

Revista de Beneficencia Pública

PUBLICACIÓN TRIMESTRAL

REDACTORES

ISMAEL VALDÉS VALDÉS

Miembro del Consejo Superior de Beneficencia Pública. Administrador del Hospital de Niños "M. Arriarán", Santiago

ALEJANDRO DEL RIO

Miembro del Consejo Superior de Beneficencia Pública. Administrador de la Asistencia Pública, Santiago

y GERMÁN GREVE

Subadministrador de la Asistencia Pública, Santiago

y Director de esta Revista, a quien debe dirigirse toda la correspondencia (Santiago, San Francisco 85, Asistencia Pública)

COLABORADORES:

MÁXIMO DEL CAMPO, Subadministrador de la Casa de Orates de Santiago.—FRANCISCO HUNEEUS, Miembro del Consejo Superior de Beneficencia Pública.—JULIO PHILIPPI, Profesor de Hacienda de la Universidad de Chile.—CARLOS ESTEVEZ, Profesor de la Facultad de Leyes de la Universidad de Chile.—LADISLAO ERRÁZURIZ, Abogado de la Junta de Beneficencia de Santiago.—GREGORIO AMUNATEGUI, Decano de la Facultad de Medicina.—ENRIQUE DEFORMES, Administrador del Hospital de San Agustín, de Valparaíso.—VIRGINIO GÓMEZ, Administrador del Hospital de Concepción.—LUCIO CÓRDOVA, Secretario de la Facultad de Medicina.—ALFREDO COMMENTZ, Médico-Director del Hospital de Niños "M. Arriarán", Santiago

SUMARIO

	Págs.
I. DR. MAMERTO CÁDIZ y CARLOS R. EDWARDS: Hospitales Especiales para Infecciosos.....	207
II. PEDRO BANNEN: Estudio de la Organización definitiva de la Beneficencia Pública.—Conveniencia de crear un Consejo Central.....	238
III. DR. LUIS CALVO MACKENNA y ALEJANDRO HUNEEUS G. H.—La Puericultura y la Beneficencia Pública.....	241
IV. DR. CARLOS MOENCKEBERG, DR. J. EDWIN ESPIC y MANUEL GUZMÁN MONTT: Maternidades y Hospitales.....	248
V. DR. TEODORO MUHM: Regímenes Alimenticios.....	259
VI. DR. ARMANDO LARRAGUIBEL: La alimentación del hombre adulto enfermo.....	265
VII. DR. ALFREDO COMMENTZ: Regímenes alimenticios en los Hospitales de Niños.....	270
VIII. DR. EMILIO ALDUNATE BASCUÑAN: Farmacia de los Hospitales.....	285
IX. RAMÓN SANTELICES, JULIO PHILIPPI y JORGE MATTE GORMAZ: Los impuestos a favor de la Beneficencia.....	293
X. DR. LUCAS SIERRA: Organización de las Dispensarias y Policlínicos.....	301
IX. TOMÁS EASTMAN: Somera exposición sobre los servicios del Policlínico de San Juan de Dios de Valparaíso.....	309
XII. J. FLORENCIO VALDÉS CUEVAS y DR. EMILIO CROIZET: Organización definitiva de los dispensarios de la Junta de Beneficencia de Santiago.....	313
XIII. MÁXIMO DEL CAMPO: El problema de la hospitalización de los enajenados.....	317
XIV. DR. HUGO LBA-PLAZA y DR. OSCAR FONTECILLA: El problema nacional de la hospitalización de los alienados.....	327
XV. DR. VICENTE IZQUIERDO S.: Hospitalización de ancianos, dementes e incurables.....	335

MATERNIDADES Y HOSPITALES *)

POR

Dr. CARLOS MOENCKEBERG,
Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital
del Salvador, Santiago

Dr. J. EDWIN ESPIC,
Cirujano de la Maternidad del Hospital de San
Agustín, Valparaíso

MANUEL GUZMAN MONTT,
Subadministrador del Hospital del Salvador, Santiago

(Relación presentada al Primer Congreso de Beneficencia Pública)

Nuestros servicios de maternidad tienen defectos múltiples, algunos de ellos graves, así en lo que concierne a la atención de las asiladas en el recinto de la maternidad, como en lo referente al transporte de las enfermas a los diversos asilos.

Algunos de esos defectos pueden ser subsanados, a nuestro juicio, sin entrar en gastos extraordinarios y con sólo adoptar ciertas modificaciones en los reglamentos actuales; otros, por el contrario, exigen alteraciones o innovaciones radicales que no podrán llevarse a la práctica sin algún sacrificio pecuniario.

Dividimos nuestra exposición en dos partes: en la primera enumeraremos los defectos o inconvenientes del régimen actual; en la segunda daremos a conocer los medios, a nuestro juicio, más adecuados para corregirlos.

A) NÚMERO Y UBICACIÓN DE LAS MATERNIDADES

El número de maternidades es escaso en el país y también en las grandes ciudades, con relación a la población.

Así, por ejemplo, la ciudad de Concepción, cuya población es de 60,000 habitantes, posee una sola maternidad con 29 camas y, como las maternidades más cercanas son las de Chillán por el norte, y la de Valdivia (recién creada y que cuenta sólo 4 ó 5 camas) por el sur, debe atender también enfermas enviadas de las provincias de Biobío, Arauco y Malleco, cuyas poblaciones reunidas suman cerca de 500,000 habitantes, la proporción resultante es de una cama de maternidad para 17,000 habitantes.

La ciudad de Chillán, cuya población es de 31,000 habitantes posee una maternidad con 20 camas; las maternidades más vecinas son las de Concepción, por el sur, y Talca, por el norte; por lo tanto, tiene que atender enfermas de las provincias de Ñuble, Maule y Linares, cuya población reunida suma más de 390,000 almas; la

*) Véase la *discusión* pág. 150, N.º 2.

proporción resulta de una cama de maternidad para 19,500 habitantes.

La ciudad de Talca con 36,000 habitantes posee una maternidad con sólo 11 camas, la que debe atender las enfermas de toda la provincia (150,000). La proporción es de una cama para 13,600 habitantes.

La provincia de Santiago posee cuatro maternidades: tres en Santiago y una en Melipilla; suman en total 188 camas, lo que equivale a una cama para 4,400 habitantes.

Sería inútil prolongar estos cálculos parciales. Bástenos decir que de Valparaíso al norte las maternidades son aún más escasas y que, tomando en globo todas las maternidades del país, la proporción de camas con relación al número de habitantes alcanza sólo a 1 por 8,500 y que existen grupos de 3 ó 4 provincias que no poseen una sola maternidad.

Por lo que respecta a Santiago, debemos agregar todavía que la ubicación de las maternidades es defectuosa, por cuanto dos están en un mismo hospital y la tercera en un barrio muy cercano. Hay pues acumulación de estos servicios con perjuicio evidente para otros barrios que, como los de Cañadilla, Estación Central y Matadero, poseen numerosa población obrera. De esto resulta que las enfermas han de recorrer grandes distancias para llegar a las maternidades, lo que, con frecuencia, contribuye a complicar el parto o a agravar complicaciones ya existentes.

B) TRANSPORTE DE ENFERMAS A LAS MATERNIDADES

Este servicio es, por demás, deficiente y defectuoso, en la actualidad.

En lo que se refiere a Santiago y a otras ciudades que poseen servicio de Asistencia Pública, el mal es naturalmente menor, pero existe.

En efecto, la Asistencia Pública no posee personal preparado para atención inmediata de casos obstétricos de urgencia; las enfermas son trasladadas en el estado en que se las encuentra y no se adopta medida previa alguna que permita conjurar ni aun momentáneamente, el peligro muchas veces mortal que las amenaza y que se agrava con el viaje. Los resultados son naturalmente deplorables, si se trata de accidentes que no admiten espera (placenta previa, desprendimiento prematuro, hemorragias diversas).

Si la enferma viene de provincias o de algún barrio alejado de la maternidad, llega allí muchas veces en estado agónico y no es raro que mueran, ella y su hijo, antes de que sea posible intentar nada para salvarles.

C) INSTALACIÓN Y DOTACIÓN DE LAS MATERNIDADES

La dotación de útiles e instrumentos es insuficiente en casi todas las maternidades; algunas, como la de Chillán, no poseen siquiera los elementos absolutamente indispensables para su funcionamiento correcto.

En cuanto al personal e instalación, podemos afirmar, sin temor de equivocarnos, que ninguna de nuestras maternidades cumple con las condiciones que se debe exigir hoy día en esta clase de servicios; más aun, existe alguna que no tiene sala de partos, no posee servicio médico, ni siquiera hay en ella una matrona titulada. Las asiladas son asistidas por una *curiosa* o aficionada, como allí la llaman.

Por lo demás, he aquí los principales defectos en lo referente a instalación y dotación:

1.º *Insuficiencia del personal*.—En provincias es lo corriente que en cada maternidad haya un sólo médico y éste ha de intervenir en todos los casos, trátase de infectadas o de sanas. En Santiago y otras grandes ciudades cada maternidad cuenta con dos médicos, jefe y ayudante, los cuales han de multiplicarse para atender y asistir a todas las asiladas, que pasan de 80 en ciertos casos. En estas condiciones es imposible la separación del personal por secciones, como es lo correcto.

Ninguna maternidad posee servicio médico interno o de guardia, absolutamente necesario en esta clase de asilos donde las intervenciones de urgencia son la regla. El médico interno del hospital al cual está anexa la maternidad no puede ni debe ser a la vez médico interno de la maternidad: no puede porque carece, la más de las veces, de preparación suficiente para decidir y practicar una intervención rápida; no debe, porque, estando encargado de la atención general de todo el hospital, le es imposible observar las precauciones de asepsia que las intervenciones obstétricas exigen.

De esto resulta que, si ingresa una enferma durante la noche, lo que ocurre con mucha frecuencia, es necesario llamar a su casa, al médico de la maternidad; en esto se pierde tiempo y entre tanto muere el niño y a veces también la madre que quizás hubiesen salvado con una intervención inmediata.

El personal de matronas es asimismo insuficiente, pues no hay más de dos en cada maternidad y éstas han de atender todo el servicio que consta, a veces de 50 y aun de más de 80 camas. En realidad, la asistencia está en manos de las alumnas de los diversos cursos de Obstetricia que no alcanzan a adquirir preparación suficiente y a las que es imposible vigilar como conviene, dada la escasez de matronas. Agréguese a esto que con personal tan incompleto no es posible hacer separación ni selección alguna y las enfermas

ya infectadas son asistidas por las mismas matronas o alumnas que atienden a las sanas, de lo cual resulta peligro de contagio para todas.

2.º No existe separación entre las asiladas sospechosas de infección (en rigor deben considerarse como tales a todas las que hayan sido examinadas por personal extraño a la maternidad) y las que sólo han sido atendidas por el personal de la maternidad. Todas ocupan las mismas salas y aun las mismas camas, de modo que por muchas precauciones de asepsia que en la maternidad se observen, el peligro de infección es el mismo para todas las asiladas.

3.º Un defecto de importancia mayor, si cabe, que el anterior, es la falta de una *sección de aislamiento*, con personal especial en cada maternidad. En la actualidad, aunque parezca increíble, no hay en el país más de cuatro maternidades que posean este servicio. En el resto, las enfermas infectadas y por *lo tanto infecciosas* están mezcladas con las sanas, lo que a nuestro juicio constituye más que un descuido, un verdadero crimen.

4.º Tampoco existe sección para aislar a las asiladas que ingresan afectadas de enfermedades infecciosas ajenas al estado puerperal (tifoidea, tuberculosis, fiebres eruptivas, etc.), y como no es posible exponer a las demás al contagio, los jefes de maternidades se ven en la dura necesidad de rechazar o expulsar de su servicio a esta clase de enfermas.

5.º Dada la escasez de camas, las maternidades no disponen de local para asilar a las embarazadas, cuyo estado exija cuidados especiales o reposo. Carecemos, pues, de un servicio de *puericultura intrauterina* y esta es, a no dudarlo, la causa principal de la enorme morti-natalidad que en el país existe. Las mujeres ingresan a la maternidad sólo en el momento mismo del parto o sea cuando nada se puede hacer por salvar al niño, infectado ya, o intoxicado profundamente.

6.º Tampoco existe en las maternidades un servicio de *policlínica obstétrica* organizado en forma y donde se pueda dar a la mujer consejos que le permitan sobrellevar su estado o someterla a un tratamiento adecuado, si el embarazo no evoluciona de modo normal. La policlínica serviría, en este caso de complemento a la sección de puericultura intrauterina y vice-versa. Los dos servicios se completan; los dos son absolutamente necesarios. La insuficiencia del personal es causa de que, en la actualidad, las dos o tres maternidades que poseen policlínica, la dejan a cargo de una alumna, persona que, como se comprende, no tiene preparación necesaria para este objeto.

7.º En ninguna maternidad existe servicio para la atención y crianza de niños débiles o prematuros. No hay incubadoras y las maternidades que las poseen no las usan porque están en malas condiciones. Es esta la causa de que más del 30 por ciento de los niños

débiles mueran antes del 10.º día, lo que se explica mejor si se piensa en que muchos de nuestros hospitales carecen de servicio de calefacción. Además el servicio de nodrizas asalariadas que existe en todas las maternidades del extranjero, es desconocido en las nuestras y así cuando una madre no tiene leche o padece de alguna enfermedad que le impide lactar, es necesario llevar el niño a otra de las enfermas para que lo amamante, lo que no siempre es fácil. La falta de nodrizas imposibilita, por otra parte, el uso de las incubadoras, pues para alimentar al niño sería necesario trasladarlo de la sala en que está la incubadora a la que ocupa la madre, lo cual le expondría a enfriamientos bruscos incompatibles con la vida del niño débil.

8.º Con el régimen actual, es imposible atender a las madres después que dejan la maternidad; tampoco se puede vigilar ni guiar la crianza del niño ya que no hay, anexos a estos servicios, gotas de leches u otros establecimientos análogos donde las madres acudan con sus hijos. El médico que ha visto nacer al niño y que posee todos los antecedentes relativos a las condiciones de sanidad o enfermedad en que se desarrolló el embarazo, es a nuestro juicio, el que mejor puede guiar la crianza y aconsejar a la madre.

9.º La mayoría de los servicios de Obstetricia carecen actualmente de instalación especial para esterilización del agua y las ropas. Esto se empieza a remediar ya en Santiago y Valparaíso, pero en otras ciudades la maternidad no posee servicio de esterilización y utiliza el del hospital. Tal sistema expone indudablemente a las asiladas a infecciones y es de urgente necesidad modificarlo.

D) RELACIÓN DE LA MATERNIDAD CON EL HOSPITAL

1.º La ubicación de la sección Maternidad dentro del recinto del hospital es defectuosa en algunos. Se las ha colocado donde cabían, sin tomar en cuenta las condiciones del local ni la clase de enfermos que ocupan las salas vecinas. Se ha visto el caso de que al lado de la maternidad esté la sala destinada a las tuberculosas o a las otras enfermas infecciosas (erisipela). En otros, la maternidad está vecina al lavadero, lo que significa superabundancia de moscas en las salas.

2.º El estado de embarazo parece indicar, según algunos, prohibición absoluta para la mujer de ingresar a otro servicio que la maternidad. Con este criterio, tal vez, ciertos servicios rehusan admitir mujeres embarazadas, sea cual fuere la edad del embarazo y la enfermedad que las aqueja y como, por otra parte, tampoco puede admitirlas la maternidad, estas enfermas son rechazadas del hospital, a veces en estado grave.

Igual cosa ocurre con enfermas embarazadas que estando en una sala de medicina o cirugía, tienen un aborto o parto. El médico

de la sala pide inmediatamente su traslado a la maternidad, como si el estado de puerperio imposibilitara todo tratamiento de la enfermedad en curso, pues es de advertir que el personal de la sala de donde viene la enferma no se ocupa más de ella, desde el momento en que se la traslada a la maternidad. En cambio, el personal de la maternidad se ve en la necesidad de admitir á la enferma para impedir que sea expulsada del hospital y esto con perjuicio de las otras asiladas ya que en muchos casos se trata de enfermedades infecciosas que exponen a todas las púerperas y a sus hijos al contagio.

3.º Finalmente, en todos los hospitales del país se ha establecido separación absoluta entre las maternidades y los servicios de ginecología siendo, a nuestro juicio, lógico y natural que ambos marchen unidos y, si es posible, bajo una sola dirección. Verdad es que en nuestros hospitales no existen servicios de ginecología propiamente tales, pues en las salas que debieran estar destinadas exclusivamente a este objeto se admite toda clase de casos quirúrgicos.

Se concibe un servicio de ginecología sin maternidad anexa, pero la maternidad no es completa ni su funcionamiento puede ser correcto, si no posee sección de ginecología.

Segunda Parte

A) NÚMERO DE MATERNIDADES

I. Es necesario aumentar el número de maternidades en el país; del mismo modo, el número de camas que posee cada una de las ya existentes.

II. En cada provincia debe haber, por lo menos, dos maternidades, una en la capital, otra en la ciudad o región más poblada.

III. En Santiago es necesario crear tres nuevas maternidades: una para el barrio Matadero, una en la Cañadilla, y la tercera vecina a la Estación Central.

IV. Con el objeto de subsanar la escasez de camas en las maternidades de los hospitales, proponemos dos medios:

1.º Que la Beneficencia ayude a algunas matronas serias y de competencia reconocida a fin de que instalen en sus domicilios pequeñas clínicas o *casos de partos*. Dichas clínicas sólo podrán recibir enfermas enviadas de las maternidades y sólo se les enviará aquellos casos juzgados como normales en un examen previo practicado en la maternidad, donde se asistirán los casos complicados.

La Beneficencia nombrará una comisión de médicos especialistas, que podrían ser los directores de las maternidades, a fin de que vigile constantemente estos establecimientos y denuncie cualquiera incorrección en el servicio.

La matrona que desee instalar una de estas clínicas, deberá hacer cierto período de práctica en una de las maternidades, después de recibir su título universitario y someterse a un examen previo, teórico y práctico, sobre la materia. Se le exigirá, además, certificados que acrediten su honorabilidad, y toda falta por ella cometida será castigada con la suspensión inmediata de la pensión que la Beneficencia le haya asignado.

Si en una clínica particular se necesitare la presencia de un médico, se llamará a uno de los pertenecientes a la maternidad que ha enviado a la enferma.

2.º El segundo medio consiste en la creación del servicio de *Asistencia domiciliaria* hecho por el personal de las maternidades. Las enfermas irán, durante su embarazo, a la maternidad a fin de hacerse examinar y saber la fecha aproximada del parto. Si se trata de un caso complicado, se le dejará para asistirlo en la maternidad; si, por el contrario, es un caso de embarazo y parto normales, se le asistirá a domicilio.

A cada enferma que haya que asistirse a domicilio, se le entregará un paquete sanitario que contenga los útiles más necesarios para el parto. Se llevará en la maternidad una estadística minuciosa de estas enfermas, con el objeto de saber exactamente las condiciones y fecha en que el parto debe verificarse.

Este sistema exigirá innovaciones: 1.º aumento del personal de las maternidades; 2.º adquisición de maletines o estuches que contengan todo lo necesario para la asistencia del parto a domicilio.

Estos servicios serán gratuitos o modestamente remunerados. Sus beneficios serían enormes, pues se lograría, con ellos, no sólo obviar el inconveniente de la escasez de camas en los hospitales, sí que también salvar a muchas madres y niños cuyas vidas se pierden, hoy, por falta de asistencia competente.

B) TRANSLADO DE ENFERMAS A LAS MATERNIDADES

I. El servicio de Asistencia Pública debe instruir a una parte de su personal con el fin de que pueda asistir, a domicilio, casos obstétricos de mucha urgencia que, por su gravedad, no pueden ser trasladados inmediatamente a la maternidad (hemorragias).

Con este objeto proponemos se envíe, por secciones, al personal de la Asistencia, a practicar en las maternidades y se instituya cursos prácticos, rápidos, de Obstetricia de urgencia, en los cuales se enseñe a dicho personal sus obligaciones en presencia de casos graves cuyo tratamiento no admita dilación.

II. Como el personal actual de la Asistencia es tal vez insuficiente para dedicarlo a este objeto, proponemos se combine el servicio de la Asistencia Pública con el del Instituto de Puericultura

que, creemos, posee ya, en cierta forma, la sección de asistencia domiciliaria de partos. La Asistencia Pública contribuiría con su material (carros, camillas, medicamentos, instrumental), el Instituto de Puericultura pondría, por su parte, el personal de médicos y matronas.

Por otra parte, si se acepta el establecimiento de la atención a domicilio en la forma que proponemos en el párrafo anterior, podrían combinarse los servicios de la Asistencia Pública con los de las maternidades.

En esta forma se evitaría, estamos seguros, la muerte de muchas enfermas que llegan actualmente a las maternidades en estado gravísimo de anemia aguda.

C) PERSONAL DE LAS MATERNIDADES

Es de necesidad imprescindible aumentar el personal de las maternidades.

Médicos.—I. El número de médicos variará, naturalmente, según la capacidad del servicio, pero en ningún caso habrá menos de dos: jefe y ayudante. En los servicios de 40 ó más camas, los médicos serán, por lo menos, tres: un jefe y dos ayudantes.

II. Cada sección de la maternidad será dirigida por un médico distinto, con el objeto de separar en absoluto el personal que ha de atender a las diversas categorías de enfermas.

III. El médico que preste sus servicios en el «Aislamiento» será exclusivo para esta sección y no deberá tener ingerencia alguna en las otras, siempre que ello fuere posible.

IV. En las maternidades pequeñas (20 camas) el médico-jefe, conservando sus funciones de director general del servicio, se hará cargo especialmente de la sección «aséptica»; el ayudante atenderá la sección «séptica» y la de «aislamiento». Ambos podrán desempeñar, por turno, las funciones de médico interno.

V. En las maternidades de más de 60 camas, el personal de médicos constará de un jefe y tres ayudantes: uno para la sección séptica, uno para la de aislamiento y el tercero desempeñará las funciones de médico interno y atenderá la policlínica; el jefe tendrá a su cargo la sección aséptica.

VI. Todas las maternidades deben poseer servicio de médico interno. Este debe habitar en la maternidad misma o en sitio muy próximo. Estará encargado de la asistencia nocturna y no le será permitido abandonar el hospital durante la noche.

VII. Recomendamos asimismo la creación de puestos de alumnos internos en las maternidades; su servicio se reglamentaría en igual forma que para medicina o cirugía.

VIII. Conviene abandonar en las maternidades el sistema de visita matinal exclusiva en uso hasta hoy, pues es necesario que haya en todo momento un médico presente en el servicio. Los ayudantes harán turnos para asistir a la maternidad durante la tarde y entregarán el servicio al médico interno en la noche.

IX. Todos los médicos de maternidad deben ser nombrados por concurso, previo examen teórico y práctico rendido ante una comisión formada por los directores de maternidades. No podrán presentarse a dicho concurso sino aquellos médicos que hayan hecho un período de práctica en una maternidad, después de haber recibido su título universitario.

El cargo de Director o Jefe de una maternidad será desempeñado por especialistas, en lo posible por profesores extraordinarios de la Facultad. Si, por retiro o fallecimiento del jefe, quedare el cargo vacante, será nombrado para reemplazarle el ayudante más antiguo del servicio.

X. Los médicos de maternidades no podrán desempeñar funciones en otros servicios no relacionados con el ramo, como ser: cirugía general, medicina interna o especialidades, pero podrán prestar sus servicios en gotas de leche, salas de ginecología o instituciones de pericultura.

Matronas.—I. El personal de matronas debe componerse de una matrona-jefe y varias otras, una para cada sección de la maternidad. En las maternidades de más de 70 camas, habrá dos matronas tituladas para cada sección. No podrá formar parte del personal ninguna matrona no titulada.

II. El personal perteneciente a una sección no tendrá ingerencia en las otras.

III. Las alumnas de los diversos cursos de Obstetricia ayudarán a las matronas en la asistencia. Recomendamos emplear exclusivamente matronas tituladas en los servicios de maternidad, pues consideramos imposible el funcionamiento correcto de estos establecimientos con personal cuya preparación es insuficiente. A las alumnas sólo incumbirá el cuidado de los niños y la asistencia de partos normales bajo la vigilancia directa y en presencia de las matronas.

IV. Las matronas serán elegidas por concurso y previo examen teórico y práctico. Se les exigirá un período de práctica en una maternidad después de haber recibido su título. Los cambios en el personal serán ordenados por el director de la maternidad y estarán sometidos a ley rigurosa de ascensos.

D) DIVISIÓN DEL SERVICIO EN LAS MATERNIDADES

I. Toda maternidad constará de tres secciones: *aséptica*, *séptica* y de *aislamiento*. En la *aséptica* se admitirá sólo los casos de emba-

razo y parto normal que no hayan sido examinados ni atendidos por otro personal fuera de la maternidad. En la séptica se asilará a las atendidas o examinadas por personal extraño antes de su ingreso a la maternidad y a aquellas que sean, por cualquier motivo, sospechosas de infección. Finalmente, al aislamiento ingresarán directamente las venidas de fuera en estado de infección y las que en el servicio la contraigan. En la sección aséptica, se destinará cierto número de camas para asilar a las embarazadas que, por alguna enfermedad relacionada con su estado, necesiten reposo prolongado antes del parto.

II. Además de las tres secciones ya enumeradas, deberá existir en toda maternidad un pabellón para la asistencia de los partos y práctica de operaciones; dicho pabellón habrá de estar, en lo posible, aislado del resto del servicio.

III. En todas las maternidades debe existir servicio de policlínica instalado en forma adecuada para atender a las embarazadas no hospitalizadas. En la policlínica se examinará prolijamente a la enferma, se le anunciará la fecha aproximada de su parto y se le prescribirá el tratamiento que su estado requiera, si existe alguna complicación del embarazo. Esta sección funcionará diariamente y estará a cargo de uno de los médicos de la maternidad; si la enferma necesita ser hospitalizada se la dejará en la maternidad durante todo el tiempo que requiera su curación.

IV. Como el número de camas de que pueden disponer las maternidades es escaso, son pocas las que se pueden destinar a la hospitalización de embarazadas. A fin de subsanar este inconveniente, proponemos la fundación de *asilos especiales para embarazadas*; servicios desconocidos hasta hoy entre nosotros y que prestarían utilísimos servicios en el tratamiento de las complicaciones de la gestación, permitiendo llevar a término numerosos embarazos que hoy se malogran por carencia de atención adecuada.

Estos asilos estarían en relación directa con las maternidades y, si fuera posible, asistidos por los mismos médicos. Las enfermas serían trasladadas a la maternidad en el momento del parto o poco antes. Para hacer menos onerosa la mantención de estos asilos, se podría obligar a las asiladas a trabajar, en la medida que su estado lo permita (costura, etc.)

V. Es de necesidad imprescindible crear en todas las maternidades una sección para cuidados y crianza de niños prematuros y débiles. Para esto se necesita: 1.º varias incubadoras que permitan mantener 25 grados de temperatura constante; 2.º los útiles necesarios para alimentar a los niños que por su debilidad congénita no puedan aún mamar; y 3.º nodrizas asalariadas para amamantar a los niños que no deben salir de la sala en donde las incubadoras estén instaladas y a otros que por cualquier motivo no puedan ser criados por sus madres.

VI. Conviene agregar a cada maternidad un servicio de «Gota de Leche», con instalación completa, a fin de guiar la crianza del niño y conocer en toda época de la lactancia el estado de sanidad de la madre.

VII. El servicio de esterilización de ropa y agua debe ser renovado en las maternidades actuales e instalado en forma conveniente en las que se funden más tarde. Este servicio ha de ser absolutamente independiente de el del hospital, y debe tener capacidad suficiente para permitir el uso exclusivo de ropa y agua esterilizada en la asistencia de todos los partos.

E) RELACIONES CON EL HOSPITAL

I. Las maternidades deben instalarse en pabellones aislados del resto del hospital y tan alejados como sea posible de los servicios en que se atienden enfermedades infecciosas.

Los médicos del hospital sólo tendrán ingerencia en la maternidad cuando hayan de visitar allí a algunas de las enfermas trasladadas de sus respectivos servicios.

II. Toda mujer embarazada que padezca de alguna enfermedad ajena a su estado y necesite ser hospitalizada, será recibida y atendida en las salas de medicina o cirugía y se la trasladará a la maternidad en el momento del parto, si su enfermedad no es contagiosa. Si la enfermedad es contagiosa o el estado de la enferma tan grave, que impida su traslado, será asistida en la misma sala en donde esté, por el personal de la sección del aislamiento de la maternidad.

III. Es necesario que todos los hospitales en que haya maternidad posean una sala para asilar parturientas y púerperas afectadas de enfermedades infecciosas, pues estas pacientes no pueden ser recibidas en la maternidad.

IV. Siempre que en un hospital existan servicios de obstetricia y de ginecología, se les colocará bajo una sola dirección, agrupados en una sección denominada «Enfermedades de mujeres».

En las salas destinadas a ginecología se recibirá *exclusivamente* enfermedades de esta especialidad.

Las salas de cirugía general no podrán admitir enfermas de ginecología.

En los hospitales en que sólo existiere maternidad, se agregará a ésta una sala para ginecología, que quedará bajo la dirección del jefe de la maternidad.

Si en un hospital el servicio de ginecología fuere muy extenso para agregarlo a la maternidad, confiándolo a una dirección común, se nombrarán dos jefes, uno para cada servicio, pero se destinará, en todo caso, una sala de ginecología para unirla a la maternidad.