Sanitarias han hecho énfasis en la limitación que para su trabajo representa la miseria. Claro está que creían que las técnicas conocidas en Chile para trabajo social individual son prácticamente improductivas. Es verdad que el Dr. Duarte habla de recursos suficientes, recursos que nunca hemos tenido; es importante recalcar que la razón más fundamental para la improductividad de estos esfuerzos radica en la falta de recursos.

Dr. Alvarado: Suscribe lo dicho por el Dr. Molina y agrega que en San Miguel han tratado, no de parchar sino de buscar una solución; sólo recientemente han logrado tener Visitadoras Sociales. No cree que los problemas sociales se puedan paliar y por ende la acción de la visitadora social no se puede reducir a lo actual, sino que se debe fundamentar en la organización de la economía del hogar, en forma permanente. Excepto en casos de indigencia comprobada, San Miguel no regala leche, sino que otorga créditos y da a precio de costo, de modo que la leche se introduzca en los hábitos permanentes de la familia.

Dr. Armijo: En San Felipe, Unidad nueva, hemos podido ver en corto tiempo los rasgos más sobresalientes de la evolución de enfermería; la labor de pavimentación se ha acertado mucho.

El principal escollo no fué tanto el medio ambiente, como los médicos que siguen creyéndola la "chatera" de los mejores tiempos, con un agregado más o menos invisible de entrenamiento sanitario. Deberían hacer publicidad para que los médicos las comprendan.

En San Felipe pasó un año en que sus técnicas eran algo misteriosas, que no se podían dar a otros; en el último año, se desarrolla súbitamente el espíritu de equipo (codo a codo con ingenieros).

La otra línea en la medición de rendimiento en índices, antes sólo se podía hacer subjetivamente por otra enfermera; hoy estudian y aplican proporciones en cada uno de sus rubros.

Las felicita por esos 2 progresos.

Srta. Rosalba Flores: Pregunta a las personas que hablaron de escasez de enfermeras, cuántas vacantes tiene Sanidad para ellas.

Dr. Molina: La pregunta es importante; teme que las enfermeras puedan olvidar que por muchos años tuvieron que trabajar a contrata, sin cargos estables. Pide que el Dr. Ayub conteste la pregunta de la señora Flores.

Dr. Ayub: Actualmente no tenemos vacantes, pero es posible que tampoco hubiera enfermeras para llenarlas, en caso que las hubiera. Si embargo, todos los programas para 1951 tienen consulta-

das enfermeras en la cantidad necesaria; con este objeto se han estudiado presupuestos suficientes, aprobados por el Gobierno, y ahora en estudio en las Cámaras. En Enero habría vacantes de contrata para todas las enfermeras disponibles y se están haciendo esfuerzos para colocar de a poco en la planta a las enfermeras contratadas.

Dr. Molina: En Quinta Normal tendrán vacantes el 1.º de Enero para las 7 enfermeras que necesitan.

Sra. Rosalba Flores: Hay temor, porque se ha oído hablar que se prepararían auxiliares para reemplazar a las enfermeras.

Dr. Sepúlveda: Es cierto que en Antofagasta hay 2 enfermeras que están sufriendo atrasos de pagos por dificultades administrativas.

Dr. Ayub: hay que distinguir entre atraso y no pago de sueldo; el 1.º se debe siempre a la lenta superestructura administrativa, común a todos los servicios y se ha paliado con anticipos de sueldos, practicados en numerosos casos. Por lo demás, este es un problema que afecta a médicos, ingenieros, veterinarios, etc., y no sólo a las enfermeras y será resuelto a medida que el servicio adquiera mayor eficiencia.

Dr. Alvarado: Jamás hemos pensado en reemplazar enfermeras auxiliares, pero hay ciertas funciones secundarias que pueden ser llenadas por funcionarios más baratos; de esta manera se da a la enfermera una ayudante para labores subalternas, en las que no se necesitan técnicas de Educación Sanitaria.

Dr. Armijo: Adhiere a la tesis de Ayub que el Gobierno distribuya mejor el presupuesto y destine los recursos necesarios a la salubridad; en San Felipe los caballos del Regimiento en 6 meses gastan más que el presupuesto total de la Jefatura Sanitaria Provincial.

Sra. María Reyes: Contesta las observaciones formuladas a su trabajo. Los programas se discuten con el Director de la Unidad Sanitaria, quien les da su aprobación final; recientemente el Director, y a través de él las enfermeras, se han sentido presionadas por la comparación con otras Unidades Sanitarias que disponen de más medios. En vista de ello, en San Miguel se suspendió la atención de Enfermeras en Clínica infantil y se llegó a un minimum en clínica maternal, se buscó la ayuda del profesorado y se arbitraron los medios para aumentar la labor de terreno y los porcentajes de control, sin desmedro de la calidad. Así, mientras en 1949 el 18% del tiempo de las enfermeras se dedicó a oficina y el 41,5% al terreno, en lo que va corrido de 1950 estos porcentajes son de 10 y 70% respectivamente.

La preparación de auxiliares en ningún sentido va a reemplazar a la enfermera ya que estas orientarían el trabajo de las auxiliares, dejándose la enfermería las labores directivas y de organización de la comunidad.

Sra. Ebersperger: Pregunta quién va a fijar las funciones de las auxiliares.

Sra. Flores: Se felicita de que la preparación de auxiliares tenga el objetivo expresado. Además, en ambos relatos se mencionan las Escuelas de Beneficencia, como desarrollando planes integra-

les. La Escuela Oficial, sin tener un programa aprobado está trabajando alrededor de las mismas líneas.

Sra. Reyes: Es imposible que la enfermera evite que el niño enferme; lo interesante es que el niño controlado no repita su enfermedad.

Srta. Fardella: Quiere informar su experiencia personal; cuando salió de la Escuela, recibió un sector con 8.000 personas, al principio 200 familias estaban bien para la necesaria visita mensual de buena educación.

Hoy tiene 586 familias y como no podía verlas sino cada 2 meses solicitó autorización para ensayar otro plan. Quiere cubrir 40% de P. N. y 50% de R. N.

Buscó muchachas del sector y las entrenó para ayudar en vacunaciones, en las clínicas, en postas de morbilidad y similares. Favorece la manera de aumentar la cantidad sin perder la calidad.

Srta. María Godoy: Agradece la oportunidad que la Sociedad ha brindado a las enfermeras para discutir sus problemas. Admite que el relato presentado por ella puede parecer pretencioso, lo que se debería al ingrediente de fervor con que hablan de su trabajo.

Repite que la Unidad Sanitaria de Quinta Normal ha pasado por los períodos de aprendizaje que mencionó en su relato y que en ella la enfermería Sanitaria empezó a organizarse.

Es verdad que cuando la señora Jiménez pasó por Quinta Normal sólo pudo aprender algunas técnicas, pero debe recordar que esa era una época de aprendizaje para todos, dentro de los planes de trabajo organizado.

Señala que técnica incluye también la manera de distribuir el tiempo útil de la enfermera.

Se felicita de que en la Unidad Sanitaria, de Aconcagua, no hayan necesitado pasar por las etapas mencionadas, pero recuerda que ahí las enfermeras aprovecharon la experiencia tan costosa adquirida en Quinta Normal.

Expresa que ellos han aprendido también a vencer el temor de entregar funciones secundarias a otras personas.

Manifiesta que los objetivos de enfermería sanitaria son perfectamente conocidos y que por eso no se los coloca en el trabajo presentado.

Termina diciendo que en Quinta Normal, las enfermeras están buscando porcentajes útiles de acción en la colectividad.

Dr. Dussert. (Presidente): pone en discusión un voto que la mesa ha recibido, por el cual la Sociedad apoya con entusiasmo los programas técnicos a desarrollarse en 1951, por el Servicio Nacional de Salubridad, y solicita de los poderes respectivos se otorguen a dichos servicios los fondos necesarios para su realización.

Puesto en discusión el voto, se aprueba por unanimidad.

Igualmente se aprueba un voto de aplauso a la mesa Directiva de la Sociedad por la organización que se dió a las Jornadas.

Se levanta la Sesión y se declaran clausuradas las Primeras Jornadas Chilenas de Salubridad.