

BA.6.11



Sumario

v. 1.

Acta final.

R Exposición de la Sub-Comisión de Higiene; redactada por el personal de la División Materno infantil del Ministerio de Sanidad y Asistencia social. Jefe: Carlos A. Castillo - Primer adjunto: Ernesto R. Figueroa.

Organización y financiamiento de los servicios de higiene materno-infantiles. - Ponencia oficial presentada por la República Argentina.

Organización y financiamiento de los servicios de higiene materno-infantil. La experiencia de un distrito del Estado de Maryland; por el Dr. William J. French.-

Síndromes de carencia; ponencia a cargo de las Repúblicas de Honduras, El Salvador y Nicaragua. - Correlato venezolano, coordinador del trabajo: Dr. Ernesto Vizcarrondo; Redactores: Dres. Pedro J. Álvarez, Guillermo Rangel, Miguel Raga, J.A. Rodríguez Delgado, Germán Lara, G. Barrera Moncada.

Avitaminosis "C" en la infancia; contenido en Vitamina "C" de las principales frutas, leches y algunos vegetales en Cuba, por T. Valledor.

Síndromes carenciales en el niño del Uruguay, por el Prof. Dr. Euclides Peluffo.

Los síndromes carenciales en el niño cubano con especial referencia al beriberi agudo del lactante.

Consideraciones sobre síndromes policarenciales, por el Dr. Agustín Zubillaga.-

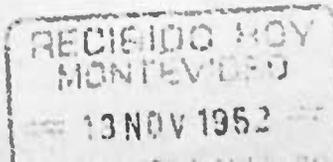
Informe sobre la profilaxis de la tuberculosis en los niños.

Síntesis de las observaciones cubanas sobre la vacunación antituberculosa con el B.C.G.; por Pedro Domingo.

R Profilaxis de la tuberculosis infantil; por la Dra. Elena Moure.

Profilaxis de la T.B.C. infantil, por el Prof. Dr. Víctor Escardó y Anaya.

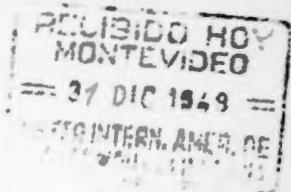
Profilaxis de la Tuberculosis infantil; correlato venezolano: Dres. José Ignacio Baldó; Juan Delgado Blanco y Rafael González Plaza.




SECRETARIA

ACTA FINAL DEL IX CONGRESO PANAMERICANO
DEL NIÑO

- 1º.- Introducción y Delegaciones
- 2º.- Sesión Preliminar de Organización
- 3º.- Sesión Solemne de Apertura
- 4º.- Sesiones Plenarias
- 5º.- Sesión de Clausura
- 6º.- Resoluciones, Recomendaciones y Votos.



INDICE DE RECOMENDACIONES, RESOLUCIONES Y VOTOS

PRIMERA SECCION

PEDIATRIA E HIGIENE MATERNO-INFANTIL

- I - Organización y financiamiento de los Servicios de Higiene Materno-Infantiles.
- II - Síndromes de Carencia.
- III - Profilaxis de la T. B. C. Infantil.

SEGUNDA SECCION

ASISTENCIA SOCIAL Y LEGISLACION

- IV - El Problema de la Infancia Abandonada y la Organización de su Asistencia.
- V - El Niño en la Seguridad Social.
- VI - El Código de Menores.
- VII - Organización de los Servicios Sociales Materno-Infantiles.
- VIII - Enseñanza de la Psiquiatría Infantil a las Personas Encargadas de los Servicios de Asistencia de Menores.
- IX - Divulgación Continental de las Realizaciones Nacionales en Materia de Servicio Social entre los países Americanos.
- X - Delito de Abandono de Menores.
- XI - Vigilancia de Menores.
- XII - Estudios comparados de Legislación de Menores.

- XIII - Plan Asistencial para el Tratamiento de los Menores Abandonados de más de siete años de edad.

TERCERA SECCION

EDUCACION

- XIV - La Educación en el Medio Rural.
XV - La Educación del Preescolar.
XVI - La Educación Progresiva.
XVII - Protección y Distracción del Niño fuera de la Escuela.

CUARTA SECCION

COOPERACION INTERAMERICANA

- XVIII - Contribución al Fondo de Emergencia Internacional para Niños, Creado por las Naciones Unidas.
XIX - Declaración de Caracas sobre la salud del niño.
XX - Información de Realizaciones y Deficiencias de cada país en Materia de Menores.
XXI - Reintegración de Menores.
XXII - Recolección de Datos Estadísticos Relacionados con la Situación del Niño en América.
XXIII - Intensificación de esfuerzos para elevar el Nivel de la Nutrición Infantil en todos los países americanos.
XXIV - Cooperación del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia en el progreso de los Servicios Sociales.
XXV - IX Conferencia Internacional de Estados Americanos.
XXVI - Voto de aplauso y solicitud de cooperación con el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.

QUINTA SECCION

VOTOS

- XXVII - Voto de aplauso a la Ponencia sobre Educación en el Medio Rural.

- XXVIII - Voto de aplauso a la República Oriental del Uruguay.
- XXIX - Voto de aplauso de las Delegaciones asistentes a la Delegación Venezolana por la Ponencia Oficial "El Código de Menores".
- XXX - Voto de aplauso por la Exposición del Congreso.
- XXXI - Sugerión hecha por el IX Congreso Panamericano del Niño a la Unión Panamericana y al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia sobre la sede del próximo Congreso.

El Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia y la Unión Panamericana, en ejercicio de la facultad que les fue concedida por el VIII Congreso Panamericano del Niño celebrado en Washington, resolvieron, después de consultar al Gobierno de los Estados Unidos de Venezuela, que la IX reunión de tal índole se efectuara en Caracas. El Gobierno de los Estados Unidos de Venezuela aceptó la elección recaída en la ciudad de Caracas y por Decreto N° 479 de la Junta Revolucionaria de Gobierno, de fecha 13 de febrero de 1.947 fijó el lapso comprendido entre el cinco y el diez de enero de 1.948, para que se realizara el Congreso y designó como Junta Organizadora de éste a la Junta Directiva del Consejo Venezolano del Niño, integrada en la siguiente forma: Dr. Gustavo H. Machado, Presidente; Dr. Ernesto Vizcarrondo, Vice-Presidente; Dr. Angel Francisco Brice, Vocal; Tte. Cnel. Julio Casañas, Vocal; Dr. Rafael Angel Camejo, Tesorero y Dr. E. Santos Mendoza, Secretario General. La Junta Organizadora designó como Sub-Secretarios a los Drs. Olinto Canacho y Pedro J. Alvarez. El Gobierno de los Estados Unidos de Venezuela procedió a invitar a los Gobiernos de los demás países americanos, a los Organismos Internacionales de protección a la infancia y a otras instituciones interesadas y vinculadas en la lucha por el bienestar del niño. El Reglamento y Temario Oficiales se hicieron del conocimiento de los países invitados, los cuales aceptaron la invitación y nombraron las Delegaciones que en seguida se enumeran:

ARGENTINA:

Jefe de la Delegación:

Excmo. Dr. Antonio Velasco

Delegados Oficiales:

Excmo. Dr. Duilio Cayetano Cassarino

Excmo. Dr. Pascual Cervini

2-

Excmo. Dr. Eduardo Raúl Stafferini

Excmo. Sr. Lorenzo Benito Pignone

BRASIL:

Jefe de la Delegación:

Excmo. Dr. Pío Taborda Veiga

CUBA:

Jefe de la Delegación:

Excmo. Dr. J. M. Gutiérrez

Delegados Oficiales:

Excmo. Srta. María Teresa Cano

Excmo. Sra. Elena Mederos de González

Excmo. Dra. Elena Moure

Excmo. Dra. Ana María Moya

Excmo. Dr. Teodosio Valledor

CHILE:

Jefe de la Delegación:

Excmo. Dr. Oscar Bustos Aburto

Delegados Oficiales:

Excmo. Profesor Salvador Fuentes

Excmo. Profesor Eugenio González

Excmo. Profesor Manuel Zamorano

Excmo. Profesor Octavio Palma

Excmo. Profesor Daniel Navoa

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA:

Jefe de la Delegación:

Excmo. Srta. Katharine F. Lenroot

Delegados Oficiales:

Excmo. Sra. Elizabeth Shirley Enochs
(Secretaria de la Delegación)

William French

3-

Excmo. Srta. Hazel Gabbard

Excmo. Srta. Katharyn Goodwyn

BOLIVIA:

Jefe de la Delegación:

Excmo. Dr. Luis Felipe Lira Girón

URUGUAY:

Jefe de la Delegación:

Excmo. Dr. Roberto Berro

Delegados Oficiales:

Excmo. Dr. Julio A. Bauzá

Excmo. Dr. Víctor Escardó y Anaya

Excmo. Dr. José Pradieri

ECUADOR:

Jefe de la Delegación:

Excmo. Dr. Alfredo Carrillo

Delegados Oficiales:

Excmo. Ldo. Luis F. Torres

Excmo. Dr. Víctor Zúñiga Garzón

COLOMBIA:

Jefe de la Delegación:

Excmo. Dr. Héctor Pedraza

Delegados Oficiales:

Excmo. Dr. Luis E. Aconcha

Excmo. Sra. Ercilia Canache de Cadenas

Excmo. Dr. Darío Sierra Londoño

Excmo. Srta. Cecilia Afanador

PANAMA:

Jefe de la Delegación:

Excmo. Sra. Otilia Arosencena de Tejeira

Delegado Oficial:

Excmo. Srta. Josefina Oller

GUATEMALA:

Jefe de la Delegación:

Excmo. Ldo. Alfonso Orantes

VENEZUELA:

Jefe de la Delegación:

Excmo. Dr. Gustavo M. Machado

Delegados Oficiales:

Excmo. Dr. Edmundo Fernández

Excmo. Dr. Luis B. Prieto

Excmo. Dr. Domingo Calatrava

Excmo. Dr. Miguel A. Morillo

Excmo. Dr. M. Zúñiga Cisneros

Excmo. Dr. Alfredo Arreaza

Excmo. Sr. Miguel Sucre

Excmo. Dr. Santiago Vera Izquierdo

Excmo. Dr. Jesús Enrique Lozada

Excmo. Dr. Edgar Loynaz Páez

Excmo. Dr. Ernesto Vizcarrondo

Excmo. Dr. Rafael A. Ganejo

Excmo. Dr. Angel F. Brice

Excmo. Tte. Cnel. Julio Casañas

Excmo. Dr. Rafael Vegas Sánchez

Excmo. Dr. Guillermo Aranda

Excmo. Dr. Leopoldo Aguerrevere

Excmo. Dr. O. León Ponte

Excmo. Sr. Armando Planchart

Excmo. Profesor Manuel Rodríguez Vázquez

Excmo. Dr. Alberto Domínguez Gallegos

Delegado Oficial:

Excmo. Srta. Josefina Oller

GUATEMALA:

Jefe de la Delegación:

Excmo. Ldo. Alfonso Orantes

VENEZUELA:

Jefe de la Delegación:

Excmo. Dr. Gustavo M. Machado

Delegados Oficiales:

Excmo. Dr. Edmundo Fernández

Excmo. Dr. Luis B. Prieto

Excmo. Dr. Domingo Calatrava

Excmo. Dr. Miguel A. Morillo

Excmo. Dr. M. Zúñiga Cisneros

Excmo. Dr. Alfredo Arreaza

Excmo. Sr. Miguel Sucre

Excmo. Dr. Santiago Vera Izquierdo

Excmo. Dr. Jesús Enrique Lozada

Excmo. Dr. Edgar Loynaz Páez

Excmo. Dr. Ernesto Vizcarrondo

Excmo. Dr. Rafael A. Ganejo

Excmo. Dr. Angel F. Brice

Excmo. Tte. Cnel. Julio Casañas

Excmo. Dr. Rafael Vegas Sánchez

Excmo. Dr. Guillermo Aranda

Excmo. Dr. Leopoldo Aguerrevere

Excmo. Dr. O. León Ponte

Excmo. Sr. Armando Planchart

Excmo. Profesor Manuel Rodríguez Vázquez

Excmo. Dr. Alberto Domínguez Gallegos

Excmo. Dr. J. A. Rodríguez Delgado

Excmo. Dr. M. Núñez Ponte
 Excmo. Dr. Luis Loreto L.
 Excmo. Dr. Cipriano Domínguez
 Excmo. Dr. Aníbal Dao
 Excmo. Dr. Manuel Lander.
 Excmo. Dr. Pastor Orpeza
 Excmo. Dr. Carlos Castillo
 Excmo. Dr. José Ortega D.
 Excmo. Dr. E. Santos Mendoza
 Excmo. Dr. Juvencia Ochoa
 Excmo. Dr. A. Mateo Alonso
 Excmo. Dr. Pedro J. Alvarez
 Excmo. Dr. Olinto Canacho
 Excmo. Dr. Ricardo Archila
 Excmo. Dr. Luis Felipe Urbaneja
 Excmo. Dr. Alí Lasser
 Excmo. Sra. Carolina D'Lina
 Excmo. Sr. Vicente González, h.
 Excmo. Dr. José Ignacio Baldó
 Excmo. Dr. Agustín Zubillaga
 Excmo. Dr. Jorge Lizarraga
 Excmo. Dr. Oscar Mayz Vallenilla
 Excmo. Dr. Angel Eairo Govea
 Excmo. Dr. Ricardo Hernández Rovati
 Excmo. Dr. Luis Guafía Laçau
 Excmo. Dr. Alfredo J. González
 Excmo. Dr. Armando Millán
 Excmo. Dr. Rogelio Decanio
 Excmo. Dr. Ceferino Alegría
 Excmo. Dr. Ernesto Figueroa
 Excmo. Dr. Simón Gómez Malaret

Excmo. Sr. Eduardo Rivas Casado
Excmo. Profesor A. Valero Ostos
Excmo. Profesor Antonio Rojas
Excmo. Profesor Angel Guillermo Henríquez
Excmo. Profesor Víctor H. Orozco
Excmo. Srta. Elisa Elvira Zuloaga
Excmo. Profesor Dionisia López Orihuela
Excmo. Profesor J. M. Alfaro Zamora
Excmo. Sr. Reinaldo Leandro Mora
Excmo. Presbítero Luis Rottendaro
Excmo. Presbítero Isaiás Ojeda
Excmo. Sr. René Domínguez
Excmo. Profesora Mercedes Fermín Gómez
Excmo. Dr. Luis Manuel Poñalver
Excmo. Dr. J. M. Siso Martínez
Excmo. Srta. Bolivia Tovar
Excmo. Sra. Albertina de Luchessi
Excmo. Sr. Pedro Tomás Vázquez
Excmo. Sr. Luis Eduardo Egui
Excmo. Sr. Julio Silva Flores
Excmo. Sr. L. A. Machado Cisneros
Excmo. Dr. Pedro Salazar Gamboa
Excmo. Sr. Eduardo Gutiérrez Prado
Excmo. Sr. Nicolás Chirinos
Excmo. Sr. José Juan Pacheco
Excmo. Srta. Antonia Fernández
Excmo. Sra. Ada Pérez de Boccalandro
Excmo. Srta. Josefina Coronil
Excmo. Sra. Mercedes Carvajal de Arocha
Excmo. Srta. Cecilia Núñez Sucre
Excmo. Profesor José R. Mena Moreno

Excmo. Profesor J. M. Escuraina Duque

Excmo. Sr. J. A. Román Valecillos

Excmo. Dra. Celia Lang de Maduro..

Excmo. Dr. Luis A. Caballero Mejía

Excmo. Sr. Luis Padrino

Excmo. Dr. Antonio Leidenz ..

Excmo. Dr. Germán Sánchez Piña

Excmo. Dr. Julio Bustamante

Excmo. Sr. Albarto Armitano ..

Excmo. Dr. José Agustín Méndez ..

Excmo. Dra. Panchita Soublotte Salusso

COSTA RICA:

Jefe de la Delegación:

Excmo. Profesor Luis Felipe González

SESION PRELIMINAR DE ORGANIZACION

A las tres horas de la tarde del día 4 de enero de 1.948, los señores Delegados presentes en la ciudad de Caracas, se reunieron en sesión preliminar de organización, con el objeto de presentar a los señores Miembros Oficiales extranjeros, elegir la Mesa Directiva del Congreso, designar los Presidentes y Vice-Presidentes de Honor, nombrar los Miembros Honorarios, designar la Comisión Técnica de Resoluciones y Votos, elegir los Presidentes, Vice-Presidentes y Secretarios de las diferentes Secciones del Congreso, designar las Comisiones Técnicas correspondientes, establecer el orden de precedencia y dar el informe correspondiente de la Junta Organizadora del IX Congreso Panamericano del Niño.

Presentación de los señores Miembros Oficiales Extranjeros.-

El Presidente de la Junta Organizadora del Congreso hizo la presentación de los señores Miembros Oficiales asistentes, con el ceremonial de estilo.

Designación de Presidentes y Vice-Presidentes de Honor.-

La Presidencia designó Presidentes de Honor al Excmo. señor Rómulo Betancourt, Presidente de la Junta Revolucionaria de Gobierno de los Estados Unidos de Venezuela, al Excmo. señor Rómulo Gallegos, Presidente electo de la República, al Excmo. señor doctor Andrés Eloy Blanco, Presidente de la Comisión Permanente de la Asamblea Nacional Constituyente y al Excmo. Señor doctor Lorenzo Herrera Mendoza, Presidente de Honor a los Miembros de la expresada Junta Revolucionaria de Gobierno y a los Ministros de los Despachos Ejecutivos de los Estados Unidos de Venezuela.

Elección de Mesa Directiva del Congreso.-

Los señores Delegados designaron Presidente, primer Vice-Presidente, segundo Vice-Presidente, Secretario General y Sub-Secretario

tarios a los Excmos. señores Dr. Gustavo H. Machado, Dr. Ernesto Vizcarrondo, Dr. Antonio Velasco, Dr. E. Santos Mondeza y Dres. O-linto Canacho y Pedro J. Alvarez, respectivamente.

Designación de los Miembros Honorarios.-

Los señores Delegados designaron Miembros Honorarios a los Excmos. señores Jefes de las Delegaciones asistentes.

Presidentes, Vice-Presidentes y Secretarios de las diferentes Secciones del Congreso.

Seguidamente se procedió a efectuar las elecciones para los cargos anteriormente mencionados, con el siguiente resultado:

Primera Sección: Pediatría e Higiene Materno-Infantil:

Presidente: Dr. Julio A. Bauzá

Vice-Presidente: Dr. Teodosio Valledor

Secretario: Dr. Antonio Velasco

Segunda Sección: Asistencia Social y Legislación:

Presidente: Srta. Katharine F. Lenroot

Vice-Presidente: Dr. Luis Felipe Urbaneja

Secretario: Sra. Otilia Arosmena de Tejeira

Tercera Sección: Educación

Presidente: Profesor Luis Felipe González

Vice-Presidente: Dr. Oscar Bustos

Secretario: Dr. Héctor Pedraza

Designación de las Comisiones Técnicas correspondientes:

Acto continuo, se procedió a elegir a las personas que han de integrar las Comisiones Técnicas, con el siguiente resultado:

PRIMERA COMISION

Pediatría e Higiene Materno-Infantil

Presidente: Dr. Pastor Oropeza

Secretario: Dr. Carlos Castillo

Dr. Luis E. Aiconcha
Dr. Darío Sierra Londoño
Dr. Lorenzo Benito Pignone
Profesor Félix Hurtado
Dr. Pascual Benigno Cervini
Dr. William French
Dr. Julio A. Bauzá
Dr. Fío Taborda Veiga

SEGUNDA COMISION

Asistencia Social y Legislación

Presidente: Dr. Luis Felipe Urbaneja

Sra. Elena Médicos de González

Sra. Dra. Elena Mourc

Dr. E. Santos Mendoza

Sra. Ercilia Camacho de Cadena

Srta. Josefina Oller

Profesor Manuel Zamorano

Srta. Cecilia Afanador

Sr. Víctor Hugo Escalá

Dr. Eduardo Stafferini

Dr. Luis Felipe Lira Girón

Srta. Katharine F. Lenroct

Dr. Roberto Berro

Dr. José Praderi

Srta. Katharyn Goodwyn

TERCERA COMISION

Educación

Presidente: Dr. J. M. Gutiérrez

Secretario: Sra. Otilia Arosemena de Tejcira

Srta. Mercedes Fermín

Srta. Bolivia Tovar
Srta. Ana María Moya
Dr. Oscar Bustos
Dr. Héctor Pedraza
Profesor Luis Felipe González
Dr. Alfonso Orantes
Dr. D. Cayetano Cassarino
Srta. Hazel Gabbard
Dr. Víctor Escardó y Anaya
Profesor Daniel Navea
Dr. Alfredo Carrillo
Ido. Luis F. Torres
Sr. Víctor Zúñiga Garzón.

CUARTA COMISION

Cooperación Interamericana

De acuerdo con el artículo 20 del Reglamento y Temario Oficiales, la Comisión Técnica de Cooperación Interamericana se constituyó de la manera siguiente:

Dr. Gustavo H. Machado, Presidente del IX Congreso Panamericano del Niño

Dr. E. Santos Mendoza, Secretario General del IX Congreso Panamericano del Niño

Dr. Julio A. Bauzá, Presidente de la Primera Sección

Srta. Katharine F. Lenroot, Presidente de la Segunda Sección

Profesor Luis F. González, Presidente de la Tercera Sección

Dr. Víctor Escardó y Anaya, Representante del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia y

Sra. Elizabeth Shirley Enochs, Representante de la Unión Panamericana.

QUINTA COMISION

Resoluciones y Votos

De acuerdo con el artículo 21 del Reglamento y Tomario Oficiales, la Presidencia designó al doctor Roberto Berro, Delegado del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, como Presidente de esta Comisión; a la señorita Katharine F. Lenroot, para Vice-Presidente; y al doctor Luis Felipe Urbanoja, para Secretario.

Orden de precedencia:

De acuerdo con el artículo 22, letra h) del Reglamento y Tomario Oficiales, se efectuó el sorteo del orden de precedencia de las Delegaciones y se obtuvo el siguiente resultado:

Argentina
Brasil
Cuba
Chilo
Estados Unidos de América
Bolivia
Uruguay
Ecuador
Colombia
Panamá
Guatemala
Venezuela
Costa Rica

Informe de la Secretaría General:

También se leyó el informe de la Secretaría General de la Junta Organizadora del IX Congreso Panamericano del Niño, de conformidad con el artículo 22, letra i) del Reglamento y Tomario Oficiales.

los.. Dicha lectura fue hecha por el Dr. E. Santos Mendoza, Secretario General, a petición del doctor Gustavo H. Machado, Presidente de la Junta Organizadora.

SESION SOLEMNE DE APERTURA

El día 5 de enero de 1.948, se celebró la sesión solemne de apertura del Congreso, con asistencia del Excmo. señor Rómulo Betancourt, Presidente de la Junta Revolucionaria de Gobierno de los Estados Unidos de Venezuela, quien declaró inaugurado el Congreso.

El Excmo. señor doctor Edmundo Fernández, Ministro de Sanidad y Asistencia Social de los Estados Unidos de Venezuela, pronunció el discurso inaugural.

Los Excmos. señores doctor Gustavo H. Machado, Presidente de la Junta Organizadora del Congreso, la señorita Katharine F. Lenroot, Vice-Presidente del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, la señora Elizabeth Shirley Enochs, Representante de la Unión Panamericana, doctor Fred L. Soper, Representante de la Oficina Sanitaria Panamericana y doctor Roberto Berro, Presidente de la Delegación Uruguaya, pronunciaron brillantes discursos alusivos a las finalidades del Congreso.

SESIONES PLENARIAS

El Congreso realizó tres sesiones plenarias las cuales se dedicaron a asuntos de interés general, a la discusión de las Recomendaciones y Resoluciones presentadas y de los informes rendidos por las Comisiones Técnicas. Después de efectuadas las sesiones plenarias antes indicadas, según el artículo 25 del Reglamento y Temario Oficiales del Congreso, se realizó una Sesión Plenaria de Miembros Oficiales bajo la presidencia de la Comisión Técnica de Cooperación Interamericana, en la cual el Director del Instituto

Internacional Americana de Protección a la Infancia informó sobre el movimiento habido en América en pro del bienestar del niño, desde el Congreso anterior hasta la fecha y sobre las medidas que debían tomarse para una más amplia cooperación continental.

SESION DE CLAUSURA

La Sesión de Clausura se efectuó con asistencia de los Excelentísimos señores Ministros de Educación Nacional y de Sanidad y Asistencia Social de los Estados Unidos de Venezuela, de la Junta Directiva del Congreso y de las Delegaciones asistentes. El Dr. Héctor Pedraza, Presidente de la Delegación de la República de Colombia, hizo uso de la palabra en nombre de las Delegaciones asistentes. El Dr. Luis B. Prieto, Ministro de Educación Nacional, clausuró el Congreso.

RESOLUCIONES, RECOMENDACIONES Y VOTOS

Las Resoluciones, Recomendaciones y Votos aprobados por el Congreso son las que de seguida se expresan:

RECOMENDACIONES

Sección Primera

- I -

ORGANIZACION Y FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE HIGIENE

MATERNO--INFANTILES

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

C o n s i d e r a n d o :

Que los Servicios de Maternidad e Infancia deben ser multiplicados en todos los países americanos con la finalidad de proteger adecuadamente a la madre y de cuidar al niño en su desarrollo físico y psíquico,

R e c o m i e n d a :

1º.- Se considere como Servicio Materno-Infantil óptimo, a aquél que está integrado dentro de los servicios sanitarios locales que prestan protección sanitaria a la familia y a la colectividad: Unidad Sanitaria, Centros de Salud, Medicaturas Rurales. Cuando por circunstancias especiales sea necesaria la creación de Centros Materno-Infantiles, se recomienda adscribirlos al Servicio Sanitario local a que corresponda.

2º.- Las diversas Instituciones de Higiene Materno-Infantil, deben trabajar armónicamente y formando parte de las funciones del Servicio de Higiene Materno-Infantil (Higiene Mental, Dental, Salas Cunas, Jardines de Infancia, etc.).

3º.- Se considere el trabajo de la Enfermera Sanitaria en forma generalizada como la mejor forma para estudiar y resolver los problemas que directa o indirectamente influyen en la salud de la madre y el niño.

4º.- Se ajusten las actividades de Higiene Materno-Infantil a las disponibilidades técnicas y económicas, dándole preferencia a las labores fundamentales de puericultura.

5°.- Se efectúe el financiamiento de los Servicios de Higiene Materno-Infantil, con la participación Federal, Estatal, Municipal y Privada, en proporción de acuerdo con las características de cada país, bajo la condición de que la dirección técnica esté centralizada bajo un solo comando y actúe de acuerdo con las normas técnicas elaboradas por la División Materno-Infantil del Departamento correspondiente de cada país.

6°.- Que los Servicios Asistenciales del niño enfermo estén estrechamente ligados al Servicio de Higiene Materno-Infantil y de preferencia integrado en el Servicio Sanitario local.

- II -

SINDROMES DE CARENCIA

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

C o n s i d e r a n d o s :

Que el Estado debe proveer por todos los medios de su alcance a la defensa del elemento humano que habita en su territorio y que uno de esos medios es el suministro y vigilancia de una alimentación sana, técnicamente dirigida y provechosa,

R e c o m i e n d a s :

1°.- Que el Estado intensifique la protección de la familia mediante el establecimiento del Seguro Social y del subsidio familiar que ha de destinarse preferentemente a mejorar la salud del niño y que deberán ser combinados con servicios especiales cuando ellos sean necesarios para mejorar las condiciones en el hogar.

2°.- Que el Estado procure la creación de Institutos de Alimentación que se ocupen del estudio de los problemas alimenticios, prestando atención especial a la investigación de la composición de los alimentos de consumo predominantes en cada país, a la educación del pueblo en esta materia, a la creación de servicios co-

lectivos de alimentación, y a la preparación del personal que realice estos cometidos.

3°.- Que los Servicios de Puericultura e Higiene Escolar fomenten el establecimiento de estaciones de leche de tipo educativo, de casas-cunas, jardines de infancia y comedores escolares.

4°.- A fin de obtener la más adecuada alimentación del menor se recomienda además todas aquellas medidas encaminadas a incrementar la producción de alimentos, abaratar la vida y evitar la especulación, el acaparamiento, la adulteración y la propaganda indebida sobre productos dietéticos y alimenticios en general.

5°.- Dada la importancia del problema para el futuro bienestar de las naciones americanas se recomienda que el tema de alimentación infantil y de las enfermedades causadas por su deficiencia, sea de nuevo tratado en el próximo Congreso Panamericano del Niño.

-III-

PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

R e c o m i e n d a :

1°.- Que se considere que la profilaxis de la tuberculosis infantil debe mantenerse sobre la base de las medidas clásicas de eficacia ya reconocida en lucha anti-tuberculosa, cuales son el descubrimiento precoz de casos infecciosos y su aislamiento.

Para el logro de lo primero se adopta la recomendación formulada hace un año por la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, que dice: "Se recomienda el examen sistemático y periódico de colectividades aparentemente sanas por el método fluoro-fotográfico introducido por De Abreu, dando preferencia a aquellos grupos que los estudios epidemiológicos señalan como los más afectados, cuando los recursos no permiten su generalización.

10-

Si este método se pone en práctica también con el objeto de investigación epidemiológica, deberán agregarse las reacciones tuberculínicas.

La intensificación de este método no debe hacerse a expensas de la labor del Dispensario, base actual de la lucha anti-tuberculosa.

Con el objeto de extender más el campo del descubrimiento de casos, deberán incrementarse los métodos de enseñanza que capacitan al médico general para la consecución de dicho propósito.

Para la correcta realización del aislamiento se considera indispensable poner a la disposición de la lucha anti-tuberculosa al número de camas necesarias por lo que la capacidad de cada país al respecto deberá dirigirse en este sentido, desistiendo de otros tipos institucionales como el preventorio.

2º.- Se considera que la resistencia a la tuberculosis puede ser aumentada por medidas indirectas de acción inespecífica, y por medidas directas de acción específica.

Las primeras, que comprenden todo lo que tienda a mejorar el nivel de vida, ocupan el primer puesto, debiendo destacarse cuando de niños se trata, el sitio que corresponde a la educación.

Las segundas están representadas hasta el momento actual, por la vacunación B.C.G., cuyo uso se recomienda dentro de la práctica de la administración sanitaria, como un elemento que debe agregarse a las medidas de profilaxis de eficacia ya reconocida en lucha anti-tuberculosa, y sin que éstas sufran ningún menoscabo.

Se recomienda la constitución internacional de bacteriólogos, de médicos y de estadísticos, para que estudie la manera de uniformar los procedimientos de elaboración, de aplicación y de evaluación de los resultados obtenidos con dicha vacuna.

3º.- Se recomienda una mayor atención de la que actualmente se está prestando en algunos países del Continente Americano en lo que respecta al control de la tuberculosis bovina.

Sección Segunda

- IV -

EL PROBLEMA DE LA INFANCIA ABANDONADA Y LA ORGANIZACION DESU ASISTENCIAEL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

R e c o m i e n d a :

A los países en él representados, la adopción de los principios y normas expresados en estas recomendaciones, sobre el Problema de la Infancia Abandonada y la Organización de su Asistencia:

1º.- El Estado moderno debe destinar la mayor suma posible de recursos económicos para combatir el abandono de menores.

2º.- Las leyes de seguridad social impidiendo la miseria y favoreciendo la cultura popular serán factores importantes en la prevención del abandono.

3º.- La asistencia del niño abandonado debe preferentemente hacerse en el hogar: en el propio, si fuere posible; en un hogar extraño moralmente constituido o en alguna institución que lo sustituya; asegurando la estabilidad de vida del menor, mediante fórmulas legales que puedan conducir a la adopción o a la legitimación adoptiva.

4º.- Los establecimientos para la internación de los menores abandonados deben organizarse bajo el régimen familiar o semi-familiar. Quedará totalmente abolido todo sistema punitivo, sustituyéndolo por métodos educativos y reeducativos. En todos ellos deberá realizarse el examen individual de los ingresados desde los puntos de vista médico, psicológico, educacional y social.

5º.- Siendo el Servicio Social técnicamente organizado con un personal especializado, el medio auxiliar de mayor eficacia para disminuir los males del abandono social, el Estado moderno debe estimular y proteger su acción y desarrollo.

EL NIÑO EN LA SEGURIDAD SOCIALEL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

R e c o m i e n d a :

1º.- Reactualizar el valor de las sugerencias y resoluciones aprobadas en el VIII Congreso Panamericano del Niño realizado en Washington, en mayo de 1942 y en el Congreso Interamericano de Seguridad Social, efectuado en Santiago de Chile.

2º.- Insistir en la necesidad de que en los planes de seguridad social se otorgue la debida importancia a la asistencia y protección infantiles, coordinando el Sistema de Seguridad Social, con los recursos y la planificación acordados por organismos de salubridad, asistencia, trabajo y educación.

3º.- Promover y realizar un efectivo intercambio de experiencias e informaciones sobre los planes, programas, métodos y resultados que en materia de seguridad social, protección y asistencia infantil, realicen los diversos países del Continente Americano.

EL CODIGO DE MENORESEL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

C o n s i d e r a n d o:

Que las disposiciones que se relacionen con la protección de menores han adquirido tal autonomía que permite y aconseja su codificación en un cuerpo legal capaz de mantener su unidad doctrinaria y de coordinar la legislación acerca de la materia,

R e c o m i e n d a:

a los países de América las instituciones y normas relativas al Código de Menores que se determinan a continuación, con su adaptación a las exigencias del régimen constitucional y condiciones sociales y culturales de cada Nación.

DEL CODIGO DE MENORES

1.- La legislación especial que reconozca los derechos del menor, trate de ellos y reglamente su protección; establezca todo lo relativo a los Tribunales de Menores y las disposiciones legales de excepción que favorezcan al menor, se reunirán en un cuerpo de Leyes que se denominará Código de Menores. Dicho cuerpo de Leyes se inspirará en los principios generales del derecho de menores y sus disposiciones deberán obedecer a un plan general técnicamente formulado.

2.- El Código de Menores tendrá por finalidad formular, reglamentar y proteger el derecho del menor a vivir en condiciones que le permitan llegar a su completo y normal desarrollo físico, intelectual y moral.

3.- El alcance de las disposiciones del mencionado Código se determinará de acuerdo con las siguientes normas:

- a) Su aplicación se extenderá a todos los menores que se encuentren en el país, cualquiera que sea su nacionalidad -

dad, raza, religión y condición social y económica. Cada Estado podrá también, dentro del límite de sus posibilidades proteger a los menores racionales fuera de sus fronteras.

- b) Deben recibir aplicación inmediata en virtud de su carácter de normas de orden público y de que tienden a mejorar la condición del menor. Por tanto, deben aplicarse aún en los casos que estén pendientes de decisión para la fecha en que entren en vigencia.
- c) Por constituir ley especial en lo que respecta al derecho de menores, debe ser aplicado preferentemente a otros cuerpos legales en los asuntos que en alguna forma afecten los intereses de menores.

DECLARACION DE DERECHOS DEL MENOR

1.- El Código de Menores, en atención a la necesidad de protección en que se encuentra el menor, deberá contener en su Título Preliminar una declaración de sus derechos. En ella se le reconocerán aquéllos que por su mayor importancia deben ser defendidos con especial empeño por el Estado y por la sociedad, incluyéndose los siguientes:

- a) El de conocer a sus padres;
- b) El de ser integralmente asistido, alimentado y defendido en su salud hasta su completo desarrollo, dentro de un ambiente de seguridad material y moral, por las personas a quienes legalmente corresponda, y en su defecto, por el Estado;
- c) El de no ser explotados ni en su persona ni en su trabajo; y de no sufrir maltratos morales ni corporales;
- d) El de gozar de una educación integral y orientada a formar el espíritu democrático;
- e) El de ser amparados y juzgados por leyes, disposiciones y tribunales especiales;
- f) El de no ser considerados como delincuentes, y consecuentemente, de no sufrir penas por las infracciones legales que cometan;
- g) El de que la justicia que se les imparta sea absolutamente gratuita;
- h) El de no ser apartado del seno de su familia sino en los casos que constituyan grave peligro para su seguridad material o moral;
- i) El de no ser sometido a prácticas o enseñanzas religiosas distintas a las ejercidas o suministradas en el hogar de sus padres;
- j) El de no sufrir calificaciones humillantes en razón de la naturaleza de su nacimiento.

DEBERES Y DERECHOS DEL ESTADO

1.- Corresponde al Estado ejercer por medio de las instituciones adecuadas, la vigilancia y protección del menor desde su concepción hasta la edad de diez y ocho años, en cuanto no sean ejercidas por los padres o demás personas a quienes la ley obliga a ese deber o confiere tal atribución, o cuando el menor no se encuentre bajo la protección de las mismas.

2.- El Estado deberá establecer o reconocer las instituciones requeridas para el cabal ejercicio de la protección del menor.

3.- Corresponde al Estado coordinar los servicios de protección de menores sostenidos por las otras entidades políticas o administrativas de la Nación y por instituciones privadas o personas particulares, con el objeto de que la asistencia al menor se realice en forma eficaz y planificada y a fin de que no pueda ser desvirtuada de sus finalidades específicas.

4.- Corresponde al Estado autorizar y vigilar el funcionamiento de las instituciones y establecimientos de cualquiera especie que estén dedicados a la protección o asistencia de menores a las que deberá estimular y proteger.

5.- El Estado deberá estimular y proveer el bienestar de la familia como el método más indicado para la seguridad moral y material del menor.

DE LOS INSTITUTOS OFICIALES DE PROTECCION

DE MEJORES

1.- El Estado ejercerá la vigilancia y protección de los menores por medio de un instituto u organismo central, el cual tendrá a su cargo la vigilancia y coordinación de los organismos oficiales y privados dedicados a la madre y al niño y además, el estudio del problema médico-social de éstos. Se considera conveniente la autonomía funcional de dicho instituto central, de conformidad con las exigencias de la organización constitucional de cada país.

2.- En dicho instituto central deberán estar representados los Despachos y demás oficinas gubernamentales y organismos privados que por sus obras de protección a los menores sean merecedores de tal representación.

3.- La creación y atribuciones de los diversos establecimientos de protección de menores, adecuados a las diversas edades y condiciones, deberá obedecer a un plan general formulado conforme a la técnica de la materia por el Instituto Central.

4.- El Instituto Central fundará con sus propios recursos o gestionará de las instituciones públicas o privadas la creación de instituciones, obras y servicios relacionados con la vida, desarrollo y bienestar de los menores.

5.- Los organismos previstos para la defensa de los menores deberán colaborar directamente con las autoridades encargadas del cumplimiento de las normas reglamentarias del trabajo de menores en forma de obtener su más estricta aplicación y la más severa punición de sus infracciones.

DE LA ADOPCION

1.- La adopción debe facilitarse y simplificarse a objeto de que pueda llegar a desempeñar, entre otros fines, la importante función social de proporcionar hogar a numerosos menores desamparados.

2.- La edad mínima requerida para ser adoptante no debe fijarse en más de treinta años.

3.- Debe permitirse la adopción a las personas casadas aunque tengan hijos habidos en el matrimonio, en los casos en que la adopción no cause serio perjuicio a dichos hijos.

4.- La legislación sobre adopción debe inspirarse principalmente en el interés de los menores.

5.- En todo procedimiento de adopción el Juez deberá ser ampliamente informado por el Servicio Social respectivo acerca de las cualidades personales de los padres carnales y de los peticionarios, sus condiciones de vida, su situación económica y moral, y en general, sobre todas aquellas circunstancias que sirvan para formarse concepto sobre la conveniencia de la adopción.

6.- Se recomienda que antes de autorizarse definitivamente la adopción, se establezca un período de prueba de una duración prudencial durante el cual el adoptado deberá convivir con el adoptante, a fin de que el Juez pueda resolver con mayor certeza sobre la conveniencia o no de la adopción.

7.- Se considera conveniente que las Autoridades Judiciales competentes para conocer de la adopción, sean las del domicilio del adoptante.

DE LA LEGITIMACION ADOPTIVA

1.- Los menores abandonados o hijos de padres desconocidos podrán ser objeto de una adopción de efectos más amplios que la adopción ordinaria, a fin de que dichos menores adquirieran con respecto a sus adoptantes los mismos derechos que tienen los hijos legítimos con respecto a sus padres. Esta institución podrá denominarse "legitimación adoptiva", y deberá el Código de Menores reglamentar el procedimiento para acordarla, lo cual competirá a los Jueces de Menores.

2.- Se recomienda para la legitimación adoptiva el período provisional de prueba a que se refiere la recomendación 6 del Capítulo V.

DE LA PATRIA POTESTAD

1.- El conocimiento de todos los asuntos de jurisdicción graciosa o contenciosa relativos a la patria potestad o a su ejercicio en cuanto tiene relación con la persona del menor y nó con respecto a sus bienes, debe atribuirse a los Tribunales de Menores.

2.- El Juez de Menores debe estar facultado para atribuir la patria potestad a aquél de los padres naturales que no la tengan por la Ley, cuando considere que así conviene para asegurar mejor formación moral, la instrucción o aún las necesidades materiales del menor.

3.- Igual facultad debe conferirse a dicho magistrado con respecto a los hijos legítimos cuando sus padres estén divorciados o separados legalmente de cuerpos, o separados de hecho; y a los hijos nacidos de matrimonios que se hayan declarado nulos.

4.- El Juez de Menores podrá establecer que el menor sea visitado periódicamente por aquel de sus padres que no tenga la patria potestad sobre él, y también permitir que pase cortas temporadas periódicas a su lado.

DE LOS ALIMENTOS

1.- La acción de alimentos debe facilitarse en cuanto sea posible y hacerla expedita, eficaz y gratuita.

2.- Debe autorizarse a los Fiscales del Ministerio Público, a las autoridades civiles y a funcionarios de asistencia social que se consideren más indicados para ello, a fin de que ejerzan la acción de alimentos en representación de los menores que los requieran. En todo caso podrá concederse de oficio.

3.- La competencia para conocer de esa acción debe darse a los tribunales de menores o a los que desempeñen sus funciones, y a todos los tribunales civiles inferiores, tanto de la jurisdicción donde el menor habite o resida, como de la del domicilio del deudor de los alimentos.

4.- El Juez que conozca el juicio debe estar facultado para fijar alimentos provisionales.

5.- La tramitación del juicio por alimentos deberá ser lo más breve posible y las actuaciones respectivas deberán despacharse con carácter urgente, de preferencia a cualesquiera otros asuntos civiles.

6.- El crédito por alimentos de los hijos menores deberá ser privilegiado.

7.- El incumplimiento de la obligación de pagar pensión alimenticia a los hijos menores, debe considerarse como un delito social, punible con pena de arrasto, la cual será más grave cuando se haya incurrido en ocultación de bienes; y se reputará como abandono del hijo, a los demás efectos legales.

8.- Para acreditar la filiación, a los solos efectos de la acción de alimentos, podrá admitirse el testimonio de emplea-

DE LA TUTELA DEL ESTADO

1.- El Estado deberá asumir la tutela de los menores en situación irregular que no tengan representante legal conocido.

2.- El Estado será en todo caso el titular de dicha tutela y podrá ejercerla por órgano de los respectivos Institutos, tanto oficiales como particulares debidamente autorizados, en los casos de colocación institucional y por órgano de los guardadores, en los casos de colocación familiar.

El Estado vigilará el desempeño de la tutela por parte de las personas que la ejercen en su representación.

3.- Si durante la tutela del Estado el representante legal reclamare al menor, deberá abrirse una averiguación ante el Tribunal Judicial de Menores sobre las causas del abandono, y si el Juez de Menores no las estimare excusables, ordenará que el menor continúe bajo la tutela del Estado, mientras a su juicio ello sea beneficioso al menor.-

DE LA COLOCACION FAMILIAR

1.- La colocacion familiar consiste en la entrega de un menor a una familia, con la obligacion de alimentarlo, educarlo, vestirlo, darle habitacion, prestarla atencion medica, vigilarlo, dirigirlo y, en general, asistirlo como si fuere un miembro de ella. Esta institucion debe estimularse y perfeccionarse cuanto sea posible, por los grandes beneficios que puede rendir y por las ventajas que generalmente ofrece sobre la colocacion institucional.

2.- La colocacion familiar podra ser realizada por el Juez de Menores, o por los funcionarios asistenciales que la Ley determine, y tambien temporalmente por los padres y guardadores que se encuentran imposibilitados por causa legitima de tener a su lado a sus hijos o pupilos. Toda colocacion familiar temporal hecha por particulares debe ser notificada de inmediato al Juez de Menores o a los demas funcionarios asistenciales que la Ley determine. Las colocaciones que no hubieren sido notificadas, deberan investigarse y podran ser revocadas por los mismos magistrados o funcionarios.

3.- Los jueces y demas funcionarios solo podran ordenar colocaciones familiares en aquellos hogares que esten evidentemente capacitados desde el punto de vista moral y economico para recibir a menores. Dicha capacitacion debera demostrarse ampliamente mediante investigaciones llevadas a efecto con el mayor esmero.

4.- Las colocaciones familiares deberan estar bajo la atenta vigilancia y frecuente inspeccion de los servicios sociales dependientes del funcionario o instituto que ordeno la colocacion.

5.- Las colocaciones familiares podran ser remuneradas o no, y deberan efectuarse conforme a una reglamentacion completa que

6.- Se prohibirá que los menores sean sometidos a trabajos que entorpezcan su desarrollo físico, que alteren su salud, o pongan en peligro su integridad corporal. También se prohibirá toda labor que les perjudique en sus facultades mentales o en su formación moral.

DE LA PROTECCION INTELECTUAL, MORAL Y FISICADE LOS MENORES

- 1.- El Estado estará obligado a facilitar cuantos medios puedan contribuir a la formación moral e intelectual del menor, a cuyo efecto fomentará y brindará apoyo y orientación a las actividades recreativas que sean conducentes a este fin (Teatro Infantil, Bibliotecas Juveniles, actividades deportivas, etc.); e impedir que los menores asistan a espectáculos públicos perjudiciales a su formación moral.
- 2.- Deberá prohibirse que en la publicación de noticias por la prensa, la radio u otro medio semejante, sobre delitos cometidos por menores, o sobre atentados al pudor u otros delitos cometidos contra ellos, se identifique al menor que haya sido autor o víctima de los mismos.
- 3.- El Código de Menores deberá establecer las normas necesarias para impedir toda actividad recreativa, lectura, asistencia a espectáculos o concurrencia a lugares que puedan resultar perjudiciales para la salud física o moral del menor.
- 4.- Los libros y publicaciones destinados a la infancia deberán ser revisados por una junta de censura nombrada por las autoridades del ramo. Dicha junta estará integrada en lo posible por personas especializadas en la materia.
- 5.- Se prohibirá que en las Bibliotecas abiertas al público se permita a los menores la lectura de obras que no sean las indicadas en el número anterior.

conducta o personalidad de menores permanecerán secretas y sólo podrán comunicarse cuando así lo exija el interés del menor o haya algún otro motivo grave.

7.- Toda información verbal o escrita recibida por cualquier funcionario público o de cualquiera Institución asistencial o de otra especie, relacionada con menores, se considerará de carácter confidencial y deberá permanecer secreta, aplicándosele lo prescrito en la anterior recomendación.

8.- En los servicios sociales para el niño se respetará la religión de ésta.

En los casos en que resulte necesario trasladar a un niño a otro hogar, deberá hacerse su colocación en uno de su misma fé religiosa; siempre que ello sea practicable.

9.- A los fines de la protección por el Estado, el Código de Menores deberá clasificar en períodos la vida del menor, de acuerdo con las necesidades y exigencias de ésta y con los medios de protección al alcance de cada Estado.

DE LOS MENORES EN SITUACION IRREGUIAR

1º.- El Código determinará las distintas situaciones irregulares en que pueda encontrarse un menor, especificando las que deben calificarse como de abandono material, abandono moral -- como de peligro.

2º.- La denuncia del estado de abandono en que viva un menor debe ser obligatoria para todo ciudadano. Dicha denuncia se presentará ante las autoridades de protección de la infancia que exista en la localidad. A falta de ellas, deberá hacerse dicha denuncia ante las autoridades policiales.

3º.- Las autoridades encargadas de la protección y asistencia del niño en situación irregular, al tener conocimiento y haberla comprobado, concurrirán a hacer cesar esa situación, aplicando al menor el régimen adecuado, en su propio hogar, al cual se le procurará integrar, ofreciéndole, al mismo, la ayuda moral y económica que pudiera requerir. Si esto no fuera conveniente, se ocurrirá a la colocación familiar o a una institución adecuada.

La autoridad competente determinará los casos en que se aplicarán al menor la colocación familiar o la institucional.

4º.- Debe investigarse la responsabilidad que los padres puedan tener en el abandono del menor. Esta responsabilidad no cesa por el hecho de que el menor abandonado haya sido sometido al régimen de protección.

5º.- El Código de Menores deberá contener las disposiciones legales que se consideren necesarias para hacer eficaz la obligación que tiene el Estado de asistir a los hijos de padres desconocidos, al efecto, establecerá lo siguiente:

- a) La obligación para toda persona que tenga conocimiento de hallarse abandonado un niño incapaz de ser identifica-

recibir a los hijos de padres desconocidos que fueren hallados en el territorio de su jurisdicción y de darles alojamiento y protección a lo menos mientras fueren entregados a un guardador; y el procedimiento para la entrega al guardador y condiciones que éste deba llenar.

- c) La reglamentación de las relaciones civiles entre el hijo de padres desconocidos y su guardador;
- d) La reglamentación de las actuaciones que deban realizarse para averiguar quiénes son los padres.

DE LOS MENORES DE CONDUCTA ANTI-SOCIAL

1.- Se considerará como menores de conducta anti-social a aquéllos que havan incurrido en hechos previstos en las leyes penales o que se encuentren en los demás casos que señale el Código de Menores.

2.- Es obligatoria la denuncia de los hechos a que se refiere la recomendación anterior. Dicha denuncia se hará ante las autoridades de protección de la infancia que existan en la localidad. A falta de ellas, debiera presentarse ante las autoridades policiales.

3.- Todo menor de conducta anti-social deberá ser sometido a un período de observación, preferiblemente en un establecimiento destinado a ese fin, y luego al régimen de readaptación que se considere adecuado.

BASES GENERALES SOBRE TRIBUNALES DE MENORES

1.- La jurisdicción especial de menores será ejercida por los Juzgados de Menores, que conocerán en primera instancia de los asuntos que se determinan en la siguiente Recomendación y por las Cortes de Apelación de Menores a quienes competará el conocimiento de los mismos asuntos en segunda instancia.

2.- Serán de la competencia de los Tribunales de Menores la adopción, la legitimación adoptiva, las cuestiones relativas a la patria potestad, los juicios de alimentos, la colocación familiar, los casos de menores en situaciones irregulares y de menores de conducta anti-social y los de responsabilidad civil de los menores. Conocer de las denuncias que se formulen con relación a hechos que, sin constituir delitos ni faltas específicamente determinados en las leyes penales, puedan causar perjuicio apreciable a un menor, tales como malos tratamientos, castigos exagerados corporales o privativos de libertad, y en general, todo otro hecho que exponga la vida o la salud del menor, debiendo imponer las sanciones que al efecto determine el Código de Menores y ordenar las medidas que juzgue necesarias para prevenir el daño al menor, o repararlo si ya se ha causado.

También quedarán sometidos a la misma competencia todos aquellos asuntos en que se requiera dictar medidas de carácter judicial para la protección de la persona de un menor.

3.- El Código establecerá los procedimientos necesarios para asegurar que los Tribunales de Menores estén a cargo de personas con especial versación en Derecho de menores y demás materias cuyo conocimiento se estime indispensable.

4.- La magistratura de menores deberá gozar de inamovilidad temporal y tener su escalafón propio, independiente del escalafón

5.- Los Tribunales de Menores deberán contar con una asesoría técnica integrada por psico-pedagogos, psiquiatras y por un Servicio Social especializado el cual llevará a efecto las encuestas y averiguaciones que el Juez ordene. Los informes obtenidos deberá hacerse constar en los expedientes, salvo que por motivos graves, el Juez ordene mantenerlos en archivo secreto; y podrán ser tomados en cuenta por éste, al dictar sus decisiones..

6.- Los Consejos o Patronatos de Menores deberán también estar investidos de la atribución de actuar como auxiliares de los Tribunales de Menores para las averiguaciones de cuestiones de hecho por medio de sus servicios sociales.

7.- Los Tribunales de Menores deberán actuar de oficio v con toda la celeridad compatible con la índole de los asuntos de que están conociendo y sin solemnidad procesal. Todas las actuaciones de dicho Tribunal serán gratuitas.

8.- Toda petición, promoción de pruebas o declaración de cualquiera especie que se formule ante un Tribunal de Menores podrá ser presentada en forma verbal, debiéndose en tal caso tomar razón de ella, en resumen o por ex enso, a juicio del Tribunal.

9.- Toda persona podrá informar libremente al Juez de Menores acerca de los datos, hecho o documentos que contribuyan al esclarecimiento de la conducta del menor, y presentar de oficio cualesquiera alegatos o memoriales pertinentes al asunto.

-AV-

DE LOS JUZGADOS DE MENORES

- 1.- Deberán establecerse Tribunales de Menores en el mayor número de circunscripciones o distritos judiciales que sea posible.
- 2.- En los lugares donde no sea posible establecer dichos Tribunales, se conferirán sus atribuciones a los Tribunales que estén mejor capacitados para desempeñar su función los que aplicarán el procedimiento especial respectivo.
- 3.- Los Tribunales de Menores de primera instancia deberán ser preferentemente unipersonales.
- 4.- Corresponde al Juez de Menores mantenerse informado por sí mismo o por los medios que creyere más conveniente de los métodos empleados y de los resultados logrados por las instituciones para readaptación de menores.
- 5.- Los Jueces de Menores tendrán facultad de imponer administrativamente multas y arrestos como sanción a los particulares que cometan violaciones graves del Código de Menores o a las decisiones del Tribunal.

DEL MINISTERIO PUBLICO DE MENORES

1.- El Ministerio Público de Menores dependerá del Organismo a que se refiere la Recomendación IV. Estará integrado por el Procurador General de Menores y demás representantes ante los Tribunales competentes y tendrá las siguientes atribuciones:

1º.-Ser parte de derecho en todas las causas de los menores.

2º.-Denunciar y promover, como parte de buena fé, el sometimiento a juicio de todos aquellos menores que incurran en infracciones legales sancionadas por las leyes penales.

3º.-Velar porque la seguridad individual del menor no sea menoscabada por decisiones judiciales o por actos de otras autoridades.

4º.-Intentar la revisión de los juicios cuando el tratamiento a que haya sido sometido el menor enjuiciado, no tuviese ya objeto por haberse logrado su reeducación.

5º.-Deducir ante los Tribunales Penales ordinarios las acciones nacidas de hechos delictuosos cometidos contra menores, y especialmente de los delitos contra las buenas costumbres.

6º.-Solicitar ante los Tribunales civiles cualesquiera medidas que considere necesarias para la protección del patrimonio de cualquier menor, cuando a su juicio haya riesgo de que dicho patrimonio se vea menoscabado por evidente mala administración, o corra peligro de ser dilapidado por el representante del menor.

7º.-Velar por el estricto cumplimiento de los procedimientos de la justicia de menores.

DE LAS CORTES DE MENORES DE APELACION

O SEGUNDA INSTANCIA

1.- Deberán establecerse Cortes de Menores de apelación e segunda instancia en número suficiente para asegurar el pronto despacho de las causas de que deban conocer en consulta, apelación o segunda instancia.

2.- En los lugares donde no sea posible establecer dichos Tribunales, se conferirán sus atribuciones a los tribunales superiores que estén mejor capacitados para desempeñar su función.

DE LAS ATRIBUCIONES DE LAS CORTES DE
MENORES DE APELACION O SEGUNDA INSTANCIA

1.- Corresponde a dichas Cortes:

- a) Conocer en segundo y último grado de las sentencias y decisiones definitivas e interlocutorias que dicten los Tribunales de Menores, cuando tales decisiones fueren apelables o debieran ser consultadas.
- b) Decidir sobre las cuestiones de competencia que se susciten entre los tribunales de menores de su jurisdicción.
- c) Vigilar el funcionamiento de los tribunales de menores de su jurisdicción, con el fin de procurar la más pronta y eficaz administración de justicia en dichos tribunales.

DEL PROCEDIMIENTO EN MATERIA DE MENORES EN SITUACION IRREGULAR

1.- Cuando los menores de dieciocho años se encuentren comprendidos en cualesquiera de las causales enumeradas en las leyes como indiciarias de situaciones irregulares, el Juez, de oficio, por denuncia o a petición de parte interesada, deberá abrir el correspondiente procedimiento, de acuerdo con las siguientes normas:

- a) Comprobará los hechos que demuestren que el menor se encuentra en situación irregular, por todos los medios probatorios que tenga a su alcance, aunque no estén expresamente autorizados por las leyes procesales ordinarias.
- b) Solicitará los datos e informes necesarios para estudiar las condiciones personales del menor y sus antecedentes familiares y sociales.
- c) Determinará el régimen de protección, corrección o tutela que requiera el menor, tomando en consideración las recomendaciones de los Servicios, instituciones o consultores técnicos que hayan emitido dictamen o diagnósticos sobre la personalidad del menor.
- d) La decisión dictada podrá ser revocada o modificada por el Juez en virtud de nuevos recaudos que lo justifiquen.

2.- Los Padres, representantes, guardadores o el Ministerio Público podrán pedir en cualquier tiempo a la Corte de Menores de apelación la revocatoria de las decisiones declaratorias de situación irregular. De tal solicitud deberá conocer dicha Corte a la mayor brevedad.

3.- La declaración de situación irregular acarrea la suspensión del ejercicio de la patria potestad o de la potestad tutelar sobre el menor que haya sido objeto de aquella. Tal suspensión durará mientras no sea revocada aquella declaración.

-XX-

DEL PROCEDIMIENTO EN MATERIA DE
MENORES DE CONDUCTA ANTISOCIAL

1.- Los menores de dieciocho años que incurran en las infracciones legales sancionadas por las leyes penales serán sometidos a un procedimiento destinado a comprobar si el menor es el autor del hecho que se le atribuye y a determinar la conducta antisocial del menor, a objeto de lograr su corrección.

2.- Este procedimiento no deberá tener carácter contencioso ni depender de la intervención de las partes interesadas en las resoluciones del proceso, por tener como finalidad esencial la reforma y protección del menor y la defensa de la sociedad.

Sin embargo, la persona agraviada por un menor en su persona o en sus bienes podrá, por sí o por medio de sus representantes, pedir al Juez de Menores que inicie el procedimiento a que haya lugar suministrando libremente toda la información que juzgue conducente, con el objeto de que se aplique al menor autor del hecho las medidas de reeducación o readaptación establecidas en el Código de Menores.

3.- Las actuaciones serán secretas y reservadas para el Ministerio Público de Menores, los representantes legales del menor y los institutos de protección de menores cuyos funcionarios tengan de algún modo que actuar en el proceso.

4.- Las declaraciones que rinda el menor sobre los hechos que se le atribuyan deben ser hechas con plena libertad sin asistencia de terceros y sin temor de castigo y esperanza de recompensa.

5.- El Juez podrá autorizar toda clase de prueba que contribuya a la formación de una convicción plena y real sobre los hechos atribuidos al menor y con independencia de las demás reglas establecidas en las leyes procesales ordinarias.

6.- A los menores de conducta antisocial no se les somete-
rá a privación de libertad como sanción del hecho cometido sino
a los fines señalados en la Recomendación 3 del Capítulo XIII.

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES MATERNO-

INFANTILES

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

R e c o m i e n d a :

1º.- Que cada país reconozca el deber de fomentar el bienestar de los niños, encargando para ello a un organismo nacional con la responsabilidad de iniciar y desarrollar los servicios sociales que necesitan los niños y las familias del país entero. Este organismo deberá disponer de amplios recursos económicos y deberá de incluir dentro de sus funciones trabajos de investigación y divulgación, la implantación de normas y ayuda a instituciones oficiales, estatales y departamentales.

2º.- Que el Gobierno Nacional contribuya a la asignación de los fondos necesarios para el sostenimiento de los servicios sociales en pro de la niñez y de las familias en todo el país.

3º.- Que puesto que la piedra angular de los servicios sociales para la protección de niños y madres es la consolidación del hogar y el fomento de la vida familiar se deberán hacer todos los esfuerzos posibles para lograr el mejoramiento de las condiciones económicas y sociales en general que puedan contribuir a dicho fin, como por ejemplo, el mejoramiento de jornales y viviendas, el cumplimiento de normas adecuadas de higiene y enseñanza; estableciendo al propio tiempo un sistema seguro y servicios sociales que ayuden a cada cual a solucionar satisfactoriamente los problemas debidos a las dificultades económicas, impedimentos físicos o mal ajuste al ambiente social.

4º.- Que en relación a los servicios sociales se insista en:

a) La necesidad de llegar a una apreciación exacta de cada caso individualmente, considerando el trabajo del caso social como ba

se indispensable para dispensar servicios sociales a los niños y a sus familias.

b) La necesidad de obtener recursos suficientes para practicar la asistencia al niño dentro de su hogar, y en relación con su propia familia, y a la importancia de extender ayuda económica a dicho hogar siempre y cuando lo requiera la solución de los problemas sociales.

c) La necesidad de dar por aceptado el principio de que los fines primordiales de las instituciones u hogares substitutos dedicados al cuidado de los niños consisten en reemplazar por un período necesario de tiempo el propio hogar del niño para contribuir al desenvolvimiento del niño como miembro responsable de la colectividad.

5°.- Que las organizaciones dedicadas a servicios sociales para niños y familias se encuentren dirigidas, siempre que sea posible, por personas aptas y técnicamente preparadas para un trabajo de esta índole. Para atender a la demanda de personal indóneo, las escuelas de servicio social deberá incluir en sus programas de estudios cursos amplios de servicio familiar e infantil. Las instituciones de servicio social, tanto oficiales como particulares, deberán aprovechar las facilidades existentes en estas escuelas para ofrecerles cursos breves de capacitación al personal en funciones.

6°.- Que se haga incapié en la importancia de coordinar cada una de las instituciones del servicio social, en la necesidad de que los miembros de la colectividad cooperen en la organización de los planes y en la comprensión mutua de los problemas, métodos, y recursos necesarios para obtener soluciones satisfactorias.

7°.- Que cada una de las organizaciones dedicadas al servicio social de niños y familias tendrá la obligación de explicar su programa de manera que el público pueda apreciar los fines que persigue y se interese por brindarle su cooperación y apoyo.

8°.- Que cada una de las instituciones nacionales, tanto oficiales como particulares, que se dedican a labores de servicio social para niños y familias, deberán incluir en su programa la cooperación en las actividades internacionales encaminadas a promover el bienestar del niño en todo el mundo.

-VIII-

ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRIA INFANTIL A LAS PERSONAS
ENCARGADAS DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA DE MENORES

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

C o n s i d e r a n d o :

Que el rápido desarrollo de la psiquiatría infantil y el aporte que esta ciencia puede ofrecer a la comprensión del desenvolvimiento de la conducta del niño y al estudio y tratamiento de sus problemas,

R e c o m i e n d a :

1°.- Que Todas las organizaciones que se ocupen de la salud, educación y bienestar del niño se familiaricen con el desarrollo de la psiquiatría infantil y que incorporen a sus programas de trabajo la comprensión y aplicación de métodos psiquiátricos.

2°.- Que se consideren los métodos por los cuales se puede ampliar la preparación que sobre conceptos de psiquiatría infantil tenga el personal que ofrezca a los niños servicios profesionales, incluyendo a los médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y maestros.

DIVULGACION CONTINENTAL DE LAS REALIZACIONES NACIONALES
EN MATERIA DE SERVICIO SOCIAL ENTRE LOS PAISES AMERICANOS

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

C o n s i d e r a n d o :

La significativa labor que en diversos campos del Servicio Social en relación con el bienestar del niño viene desarrollando los países de América; y

C o n s i d e r a n d o :

El inestimable valor de la experiencia en este campo, cuya adecuada aplicación requiera la integración de la teoría y de la práctica,

R e c o m i e n d a :

1º.- Que se lleve a cabo una publicidad de dimensión continental sobre aquellas labores de Servicio Social que cada país haya lo grado encauzar satisfactoriamente a fin de que los demás países de la América puedan aprovechar las experiencias tenidas.

2º.- Solicitar del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia que establezca las bases de un concurso nacional que los Gobiernos de la América convoquen para la presentación de un trabajo que exponga la contribución del Servicio Social al bienestar del niño en su país respectivo.

3º.- Encargar al Instituto Internacional americano de Protección a la Infancia dé la oportuna publicación de los trabajos premiados y su más amplia distribución.

DELITO DE ABANDONO DE MENORES

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

C o n s i d e r a n d o :

Que el incumplimiento de los deberes de familia es una de las causas que tiene mayor influencia en la situación irregular de abandono, de peligro o de conducta peligrosa en que pueden encontrarse los menores; y

C o n s i d e r a n d o :

Que además de los medios de educación, persuasión y estímulo que el Estado debe utilizar para lograr el cumplimiento de los deberes de familia por las personas obligadas, cuando estos medios no produzcan el debido resultado, debe tener a su disposición previsiones penales que tutelan y garanticen la satisfacción de las necesidades del menor,

R e c o m i e n d a :

A los países en él representados, que incluyendo en sus Leyes Penales sanciones destinadas a reprimir los siguientes hechos:

-I-

a) El no dar alimentos a menores de edad de modo que estos queden expuestos a la miseria o necesiten ser asistidos por otros para no quedar expuestos a este peligro, cuando los padres o personas legalmente obligadas están en capacidad de subvenir a sus propias necesidades;

b) El ausentarse del domicilio familiar abandonando a menores respecto a los que tengan un deber de asistencia moral o material proveniente de la patria potestad, de la tutela legal o de la guarda, con el objeto de sustraerse maliciosamente a este deber;

c) Malversar o dilapidar los bienes de menores con abuso de facultades de administración;

d) Eludir la obligación de pagar la cantidad impuesta por el Tribunal para el mantenimiento de un menor, no obstante poseer los medios necesarios.

-II-

Que los delitos enumerados en la recomendación anterior sean considerados como de acción pública,

-III-

Que en los casos en que los culpables sean condenados, la totalidad o parte del producto del trabajo carcelario o penitenciarío que rindan, sea destinado al pago de las pensiones alimenticias correspondientes a los menores.

-XI-

VIGILANCIA DE MENORES

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

C o n s i d e r a n d o :

Que el estado de abandono o semiabandono en que se encuentra gran número de menores en los países americanos obliga a la intervención sumaria en múltiples casos;

C o n s i d e r a n d o :

Que el ausentismo escolar puede comprobarse en muchos países como causa determinante de situaciones irregulares:

C o n s i d e r a n d o :

Que existen organismos encargados de la protección y bienestar de los menores.

R e s u e l v e :

Recomendar a los países que aún no lo hayan hecho:

1º.- Que los organismos encargados de la protección de menores se responsabilicen con la orientación de quienes han de ejercer directamente la función de vigilancia de menores.

2º.- Que las personas encargadas de la función de vigilancia, en el caso de no ser trabajadoras sociales, sean debidamente instruidas mediante cursos especiales, acerca de los principios que deban regir su conducta respecto de los menores con quienes (por cualquier concepto) tuvieran que entrar en relación.

-XII-

ESTUDIOS COMPARADOS DE LEGISLACION DE MENORES

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

C o n s i d e r a n d o :

La importancia de las bases legales para la protección de menores, y la diversidad de dichas bases en varios países de América, especialmente entre los países bajo el sistema de Derecho Civil y los del Derecho común; y en vista del trabajo fecundo de este Congreso con referencia al Código de Menores.

Expresa la aspiración de que el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia pueda obtener los recursos económicos adecuados para un estudio muy cuidadoso de los elementos esenciales en la Legislación de todos los países americanos con referencia a la protección del niño, teniendo en cuenta las disposiciones legales provenientes de los sistemas de Derecho tanto común como civil, y además, las disposiciones que interpreten la mejor experiencia moderna.

R e c o m i e n d a :

Que al obtener estos recursos, el Instituto planifique y se encargue de este estudio, asesorado por un Comité de Técnicos.

PLAN ASISTENCIAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS MENORES ABAN-
DONADOS DE MAS DE SIETE AÑOS DE EDAD

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

Enterado del extenso y documentado correlato presentado por la Delegación de Venezuela, manifiesta su interés por la aplicación de los principios en que se funda el "Plan Asistencial para el Tratamiento de los Menores Abandonados de más de siete años de edad", de que es autor el doctor Rafael Vegas Sánchez, y

R e c o m i e n d a :

Su consideración a todos los Gobiernos y organismos responsables de la protección a la Infancia en América.

Sección Tercera

-XIV-

LA EDUCACION EN EL MEDIO RURAL

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

R e c o m i e n d a :

1º.- La Educación Rural debe estructurarse sobre principios democráticos, en forma que haya igualdad de oportunidades educativas para todos los niños, sin limitaciones ni diferencias de ninguna clase.

2º.- Los Estados americanos deben acentuar su preocupación por la escuela primaria rural, con el fin de elevar rápidamente el nivel de la vida campesina y eliminar el analfabetismo. En esta tarea, la escuela privada será considerada colaboradora bajo la orientación y supervisión del Estado.

3º.- Los gobiernos americanos deben gradualmente aumentar el número de las instituciones educativas en los medios rurales, y pro

pendor el mejoramiento técnico de las existentes, en atención al notable porcentaje de población ubicada en el campo.

4º.- Debe dotarse a la escuela rural de terrenos, de talleres y de herramientas, así como de los demás elementos indispensables para el trabajo agrícola y las industrias agro-pecuarias, de acuerdo con las características de cada región.

5º.- La escuela rural debe ser guía y fuerza que impulse el progreso en el medio, desarrollando los valores positivos que poseen el campesino y las colectividades rurales, así como canalizando y sublimando los negativos.

6º.- La educación rural tenderá preferentemente a la defensa biológica del niño y del adulto campesinos, y al mejoramiento del nivel de vida de las comunidades, tanto como a su superación ética.

7º.- Como uno de los medios de mejoramiento económico y social de los campesinos, la escuela rural cultivará el espíritu de a sociación y cooperativismo.

8º.- Deben crearse progresivamente en el campo escuelas primarias completas e institutos de educación secundaria, especialmente de carácter técnico profesional, a fin de ofrecer posibilidades de superación cultural y técnica al niño campesino sin apartarlo de su medio.

9º.- Las instituciones educativas rurales dispondrán de locales que sean también aptos para otros servicios de protección y ayuda de las comunidades campesinas, en cooperación con otras entidades que se preocupen de la defensa del hombre del campo.

10º.- Los Gobiernos de América deben interesarse en resolver, de manera justa y científica, los problemas económicos y sanitarios de las comunidades campesinas. Una verdadera reforma agraria, de orden económico y legal, es imprescindible para el cumplimiento cabal de la misión propuesta a la escuela campesina.

11°.- En cada país deberá establecerse un organismo central oficial que coordine las actividades tendientes al mejoramiento de las comunidades campesinas, que provengan de diferentes entidades públicas o particulares.

12°.- Sería provechoso la creación de un organismo internacional que coordine la obra de educación rural que se realiza en cada país, con el fin de ~~compartir~~ *compartir* ~~observaciones y experiencias,~~ *observaciones y experiencias,* y dar enseñanzas orientadoras de una ~~mejor~~ *mejor* ~~práctica educativa.~~ *práctica educativa.*

13°.- Los maestros rurales, a ~~ste~~ *ste* de una preparación ~~general~~ *general* amplia y fundamentada, recibirán una preparación especial de carácter socio-económico, sobre la vida rural, a fin de ~~que puedan~~ *que puedan* ~~dirigir~~ *dirigir* la acción de las comunidades campesinas.

14°.- Las Normales destinadas a la ~~formación~~ *formación* de los educadores rurales, se ubicarán en el medio campesino y ~~dispondrán~~ *dispondrán* de granjas, talleres y equipos técnicos diversos, a fin de ~~capacitar~~ *capacitar* al maestro rural para que difunda el conocimiento de ~~pequeñas~~ *pequeñas* ~~industrias~~ *industrias* y un cultivo racionalizado de la tierra, todo de acuerdo con las características específicas de cada región.

15°.- El Maestro rural tiene derecho a una mejor remuneración económica que el maestro urbano, y a una más amplia protección personal y social, de acuerdo con las condiciones de lejanía, insalubridad y dificultades de trabajo de la región donde actúa.

-XV-

LA EDUCACION DEL PREESCOLAR

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

De acuerdo con el estudio coordinado de las conclusiones relativas a preescolares en cuanto a la educación y asistencia social, emitidas por los II, IV, V, VII y VIII Congresos Panamericanos del

Niño y de acuerdo además con los distintos trabajos presentados al IX Congreso Panamericano del Niño,

R e c o m i e n d a :

1º.- En atención a que está comprobado que con la realización de la educación preescolar el proceso educativo se desarrolla con mayor continuidad y posibilidad de éxito, insistimos ante los Gobiernos que aún no lo hayan hecho, den consideración a hacer la educación preescolar obligatoria como base de la Educación general.

2º.- Las Instituciones Oficiales de educación preescolar deben depender del Ministerio de Educación porque a éste corresponde la responsabilidad de la política educativa del país.

3º.- Propiciar la creación de Centros de Investigación y de estudios del niño en cada país; y el intercambio periódico de tales centros.

4º.- Favorecer la creación de Instituciones sistemáticas de experimentación para la educación preescolar.

5º.- Los sistemas educativos deben tener una perfecta articulación entre la etapa preescolar y la escolar.

6º.- Las experiencias que conjuntamente proveen los padres y maestros para llenar las necesidades de los niños, constituyen el programa de educación preescolar.

7º.- Los edificios destinados a la Educación Preescolar deben reunir los requisitos que con un criterio técnico de edificación satisfagan las necesidades de seguridad, belleza hsalud y educación.

8º.- Establecer y ampliar los servicios médico-sociales del preescolar en los centros educativos, porque constituyen los mejores medios para luchar contra la alta morbi-mortalidad del preescolar y para lograr su completo bienestar físico y mental.

9º.- En todo dispensario médico-social del preescolar deben establecerse servicios de higiene mental.

10°.- Establecer en todos los países suficiente número de escuelas normales de Kindergarten, seminarios de jardineras para niñas, cursos de formación para el ejercicio de la Docencia en el ciclo preescolar y procurar que se remuneren debidamente estos servicios, acogidos a los privilegios de la Docencia en general.

11°.- Establecer un nivel de preparación para los maestros de educación preescolar igual al de los maestros de escuela primaria y secundaria.

12°.- Que se creen y amplíen en número suficiente los servicios educativos asistenciales combinados, técnicamente organizados, como parte esencial de la protección integral del niño. La ubicación de estos planteles debe hacerse preferentemente en zonas fácilmente accesibles a las madres que realizan trabajos remunerados.

13°.- Fundar, con el apoyo oficial y privado, una organización defensora de los derechos educativo-asistenciales del niño preescolar en aquellos países donde no exista; ampliar su radio de propaganda a la comunidad social e intensificar lo más posible el movimiento de esta rama educacional.

14°.- Recomendar, entre estas divulgaciones:

- a) La pedagogía familiar para padres y guardadores o representantes.
- b) La promoción de un concurso, sobre Pedagogía familiar por intermedio del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, con sede en Montevideo.

Declaración a favor del niño en edad preescolar.-

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO, declara:

Que la etapa preescolar del niño continúa descuidada pedagógica y socialmente en muchos países americanos.

Que esto se debe, en parte a desconocimiento de la técnica e-

ducativo-asistencia y principalmente a:

- 1°.- Falta de obligatoriedad legal en la educación preescolar.
- 2°.- Ignorancia, en el medio familiar y en la comunidad social, de las características bio-psicológicas del párvulo.
- 3°.- Escasez de instituciones educativo-asistenciales en relación con el número de niños que las necesitan.

Afirma que es imposible el desarrollo de la protección integral de la infancia, mientras esta situación subsista.

Declara, en consecuencia conveniente que las naciones americanas que no lo hayan hecho, erogan partidas anuales destinadas a solucionar el problema de los niños en edad preescolar, y acojan y realicen lo antes posible las pautas emanadas de las conclusiones de este Congreso en cuanto a educación y a asistencia social del preescolar.

- XVI -

LA EDUCACION PROGRESIVA

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

C o n s i d e r a n d o :

Que la Escuela progresiva:

- 1°.- Se inspira en la filosofía democrática que armoniza los derechos de libertad individual con justas relaciones sociales.
- 2°.- Se basa en principios psicobiológicos de fundamentación científica.
- 3°.- Responde, en tendencia, programas y métodos, a las demandas de la era tecnológica actual, trabajando, al mismo tiempo por una ética superior que haga de los poderes materiales medios de bienestar y mejoramiento humano.
- 4°.- Se adapta, como técnica de desenvolvimiento de potencialidades latentes, a las condiciones de América, por ser éste un Conti-

nente de grandes reservas y posibilidades,

R e c o m i e n d a :

1°.- Que se orienten los cursos de filosofía social, psicología y métodos, que las instituciones preparadoras de maestros, hacia las prácticas de la escuela progresiva.

2°.- Que las instituciones preparadoras de maestros integren, en sus mismos procedimientos de trabajo, el método de experiencia democrática que el maestro debe aplicar con sus alumnos.

3°.- Que se establezcan los centros experimentales necesarios para adaptar los principios de la Educación Progresiva a las peculiares condiciones socio-económicas de las distintas regiones.

4°.- Que se propicie el acercamiento de educadores del Continente en forma sistemática, tratando de lograr, por medio de los Gobiernos y las asociaciones magisteriales, un intercambio planeado de estudios experimentales de maestros y un servicio de becas interamericano.

5°.- Que para efectividad de la coordinación educacional que favorezca el incremento de la escuela progresiva americana, se divulguen profusamente las teorías, programas de trabajo y experiencias importantes en esa dirección, y que para ello se establezca un centro coordinador en un país latinoamericano que se escoja por sus facilidades económicas, su demostrado interés por el progreso educacional y su posición ventajosa para la comunicación con los vecinos del Continente.

-XVII-

PROTECCION Y DISTRACCION DEL NIÑO FUERA

DE LA ESCUELA

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

1°.- Declara que se debe luchar por la superación del criterio

nente de grandes reservas y posibilidades,

R e c o m i e n d a :

1º.- Que se orienten los cursos de filosofía social, psicología y métodos, que las instituciones preparadoras de maestros, hacia las prácticas de la escuela progresiva.

2º.- Que las instituciones preparadoras de maestros integren, en sus mismos procedimientos de trabajo, el método de experiencia democrática que el maestro debe aplicar con sus alumnos.

3º.- Que se establezcan los centros experimentales necesarios para adaptar los principios de la Educación Progresiva a las peculiares condiciones socio-económicas de las distintas regiones.

4º.- Que se propicie el acercamiento de educadores del Continente en forma sistemática, tratando de lograr, por medio de los Gobiernos y las asociaciones magisteriales, un intercambio planeado de estudios experimentales de maestros y un servicio de becas interamericano.

5º.- Que para efectividad de la coordinación educacional que favorezca el incremento de la escuela progresiva americana, se divulguen profusamente las teorías, programas de trabajo y experiencias importantes en esa dirección, y que para ello se establezca un centro coordinador en un país latinoamericano que se escoja por sus facilidades económicas, su demostrado interés por el progreso educacional y su posición ventajosa para la comunicación con los vecinos del Continente.

-XVII-

PROTECCION Y DISTRACCION DEL NIÑO FUERA

DE LA ESCUELA

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

1º.- Declara que se debe luchar por la superación del criterio

de una escuela limitada a un horario restringido. dentro del cual se dan clases, por el concepto de una institución escolar vigorosa que organiza actividades coprogramáticas que ocurren en su seno y actividades periescolares que se desarrollan fuera de ella, en horas extraordinarias y días domingos, festivos y de vacaciones, con fines de protección y recreación de los niños, con o sin inscripción escolar. En caso de que las actividades periescolares como clubs de niños, bibliotecas infantiles, etc. se organizaron sin relación con una escuela determinada, deben en todo caso, ser consideradas como instituciones educativas y estar en manos de profesores, con ayuda de maestros y especialistas.

2º.- Los sistemas educacionales de América deben crear de preferencia las siguientes instituciones educativas para dar protección y recreación a los niños:

- Plazas de juego
- Parques recreativos infantiles
- Bibliotecas infantiles
- Clubs de niños
- Clubs y asociaciones deportivas
- Servicios de Cine Educativo y filmotecas
- Revistas infantiles, periodismo infantil
- Teatro infantil, teatro de títeres
- Radio Educativo y Biblioteca radial infantil
- Asociaciones infantiles recreativas de excursionismo, de servicio a la comunidad, artísticas, de artes industriales, etc.
- Boy-Scouts y Girls-Guides
- Colonias de vacaciones
- Cruz Roja infantil
- Cooperativas escolares.

Como Instituciones y actividades de protección, esas realizaciones deben procurar el alejamiento del niño de toda circunstancia ambiental que signifique peligro para su vida física, mental y emocional.

Como instituciones y actividades recreativas, estas realizaciones deben dar al niño oportunidad de crear, de ejercitar iniciativas, de abastarse a sí mismo, de gobernarse autónomamente, de formarse conductas sociales siempre bajo la inteligente dirección de los educadores.

3°.- En la creación de estas instituciones se aceptará toda colaboración de los particulares.

4°.- El desarrollo de las actividades de protección y recreación del niño será cuidadosamente vigilado por los organismos oficiales competentes de acuerdo con las disposiciones de la legislación de cada país para asegurar la salud, educación y bienestar del niño.

5°.- En relación con estas instituciones deberá existir un servicio de visitación social especializado que colabore con aquellas.

6°.- En lo posible, y a medida que avance la organización de estas instituciones, se procurará coordinarlas nacionalmente en grandes asociaciones infantiles sobre la base de propósitos y planes comunes. Más tarde se avanzará hacia vinculaciones continentales.

7°.- Fuera del control de la acción escolar existen en toda comunidad una serie de influencias que, según su buena o mala orientación, afirman o deforman la personalidad del niño. El IX Congreso Panamericano del Niño considera que estas influencias deben ser estudiadas por las asociaciones gremiales del Magisterio y por los Ministerios de Educación con el fin de obtener su provechosa regulación. En consecuencia, hace a este respecto las siguientes recomendaciones:

a) Crear servicios de orientación pedagógica de la familia, especialmente de las madres, con el objeto de que el niño encuentre en el hogar un tratamiento que favorezca el normal desarrollo de su personalidad.

Como instituciones y actividades recreativas, estas realizaciones deben dar al niño oportunidad de crear, de ejercitar iniciativas, de abastarse a sí mismo, de gobernarse autónomamente, de forjarse conductas sociales siempre bajo la inteligente dirección de los educadores.

3°.- En la creación de estas instituciones se aceptará toda colaboración de los particulares.

4°.- El desarrollo de las actividades de protección y recreación del niño será cuidadosamente vigilado por los organismos oficiales competentes de acuerdo con las disposiciones de la legislación de cada país para asegurar la salud, educación y bienestar del niño.

5°.- En relación con estas instituciones deberá existir un servicio de visitación social especializado que colabore con aquellas.

6°.- En lo posible, y a medida que avance la organización de estas instituciones, se procurará coordinarlas nacionalmente en gran des asociaciones infantiles sobre la base de propósitos y planes comunes. Más tarde se avanzará hacia vinculaciones continentales.

7°.- Fuera del control de la acción escolar existen en toda comunidad una serie de influencias que, según su buena o mala orientación, afirman o deforman la personalidad del niño. El IX Congreso Panamericano del Niño considera que estas influencias deben ser estudiadas por las asociaciones gremiales del Magisterio y por los Ministerios de Educación con el fin de obtener su provechosa regulación. En consecuencia, hace a este respecto las siguientes recomendaciones:

a) Crear servicios de orientación pedagógica de la familia, especialmente de las madres, con el objeto de que el niño encuentre en el hogar un tratamiento que favorezca el normal desarrollo de su personalidad.

b) Obtener de la autoridad competente la reglamentación necesaria para que se evite la instalación de negocios de licóres, casas de prostitución y otras agencias de perturbación moral, en las cercanías de las escuelas.

c) Obtener una reglamentación que permita mediante la censura cinematográfica prohibir para los niños películas deformadoras de la personalidad, tales como las de tesis truculentas, las que incitan a la superstición, las de aventuras absurdas, etc. En toda Comisión de censura deberá incluirse por lo menos un maestro.

d) Recomienda a las Empresas Radiodifusoras que mejoren sus programas dramáticos y musicales, eliminando todo lo chabacano o de mal gusto.

e) Recomienda a la prensa diaria que restrinja o elimine la información sobre crímenes y otras lacras.

f) Procurar que de toda agencia de información y propaganda quede eliminada toda información que estimule el belicismo o la pugnacidad.

g) Reglamentar la creación de instituciones deportivas infantiles particulares, de modo que esté siempre resguardada la defensa física y fisiológica del niño.

h) Orientar a las Empresas comerciales de jugueterías en el sentido de dar mayor importancia a los juguetes de ingenio, creación y espíritu social.

i) Influir para que los proyectos de urbanización consulten en sus planos reguladores las áreas necesarias para escuelas, parques infantiles, plazas de juego, campos deportivos, escolares, etc. Tomar idénticas providencias en todo proyecto de parcelación y colonización de tierras así como en las concesiones mineras.

j) Obtener de las autoridades competentes las disposiciones necesarias para impedir que los niños menores de 10 años inclusive,

asistan a desfiles y paradas escolares y para que los mayor de esta edad lo haga sin abusar del tiempo ni alterar las horas de su alimentación.

k) Fomentar la campaña en favor de la seguridad en la circulación vial utilizando para esto todos los recursos posibles.

l) La escuela debe ser el centro comunal de las actividades que se hicieren para el desarrollo del programa recreativo de los niños.

m) En el planeamiento y coordinación de estos programas deben utilizarse los recursos comunales, museos, bibliotecas y otras instituciones sociales.

Estos programas serán variados y se adaptarán a los recursos asequibles para satisfacer las necesidades de los niños.

n) En la organización de los programas recreativos que se preparen para los niños deberán conjuntamente participar los niños, padres, maestros y otras personas destacadas de la comunidad.

Cuarta Sección

-XVIII-

CONTRIBUCION AL FONDO DE EMERGENCIA INTERNACIONAL

PARA NIÑOS, CREADO POR LAS NACIONES UNIDAS

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

C o n s i d e r a n d o :

Que los niños de los países devastados por la guerra han sufrido hambre, frío y desnudez durante ocho años y que el sufrimiento continúa en muchos sitios y tal vez mayor en otros;

C o n s i d e r a n d o :

Que muchos niños han muerto por desnutrición y otros millones tienen una estatura de 10 a 15 centímetros inferior a los niños normales y un peso de 5 a 10 kilos menos de lo corriente;

C o n s i d e r a n d o :

Que millones de niños están retardados en su desarrollo mental, moral y físico, y que esto ocasiona los más dificultosos problemas sociológicos;

C o n s i d e r a n d o :

Que la tuberculosis y las enfermedades de carencia causadas por la mala nutrición amenazan a toda una generación de niños;

C o n s i d e r a n d o :

Que la prosperidad y la paz de las Américas dependen de la estabilidad y bienestar del resto del mundo;

C o n s i d e r a n d o :

Que las Naciones Unidas han creado el FONDO DE EMERGENCIA INTERNACIONAL PARA NIÑOS con el objeto de remediar esta situación y han pedido a todas las naciones, miembros de su organismo que sostengan aquel Fondo con contribuciones de los Gobiernos ya sea en dinero, en alimentos o en materiales de vestir;

C o n s i d e r a n d o :

Por otra parte, que al mismo tiempo que en las regiones mencionadas las necesidades de los niños son urgentes e imprescindibles, también existen en nuestro Continente Americano, niños que sufren y padecen privaciones en condiciones variables;

C o n s i d e r a n d o :

Que existen en América instituciones capacitadas para resolver los problemas del niño y que ellas tienen carácter americano internacional y oficial,

R e c o m i e n d a :

A los Gobiernos de las Naciones de las Américas que no lo hayan hecho todavía, respondan generosa e inmediatamente al llamado de las Naciones Unidas, contribuyendo al Fondo de Socorro de los Niños.

Es una aspiración de este Congreso que la Junta Ejecutiva del Fondo tenga en cuenta a los niños americanos, que sufren también, aunque indirectamente, las consecuencias de la guerra, sugiriendo que el cumplimiento de esta aspiración se realice con la cooperación de las instituciones internacionales de las Américas.

Exhorta además a todas las personas e instituciones privadas a cooperar en la obtención de recursos con los fines antedichos cuando se realice el llamado de las Naciones Unidas.

Y finalmente que se encomiende al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia que ponga este voto en conocimiento del Fondo Internacional de Emergencia para los Niños, de las Naciones Unidas, de la Unión Panamericana, de los Gobiernos, de las Instituciones y de la prensa de nuestro Continente.

-XIX-

DECLARACION DE CARACAS SOBRE LA SALUD DEL NIÑO

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

C o n s i d e r a n d o :

Que el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia en la reunión realizada el 7 de enero de este año de 1948, en Caracas ha presentado al Congreso un proyecto de Declaración sobre la Salud del Niño;

C o n s i d e r a n d o :

Que esa Declaración ha sido preparada por el Instituto y técnicos de las Oficinas Sanitaria Panamericana y Children's Bureau, que dieron forma a un Código Sanitario del Niño, que preparó definitivamente el Departamento de Salud de este Instituto;

C o n s i d e r a n d o :

Que como el Consejo Directivo del Instituto Internacional desea un honor al IX Congreso Panamericano del Niño denominarlo "Declaración de Caracas".

Aprueba en general la Declaración que va al pie, la que para la debida aprobación será sometida a la decisión final del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia y a la Oficina Sanitaria Panamericana y una vez fijado su texto definitivo, difundirlo ampliamente en las Américas bajo la denominación de "Declaración de Caracas sobre la Salud del Niño".

DECLARACION DE CARACAS SOBRE LA SALUD DELNIÑO

Presentado al IX Congreso Panamericano del Niño (Caracas 5-10 de enero de 1948) por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.

1º Todo niño tiene derecho al mejor cuidado posible de su salud. Los padres y tutores serán instruidos en los deberes que a ese respecto les corresponde y recibirán los elementos conducentes a aquel fin. El Estado y las instituciones particulares proveerán esos medios en los casos necesarios, ordenando la organización eficiente de las instituciones que realicen esos programas y procurando el debido entrenamiento del personal médico, sanitario, social y auxiliar. Con este fin las facultades de Medicina y demás instituciones formadores de personal, deberán intensificar y ampliar la enseñanza de la Puericultura y de la Pediatría.

2º Se cuidará del nacimiento del niño en forma completa, incluyendo atención prenatal, natal y post-natal, con el objeto de asegurar a la madre, embarazo y parto normales y al niño las mayores

seguridades para su salud ulterior.

3° Se protegerá la salud del niño desde el nacimiento hasta la adolescencia por medio de exámenes periódicos médicos, dentales y especializados; la asistencia médica del niño será realizada por médicos pediatras y por personal técnico especializado.

4° Ejercerá protección específica contra las enfermedades transmisibles, teniendo en cuenta, naturalmente, las circunstancias especiales de cada país. A este respecto, se establecerá la vacunación temprana contra la viruela, difteria y tos convulsa, y si fuera necesario contra la tifoidea y otras infecciones; se organizará la prevención de las parasitosis y la lucha contra los insectos transmisores.

Los Servicios de saneamiento general, alejamiento o tratamiento de aguas servidas y basuras, competirán esta protección.

5° Durante la edad preescolar se atenderá al niño para que llegue en las mejores condiciones posibles a la edad escolar. Durante ésta, su salud será constantemente vigilada, los establecimientos escolares llenarán los requisitos necesarios de iluminación y ventilación, dispondrán de los equipos adecuados, y personal especializado se ocupará de la educación sanitaria la que incluirá la recreación física y mental.

6° Se asegurará la buena nutrición del niño, facilitándole los elementos adecuados, para que disponga de alimentos, leche y agua puras. Tanto en la escuela como en las instituciones sanitarias y de asistencia social, se organizarán clases de nutrición para niños, en la forma más adecuada a ese fin.

7° Se protegerá al niño contra las enfermedades mentales y físicas, procurando que la higiene mental integre los programas de protección infantil. Los niños deficientes mentales y los que constituyen especiales problemas sociales, deberán recibir el tratamiento

to adecuado para la recuperación de su equilibrio perdido bajo, el amparo de la sociedad y no considerados como seres nocivos a ella.

8° Los niños lisiados, ciegos, sordos, mudos, reumáticos, etc. o que padezcan de cualquier impedimento físico, deberán ser tratados convenientemente desde el punto de vista médico y educativo para hacerlos seres útiles a la colectividad.

9° Para todo niño y en toda edad debe seguirse las normas que aconsejan las autoridades científicas con el objeto de prevenir la tuberculosis por los medios aconsejados por los especialistas. Igual preocupación existirá con respecto al problema de la sífilis.

10° Deberán, en suma, tomarse todas las medidas necesarias para asegurar a todo niño de las Américas, cualquiera sea su raza, color o credo, las mejores condiciones de salud, basadas en una higiene general adecuada, buena vivienda, sol, aire, limpieza y abrigo necesarios con el objeto de que puede aprovechar todas las oportunidades que le permitan desarrollar una vida sana, feliz y en paz.

-XX-

INFORMACION DE REALIZACIONES Y DEFICIENCIAS DE CADA

PAIS EN MATERIA DE MENORES.

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

R o s u e l v e :

Encarecer a todos los países representados en los próximos Congresos Panamericanos del Niño, por intermedio de la nación convenida como sede para la próxima reunión, el llevar al seno de ellas correlatos o ponencias que den a conocer tanto las realizaciones como las deficiencias de cada país en las ramas que cada uno de ellos considere más parentorias y necesarias, así como lo logrado entre las recomendaciones del Congreso anterior.

REINTEGRACION DE MENORES

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

R e s u e l v e :

Que el X Congreso Panamericano del Niño considere el problema que crean los menores que pasan las fronteras de su país debido a las facilidades de locomoción que permite la evasión de aquellos, ya sea por sí o por personas que por cualquier motivo tiene interés en hacer que el menor deje el hogar en un momento dado por motivos contrarios al interés del niño mismo y que el cumplimiento de esta cuestión se confiara al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia para que efectúe los estudios y consultas pertinentes en los países americanos.

RECOLECCION DE DATOS ESTADISTICOS RELACIONADOS CON LA
SITUACION DEL NIÑO EN AMERICA

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

C o n s i d e r a n d o :

Que la ejecución racional de planes de trabajo inspirados en las recomendaciones del IX Congreso Panamericano del Niño requieren el concurso de la más amplia información objetiva respecto al estado y movimiento de la población.

C o n s i d e r a n d o :

Que durante el mes de septiembre de 1.947 se celebraron en Wáshington la Primera Asamblea Plenaria del Instituto Interamericano de Estadística y la 25a. Sesión del Instituto Internacional de

Estadística, donde fueron tratados los planes para el levantamiento del Censo de las Américas en 1.950,

A c u e r d a :

1º.- Recomendar a los organismos de cada país encargados de dicha operación censal que de acuerdo con las organizaciones especializadas en protección a la infancia, ésta sea orientada en forma de contribuir el cumplimiento de las Resoluciones aprobadas en el presente Congreso, procurando la obtención de datos estadísticos que permitan un conocimiento cabal de la verdadera situación del niño en América.

2º.- Enviar copia de este Acuerdo al Instituto Interamericano de Estadística con el fin de que, por su órgano, sea llevado a las reuniones del Comité Organizador de dicho Censo, que se celebrarán en Bogotá a mediados del año en curso, con asistencia de representantes de los países americanos.

-XXIII-

INTENSIFICACION DE ESFUERZOS PARA ELEVAR EL NIVEL DE LA
NUTRICION INFANTIL EN TODOS LOS PAISES AMERICANOS
EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

C o n s i d e r a n d o :

Que el problema de la nutrición de los niños del mundo entero, ya sea en países devastados por la guerra, o en países cuyos recursos económicos aun son inadecuados para mantener un alto nivel de vida entre las masas del pueblo, constituye uno de los más graves problemas de la infancia, y

C o n s i d e r a n d o y A g r a d e c i e n d o :

Los esfuerzos para el mejoramiento de la nutrición que están realizando las organizaciones internacionales, tanto las de las Na

ciones Unidas como de las instituciones interamericanas y los distintos países americanos, por medio de investigaciones técnicas y de la extensión de programas de alimentación para los niños, y

R e c o n o c i e n d o :

Especialmente el ejemplo de cooperación entre organismos especializados presentados por el Comité Mixto de la Organización de Alimentación y Agricultura de las Naciones Unidas, y la Comisión Interina de la Organización Mundial de la Salud en el informe sobre nutrición infantil, preparado por el Fondo Internacional de Emergencia para los Niños y los Proyectos de la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización de Alimentación y Agricultura, para intensificar los esfuerzos hacia el mejoramiento de la nutrición en las Repúblicas Americanas.

R e s u e l v e :

Pedir al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia que estudie la manera de que la experiencia adquirida por el Fondo Internacional de Emergencia para los Niños, la Organización de Alimentación y Agricultura, y la Oficina Sanitaria Panamericana puedan servir para promover una intensificación de los esfuerzos para levantar el nivel de la nutrición infantil en todos los países americanos, y para extender y mejorar los programas de alimentación infantil, con los Servicios Sanitarios y Sociales para madres y niños y la educación de los padres en lo referente a la alimentación de los niños y la Puericultura.

-XXIV-

COOPERACION DEL INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO
DE PROTECCION A LA INFANCIA EN EL PROGRESO DE LOS
SERVICIOS SOCIALES

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

C o n s i d e r a n d o :

La importancia de los servicios sociales en la promoción del bienestar de los niños del Continente Americano, y la iniciativa de las Naciones Unidas en la organización de seminarios del servicio social en Medellín, Colombia y en Montevideo, Uruguay, como parte del programa de asesoramiento técnico en lo referente a bienestar social desarrollado por las Naciones Unidas; y

C o n s i d e r a n d o :

La cooperación y asistencia prestadas a dicha iniciativa por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, Expresa su agradecimiento por esa valiosa cooperación, y

R e c o m i e n d a :

Que el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia continúe cooperando de manera apropiada con las actividades que podrían ser iniciadas por las Naciones Unidas y sus organismos especializados en beneficio de los niños del mundo entero.

-XXV-

IX CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ESTADOS

AMERICANOS

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

C o n s i d e r a n d o :

Que la Novena Conferencia Internacional de Estados Americanos que ha de reunirse en Bogotá, Colombia en marzo de 1.948 ha incluido en su programa oficial el tema del Desarrollo y Mejoramiento de los Servicios Sociales Interamericanos,

R e c o m i e n d a :

1.- Que al considerar el tema arriba mencionado, la Novena Conferencia Internacional de Estados Americanos reconozca la necesidad de prestar especial atención a la protección de los niños y adolescentes, y a la importancia de una cooperación eficaz entre los países Americanos en el estudio y la solución de los siguientes problemas:

a.- Protección de la salud.- Reducción de la mortalidad infantil, mejoramiento de la nutrición y profilaxis de la tuberculosis.

b.- Protección social.- Mejoramiento de la protección de los niños abandonados y delincuentes, reconociendo la indispensabilidad de los programas básicos generales de servicio social y de todas las medidas que contribuyen a fortalecer la vida familiar.

c.- Educación.- Multiplicación de las escuelas y mejoramiento de las facilidades para la enseñanza para que ningún niño carezca de oportunidad para asistir a la escuela.

d.- Preparación de personal especializado.- Mejoramiento de las facilidades para la preparación del personal técnico indispensable en los campos de la higiene materno-infantil, del servicio social y de la enseñanza.

e.- Cooperación Interamericana.- Adhesión de todos los países americanos al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, y mejor apoyo de su labor de parte de los mismos a fin de que el Instituto pueda intensificar su obra de orientación y dirección de los esfuerzos que en toda América se están realizando a beneficio de la salud, la perfección social y la educación de niños y adolescentes, y pueda cooperar más efectivamente con la Unión Panamericana, la Oficina Sanitaria Panamericana y con otros organismos interamericanos especializados.

70-

2.- Que el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia consulte con la Unión Panamericana y con los organismos interamericanos cuyas labores tengan relación con estos asuntos, respecto a los medios más efectivos para dar cumplimiento a las resoluciones y recomendaciones que adoptara la Novena Conferencia Interamericana de Estados Americanos con referencia a la cooperación interamericana en lo relacionado a la salud, la educación, los servicios sociales y el seguro social.

-XXVI-

VOTO DE APLAUSO Y SOLICITUD DE COOPERACION CON EL INSTITUTO
INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCION A LA INFANCIA

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

C o n s i d e r a n d o :

El progreso realizado por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia y por las Repúblicas Americanas en dar cumplimiento a las resoluciones del VIII Congreso Panamericano del Niño sobre la Cooperación Interamericana,

R e c o m i e n d a :

1.- Que el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia sea elogiado por la efectividad de su actuación.

2.- Que se encargue a los países americanos intensifiquen sus actividades cooperativas, especialmente en lo que se refiere al intercambio de personal técnico, a la organización de cursos de capacitación, a la provisión de becas y a las facilidades de estudio y de observación en los campos de higiene materno-infantil, enseñanza y servicio social.

Quinta Comisión

-XXVII-

VOTO DE APLAUSO A LA PONENCIA SOBRE EDUCACION EN EL MEDIORURALEL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

C o n s i d e r a n d o :

Que la Ponencia Oficial de las Delegaciones de las Repúblicas de Colombia y Ecuador, constituyen un admirable esfuerzo por resolver el problema de la Educación en el Medio Rural;

C o n s i d e r a n d o :

Que la sinceridad y lealtad democráticas con que han procedido los redactores de la Ponencia "La Educación en el Medio Rural" en un claro exponente de la preocupación de las citadas Delegaciones, por dar una solución adecuada a los problemas educacionales de la infancia,

R e s u e l v e :

Dar un voto de aplauso a las Delegaciones de Colombia y Ecuador por el meritorio trabajo presentado por sus países.

-XXVIII-

VOTO DE APLAUSO A LA REPUBLICA ORIENTAL DE URUGUAYEL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

C o n s i d e r a n d o :

Que la República Oriental del Uruguay ha realizado una eficaz y provechosa labor en materia de Legislación de Menores tanto en el terreno legal como en el doctrinario;

C o n s i d e r a n d o :

Que el Consejo del Niño de la República Oriental del Uruguay

ha consagrado instituciones fundamentales para el bienestar de la infancia y para la protección de ésta por el Estado,

R e s u e l v o :

1º.- Dar un voto de aplauso a la República Oriental del Uruguay por sus provechosas realizaciones en materia de Legislación de Menores y por el texto legal que regula la materia en ese país y

2º.- Comisionar al Dr. Roberto Berro, en su carácter de Presidente de la Delegación de la República Oriental del Uruguay para que eleve este voto al conocimiento del Gobierno del Uruguay.

-XXIX-

VOTO DE APLAUSO DE LAS DELEGACIONES ASISTENTES A LA
DELEGACION VENEZOLANA, POR LA PONENCIA OFICIAL
"EL CODIGO DE MENORES"

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

Teniendo en cuenta el medular trabajo sobre Recomendaciones para la elaboración del Código de Menores, presentado por la Delegación de Venezuela,

R e s u e l v o :

Otorgar un voto de aplauso por la madura y amplia concepción proteccional que contiene el mencionado documento e igualmente expresar muy especialmente sus felicitaciones al Presidente de la Sub-Comisión de Legislación, doctor Luis Felipe Urbaneja, por su gran versación jurídica y acierto en la dirección de los debates.

VOTO DE APLAUSO POR LA EXPOSICION DEL CONGRESO

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

R e s u e l v e :

1º.- Tributar un voto de aplauso a los Organismos Oficiales Venezolanos que prepararon las Gráficas que ilustran su rápido progreso y las realizaciones prácticas de este país, las que han de inspirar a otras naciones en sus esfuerzos en pro del niño.

2º.- Felicitar al Consejo del Niño del Uruguay por su destacado aporte a la Exposición Mural que se hizo en la sede del IX Congreso Panamericano del Niño.

-XXXI-

SUGESTION HECHA POR EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO
A LA UNION PANAMERICANA Y EL INSTITUTO INTERNACIONAL AME
RICANO DE PROTECCION A LA INFANCIA SOBRE LA SEDE DEL PRO
XIMO CONGRESO.

EL IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO,

En conocimiento de lo aprobado por el VIII Congreso Panamericano del Niño al designar a la Unión Panamericana y al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia para fijar la sede de los próximos Congresos, a proposición de la Delegación Venezolana acordó demostrar ante los Organismos anteriormente nombrados, sus simpatías porque el próximo Congreso se reúna en Bogotá, y autorizó al Comité Ejecutivo del IX Congreso Panamericano del Niño para que oficie a la Unión Panamericana y al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia con el fin de hacer conocer de dichas Instituciones la complacencia con que vería esta Asamblea que la sede del X Congreso Panamericano del Niño fuese la ciudad de Bogotá, capital de la República de Colombia.

IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Exposición de la Sub-Comisión de Higiene, redactada por el personal de la División Materno-Infantil del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Dr. Carlos E. Castillo, Jefe de la División

Dr. Ernesto R. Figueroa, Primer Adjunto.

- CAPITULO I.- Introducción.-
Conceptos sobre la protección sanitaria materno-infantil.- Integración.- Unidades Sanitarias y Centros de Salud.- Relaciones entre los organismos de Salud Pública y otros organismos de Protección a la Infancia.
- CAPITULO II.- Relaciones entre la División Materno-Infantil y otras dependencias del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- CAPITULO III.- Dependencias de la División: Instituto de Puericultura, Servicios Materno-Infantiles.- Centros Materno-Infantiles.- Estaciones de Puericultura.-
- CAPITULO IV.- Organización y Financiamiento de un servicio materno-infantil, desde el punto de vista sanitario.-
- CAPITULO V.- Algunas consideraciones sobre natalidad, mortalidad fetal, mortalidad materna, mortalidad neonatal y mortalidad infantil durante el quinquenio 1.942 - 1.946.-
- CAPITULO VI.- Labor realizada después del VIII Congreso Panamericano del Niño.

Caracas, diciembre de 1.947.-

INTRODUCCION

Conceptos sobre la protección sanitaria materno-infantil.- Integración.- Unidades Sanitarias y Centros de Salud.- Relaciones entre los organismos de salud pública y otros organismos de protección a la infancia.-

La experiencia ha demostrado que la protección materno-infantil, ora sea considerada desde el punto de vista sanitario, bien desde los puntos de vista social o económico, no puede realizarse con eficacia aisladamente; debe ser enfocada como un elemento de integración, como algo inseparable de una unidad, de un todo, que requiere ser contemplado en su totalidad, si se aspira a proteger eficazmente cualquiera de los elementos que lo integran.

Muy particularmente si ese elemento es el niño, resultante biológica, humana y social de todos los factores y elementos que constituyen dicha unidad. Ese todo, esa unidad, es "la Familia" de la que el binomio "madre niño" es la parte fundamental, pero inseparable.

Muy bien interpretados han sido estos principios por los constituyentes venezolanos, quienes han dejado constancia de ello en el Capítulo III de nuestra Carta Fundamental, al legislar sobre la protección y amparo de la familia como una obligación del Estado.

Y es en virtud de esos mismos principios, que cuando tratamos sobre "La organización y financiamiento de los servicios materno-infantiles", nos atenemos al concepto de que esos servicios para ser eficaces deben estar integrados en un organismo más amplio que ofrezca atención sanitaria integral a la familia en su conjunto y a cada uno de los elementos que la forman. Es decir, consideramos como ideal el servicio materno-infantil que forme parte de un Centro de Salud o de una Unidad Sanitaria. Además, entre otros principios fundamentales, acatamos el de que el Servicio Materno-Infantil, bien sea funcionando aisladamente, bien dentro de un Centro de Salud, o de una Unidad Sanitaria, debe considerar la Higiene física y la Higiene mental como partes inseparables de un ~~señal~~ objetivo: el normal desarrollo del niño.

Cuando hablamos de Servicios Materno-Infantiles que forman parte de Centros de Salud o de Unidades Sanitarias, no queremos expre

ser dos cosas distintas. La administración sanitaria venezolana considerada la unidad como el organismo indispensable para la coordinación y aplicación de todas las actividades de Salud Pública, dentro de un plan armónico, en una zona o localidad determinada. Cuando esa zona o localidad es muy extensa y considerablemente poblada, la acción sanitaria no puede ejercerse eficazmente a través de la Unidad por ser irrealizable el necesario contacto íntimo con la colectividad. En este caso, la creación de varias Unidades traería consigo la división del comando único indispensable y la duplicación innecesaria de algunos servicios tales como los Laboratorios, Saneamiento, Inspección de alimentos, Estadística Vital, Epidemiología y otros. Es entonces cuando los Centros de Salud tienen su aplicación precisa. Porque son ellos los que llevan la acción sanitaria de la unidad al seno mismo de las colectividades mediante una descentralización técnicamente coordinada de las labores materno-infantiles, de Higiene Escolar, Antivenéreas, Antituberculosas, las que al descentralizarse coordinadamente se intensifican y ganan en eficacia. El Centro de Salud no reemplaza por lo tanto a la Unidad; es una dependencia de ella.

En Venezuela hay Unidades Sanitarias en todas las poblaciones mayores de 10.000 habitantes. Se considera necesaria la anexión de Centros de Salud a la Unidad cuando esa cifra llega a 100.000 habitantes, de manera de distribuir los servicios sanitarios locales entre dichos organismos, calculando que cada uno preste las atenciones sanitarias necesarias para una población de 50.000 habitantes. De acuerdo con la densidad de población y con las condiciones topográficas, la cifra de 50.000 habitantes por Centro puede reducirse a 30 o 40.000 cuando la jurisdicción de la Unidad Sanitaria es muy extensa, con zonas de difícil acceso y vías de comunicación insuficientes. Como se ve, nuestras cifras son muy inferiores a las que pautan las autoridades sanitarias norteamericanas, quienes planifican sus actividades basándose en condiciones muy distintas de las que se contemplan en Venezuela. Los sanitaristas de los Estados Unidos calculan un Centro de Salud para cada 200.000 habitantes.

Sería autópico pretender mejorar la situación de las clases económicamente débiles con la aplicación de medidas sanitarias exclusivamente.

Si como hemos dichos la protección materno-infantil ha de ser integral, en el sentido de que debe abarcar todos los individuos de

la familia, también debe serlo en el sentido de proporcionar todos los recursos que la familia requiere. Es decir, tiene que ser protección social en su significación más amplia: protección económica, amparo legal y moral, prevención, conservación y restitución de la salud. En Venezuela en lo que respecta a la madre y al niño, existen organismos legales e instituciones para todas las ramas de protección señaladas; organismos e instituciones, cuya existencia e incremento han sido definitivamente consagrados en el Capítulo III, ya citado, de nuestra Constitución Nacional.

Pero para que la protección social sea realmente beneficiosa, es necesario que los organismos encargados de aplicarla funcionen coordinadamente, que cada uno sepa qué hacen los otros y pueda utilizarlos libremente para complementar su propia labor específica. No se trata como frecuentemente se cree, de que unos organismos dependan de otros, sino de que todos marchen paralela, concurrente y armoniosamente hacia el objetivo común, el bienestar de la familia, el mejoramiento general de las condiciones de vida. En Venezuela, son las actividades sanitarias las que han alcanzado mayor extensión y las que cada día cobran mayor incremento. Este desarrollo aislado, indudablemente ha restado eficacia a los servicios. Las condiciones actuales permiten a los otros organismos de protección social desarrollar ampliamente sus actividades; felizmente algunos de ellos han visto muy claramente la conveniencia de organizarse coordinadamente con los servicios sanitarios y no ha tardado mucho tiempo sin que puedan apreciarse las ventajas de tal coordinación. Entre tales organismos puede citarse, como ejemplo, al Patronato de Comedores Escolares, cuyas dependencias funcionan íntimamente relacionadas, no sólo con los Servicios de Higiene Escolar, sino, en la zona rural, con las Medicaturas y con las Estaciones de Leche.

No se peca de optimista al esperar que otros organismos de protección social a la infancia entiendan lo que desde la iniciación de sus labores comprendió el Patronato de Comedores Escolares, y que lleguen a ser una realidad los principios enfáticamente proclamados por el Primer Congreso Venezolano del Niño en 1.938.

Los conceptos enunciados, así como todos los contenidos en esta exposición, son los mismos que han regido las actividades sanitarias materno-infantiles en Venezuela desde 1.936; son los mismos que inspiraron al organizador de la campaña Materno-Infantil en el país, el Dr. Pastor Oropeza, la figura más destacada entre los Puericultores y Pediatras venezolanos.

Si pueden apreciarse algunas modificaciones, éstas recaen exclusivamente sobre la manera de aplicar esos conceptos y obedecen a la imperiosa necesidad de adaptarse a los progresos que cada día se logran en la solución de los diversos problemas de Salud Pública.

-6-

sión. Con la existencia de un Médico Jefe encargado del control de las Unidades Sanitarias o de las Medicaturas Rurales se logra una mejor integración de los servicios locales y una más adecuada distribución del trabajo, ya que estas Secciones de la Dirección de Salubridad sabrán darle prioridad al trabajo sanitario más urgente e importante de la localidad y los Jefes de División tramitarán toda su correspondencia a través de ellas. El Jefe de la División Materno Infantil cuando se dirige al personal especializado en su rama lo hace por intermedio del Jefe de Sanidad local, a fin de respetar la autoridad ejecutiva de éste y con la finalidad de que el último tome interés en el trabajo Materno-Infantil vigilando muy de cerca la labor desarrollada.

En resumen las funciones de la División Materno-Infantil las podemos exponer precisa y concisamente en la forma siguiente;

- 1º.- Capacitación del personal técnico necesario para la realización de las actividades de Puericultura.
- 2º.- Planificar los programas de lucha.
- 3º.- Asesorar a la Dirección de Salubridad en los diversos programas de acción que requieren la colaboración de la División Materno-Infantil.
- 4º.- Estudiar la marcha de los Servicios Locales en el ramo de la Puericultura en el país, ya analizando los informes, ya haciendo giras de supervisión cuando los crea convenientes.

Sobre esta última función partidaria la División que las Visitas de Supervisión rutinarias deben ser efectuadas por Médicos Sanitarios Inspectores que al mismo tiempo que supervisen las actividades de Puericultura vean la marcha de las otras actividades de Salud Pública. De esta manera, la supervisión sale menos costosa y mucho más productiva, ya que se efectúa con un criterio integral y sin obligar o por lo menos sin influenciar en el ánimo del Médico local sobre la conveniencia de incrementar las actividades sanitarias de una rama de la Salud Pública en detrimento de las otras. De esta manera el Jefe de la División Materno-Infantil sólo tendría que efectuar viajes especiales que requieran su presencia por la importancia del asunto o para planear debidamente la realización de determinada campaña.

DEPENDENCIAS DE LA DIVISIONInstituto de Puericultura. Servicio Materno-InfantilesCentros Materno-Infantiles. Estaciones de Puericultura

Para la realización de su labor, la División Materno-Infantil cuenta con una cadena de instituciones que si bien todas tienden hacia los objetivos generales ya señalados, cada uno tiene características especiales para la realización de su labor y para el logro de esos objetivos.

Tales instituciones son:

- 1°.- El Instituto Nacional de Puericultura
- 2°.- Los Servicios Materno-Infantiles integrados en el seno de Unidades Sanitarias o en Centros de Salud.
- 3°.- Los Centros Materno-Infantiles, adscritos a Unidades Sanitarias, pero funcionando aisladamente; y
- 4°.- Las Estaciones de Puericultura, adscritas a las Medicaturas Rurales.

"Instituto Nacional de Puericultura"

Es un organismo de gran importancia dentro de la División. Su estructura puede apreciarse en el esquema que ilustra esta exposición. Su función primordial es la función docente. Es en él donde se capacita el personal (Médicos, enfermeras y auxiliares) que la División necesita para la realización de su labor en todo el país. El Instituto de Puericultura es además el asiento de la enseñanza de Puericultura para la Cátedra respectiva de la Universidad Central de Venezuela y de las tres Escuelas de Enfermería que funcionan en la capital. Estas circunstancias explican la preocupación de la División por que los servicios que funcionan en el Instituto sean de óptima calidad. Su zona de influencia que puede apreciarse en el esquema adjunto; abarca un total de 2.197 familias con 4.023 casos activos; este sector de la urbe capitalina fué objeto de un survey previo a la instalación del Instituto en 1940, survey que es revisado periódicamente. La labor asistencial del Instituto en 7 años de funcionamiento puede apreciarse en la gráfica adjunta, que se refiere a la mortalidad infantil de la zona y en los cuadros que acompañan este informe.

En cuanto a la labor docente, resumida numéricamente en uno de los cuadros, con el objeto de dar una idea más cabal acerca de

ella, incluimos algunos de los programas que se siguen para la enseñanza en el Instituto.

Por motivos que fácilmente se explican, la función asistencial del Instituto, al correr de los años se ha venido intensificando cada vez más, reduciendo proporcionalmente las facilidades para la función docente, la que a su vez cada día reclama mayores esfuerzos. Por tales razones, la División Materno Infantil ha sugerido recientemente a la Dirección de Salubridad Pública, la creación de un Centro de Salud para la zona de influencia del Instituto y limitar éste a lo estrictamente necesario para la enseñanza. Tal sugestión ha sido acogida favorablemente.

"Servicios Materno-Infantiles integrados en el seno de Unidades Sanitarias o en Centros de Salud"

Se realiza con tales servicios la labor preventiva materno-infantil requerida para colectividades mayores de 10.000 habitantes y que no pasen de 100.000. De acuerdo con lo asentado en la primera parte de esta exposición, constituye esta clase de servicios la forma ideal para la práctica de la medicina preventiva a la madre y al niño. Las Unidades Sanitarias y los Centros de Salud, que son sus dependencias, disponen de un equipo que abarca todos los ramos de Salubridad Pública, e igualmente de facilidades para la asistencia médica, lo cual permite que un solo organismo, automáticamente, sin aumentar el esfuerzo de los clientes y sin requerir actividades especiales del personal, puede prestar asistencia médico-sanitaria integral, no solo a la madre y al niño, sino a todo el equipo familiar.

La División cuenta en el país con 45 servicios de ese tipo. Son esos servicios los que realizan el mayor porcentaje de la labor resumida en los cuadros que acompañan esta exposición.

"Centros Materno-Infantiles"

Funcionan en aquellas poblaciones en donde las Unidades Sanitarias no pueden llenar todas las necesidades requeridas por el número de habitantes y en donde este número no alcanza la cifra suficiente para justificar la creación de uno o más Centros de Salud. En la práctica, la División ha creado Centros Materno-Infantiles en todas aquellas ciudades en las cuales, si bien son indispensables Centros de Salud, por diversas razones aún no se han organiza

do. Los Centros Materno-Infantiles creados en estas condiciones, se integrarán dentro de los Centros de Salud cuando llegue la oportunidad.

Los Centros Materno-Infantiles son previstos en tal forma que pueden realizar todos los objetivos de la División, aunque de una manera estrictamente especializada. Su labor se limita exclusivamente a la madre y al niño y sólo en aquellos aspectos que pueden repercutir sobre el normal desarrollo de éste. Desde el punto de vista sanitario su eficacia es por lo tanto inferior a la de los Centros de Salud o a la de los Servicios Materno-Infantiles a que nos referimos en párrafo anterior. Sin embargo son de gran utilidad para descentralizar la labor de las Unidades Sanitarias o de los Centros de Salud en lo que a la Higiene Materno-Infantil se refiere, permitiendo que ésta se realice en el seno mismo de las colectividades. Esta fácil accesibilidad de los servicios es de gran importancia en las actividades materno-infantiles, ya que éstas recaen por lo general en mujeres embarazadas y niños que no padecen ningún trastorno de la salud que los haga buscar asistencia médica, lo que obliga a facilitarlos en el mayor grado posible la obtención de los servicios, sobre todo si se tiene en cuenta el bajo nivel cultural de la mayoría de las personas para quienes esos servicios son más necesarios. No sucede lo mismo con otra clase de servicios sanitarios, tales como el Anti-tuberculoso y el Anti-venéreo, en los que muy frecuentemente hay un motivo que obligue al cliente a buscar asistencia médica y permite localizar los contactos que es lo que sanitariamente más interesa.

Dadas las condiciones topográficas y urbanísticas de nuestras poblaciones, siempre será necesario que las Unidades Sanitarias y los Centros de Salud tengan uno o más Centros Materno-Infantiles anexos funcionando separadamente.

Hay en el país 24 Centros Materno-Infantiles, ubicados en las principales ciudades, adscritos todos a las Unidades Sanitarias respectivas. Funcionan según pautas elaboradas por la División, de las cuales se adjunta un ejemplar al presente informe.

"Estaciones de Puericultura"

Constituyen el órgano estructuralmente más sencillo de la División y seguramente el de mayor trascendencia, ya que su zona de influencia, es la población rural, es decir, el 75% de la población venezolana.

La Estación de Puericultura es la última etapa de la evolución de una institución muy antigua, esencialmente caritativa, de función social muy limitada y de beneficios colectivos más que dudosos: La Gota de Leche Benéfica, aspiración de los filántropos del Siglo XVIII.

Ya en 1936 la administración sanitaria venezolana adoptó la Gota de Leche en una etapa superada, transformada en Estación de Leche, "tipo educativo", cuya función principal no era ya repartir leche a un grupo de niños necesitados, sino atraer a un grupo de madres para enseñarles, objetivamente, mediante charlas y demostraciones, las nociones más importantes de Puericultura.

A medida que la labor sanitaria se ha ido extendiendo a las más apartadas regiones del país, las Estaciones de Leche se han venido haciendo cada vez más importantes. Allí, en la zona rural, donde la incuria, la ignorancia, y el recelo hacen totalmente irrealizable el sueño de los sanitarios idealistas, el de atraer simplemente por la persuasión, la Estación de Leche es un resorte poderoso, es un incentivo que pone a la disposición de la Medicatura Rural un grupo de madres y niños a quienes se paga con leche la función importantísima de demostrar a la colectividad, la cual de otra manera no lograría comprenderlo, cuando valen las normas de medicina preventiva. Sólo el prestigio del Médico Rural, alcanzado con su asistencia oportuna y eficaz a los enfermos y una Estación de Leche manejada con habilidad, pueden lograr el milagro de que muestras campesinas soliciten al médico al estar embarazadas, y que lleven sus hijos al Consultorio, sin que haya una enfermedad que las obligue a ello.

Por otra parte, si con las Estaciones de Leche no se pretende resolver el problema del hambre y la miseria, el cual tiene otras vías de solución fuera del alcance de la División Materno-Infantil, si se aspira con ellas al proporcionar a las madres, leche de buena calidad para sus hijos y enseñanzas para el manejo provechoso de esa leche, a luchar eficazmente contra las distrofias y contra las diarreas y enteritis, principales causas de mortalidad infantil en el país.

El elemento humano más valioso y el que constituye la clave del éxito en la labor rural de las Estaciones de Leche, es la Encargada de la Estación, llamada Auxiliar de Estación de Leche, que se selecciona entre mujeres de 18 y 35 años, con Certificados de Instrucción Primaria Superior y quienes son objeto de un curso de capacitación de acuerdo con programas adecuados.

A cargo de la Auxiliar está la inscripción de casos, las charlas y las demostraciones a las madres, las visitas domiciliarias, la referencia de prenatales y niños a las clínicas del médico, la atención de estas clínicas, las inmunizaciones, la vigilancia del local, del mobiliario y de los útiles de la Estación y el control del personal del servicio doméstico.

Toda Estación Rural de Leche, está bajo la dirección inmediata del Médico Rural.

Con el objeto de alejar la Estación de Leche de su significado primitivo puramente benéfico y para integrarla cada vez dentro de un concepto sanitario, adaptando su nombre a la verdadera función que hoy desempeña, hemos propiciado que se denominen "Estaciones de Puericultura", y que las Encargadas, en lugar de llamarse Auxiliares de Salud Pública, por ser este nombre más adecuado al tipo de capacitación que actualmente se les suministra. Anexos a este informe van los programas que se siguen para la enseñanza de Auxiliares de Salud Pública.

Ciento veinte Estaciones de Puericultura tiene la División en funcionamiento, diseminadas en la superficie territorial de la República. Treinta más serán instaladas próximamente, todas en la zona rural. Se aspira a que toda medietad en esta zona esté dotada de una Estación de Puericultura.

Organización y financiamiento de un servicio Materno-Infantil.-

La organización de un servicio Materno-Infantil, desde el punto de vista sanitario, debe fundamentarse en las bases siguientes:

- 1º Conocimiento del medio: Estudio previo de las condiciones sanitario-sociales de la zona de influencia del servicio (Survey)
- 2º. Personal capaz, con orientación sanitaria bien definida, en número suficiente de acuerdo con el resultado del survey: un médico para cada 600 familias trabajables y una enfermera visitadora (Educadora de Salud Pública) por cada 180 familias.
- 3º. Disponibilidad de organismos auxiliares y de colaboración indispensables: Laboratorio, servicio de Rayos X, servicio dental, centros de asistencia médico quirúrgica.
- 4º Recursos económicos suficientes que garanticen la estabilidad del servicio y su funcionamiento de manera eficaz.

El Survey

El survey debe realizarse de acuerdo con un plan metódico que permita obtener el mayor número de datos utilizables y lograr un conocimiento minucioso de la zona de trabajo.

Aunque ese plan puede sufrir algunas variaciones de acuerdo con las peculiaridades de cada zona, las bases fundamentales serán siempre las mismas. En tal sentido nos parece muy recomendable el sistema utilizado para el survey del Instituto de Puericultura, realizado en 1940, el cual ilustra esta exposición.

Aunque la distribución del trabajo en zonas o distritos sanitarios no puede hacerse en forma definitiva sino después de conocidos los resultados del survey, para la realización de éste se distribuirá el personal de acuerdo con la topografía de la región. Es de gran importancia que el survey sea hecho por personas que luego vayan a trabajar en el servicio que se organiza. La única manera de evitar errores de interpretación es conservar el mismo personal durante todo el tiempo en que se esté realizando el survey e instruirlo suficientemente hasta en los más mínimos detalles, acerca de la manera como deben ser hechas las Encuestas. A título ilustrativo se anexa esta exposición, un modelo de las fichas utilizadas por la División para los survey.

Personal

La selección adecuada del elemento humano que debe realizar la labor, constituye el punto fundamental en cuanto a la eficacia del servicio se refiere. No basta disponer de médicos y enfermeras en número suficiente, sino que es igualmente importante que esos médicos y esas enfermeras tengan una orientación sanitaria bien definida, desideratum que no se logra satisfactoriamente con la simple enseñanza Universitaria y de las escuelas de enfermería. De allí el papel principalísimo que para la División Materno-Infantil juega el Instituto de Puericultura, donde la enseñanza de esta materia se proyecta sobre un fondo netamente sanitario.

En Venezuela el problema del personal para los servicios Materno-Infantiles estriba, no tanto en la capacitación técnica, las cuales las soluciona eficazmente el Instituto de Puericultura, sino en el escaso número de médicos y enfermeras disponibles. Las actividades médico-sanitarias de Venezuela en la actualidad requieren alrededor de 4.000 médicos y no se cuenta siquiera con 1.500. Más agudo aún es el problema de la escasez de enfermeras.

Se calcula como queda expresado que el Servicio Materno-Infantil debe estar dotado de un médico por cada 600 familias, en los casos en que el servicio se limita exclusivamente a labores Materno-Infantiles. Cuando ese servicio funciona dentro de una Unidad Sanitaria provista de otros servicios (Antivenéreos, antituberculoso, etc) o en un Centro de Salud, el trabajo de la enfermera tiene que ser polivalente; entonces 180 familias resulta una cifra exagerada y debe limitarse a un máximo de 150. En este caso el Médico Puericultor, contrariamente, tiene menos trabajo por familia y un solo médico es suficiente para un mil familias. Cuando los Centros o Servicios Materno-Infantiles deben atender a un número de familias que requieran más de un médico, a veces resulta conveniente utilizar los servicios de Maternólogos para la labor de Higiene prenatal, a condición de que estos estén bien enterados de la función sanitaria de los Servicios Materno-Infantiles. Si esta condición no se cumple, la división del trabajo no aumenta, sino que disminuye la calidad del servicio y su eficacia.

Disponibilidad de Servicios Auxiliares y de colaboración Laboratorio y Rayos X

El trabajo de Higiene Materno-Infantil requiere la utilización de servicios complementarios, como el de Laboratorio y el de Rayos X, los cuales deben ser prestados por organismos centralizados o específicos, pues destinan un servicio de ese tipo a actividades Materno-Infantiles exclusivamente, constituiría un error desde el punto de vista administrativo por lo anti-económico. En Venezuela los servicios Materno-Infantiles disponen del Laboratorio del Instituto Nacional de Higiene en Caracas y de los Laboratorios de las Unidades Sanitarias en el interior de la República. En cuanto al Servicio Radiológico para la investigación sistemática de tuberculosis, se cuenta con los Dispensarios de Tisiología de la correspondiente División.

Servicios dentales

La Higiene dental se considera como renglón indispensable en las actividades de la División. En nuestro medio hay servicios dentales en las Unidades Sanitarias, en los Centros de Salud y en algunos Centros Materno-Infantiles. De acuerdo con su ubicación y con el número de familias que deben ser atendidas, un solo servicio dental puede ser utilizado por dos o más Centros e igualmente por los servicios de Higiene Escolar.

Consultorios de Higiene mental

Hasta la fecha, por circunstancias que sería prolijo enumerar, entre otras la carencia de personal técnico, la Higiene Mental Infantil ha ocupado un segundo plano entre las actividades de la División. Esta considera tan importante la Higiene Mental como la puramente física y gestiona actualmente la organización de consultorios de Higiene Mental Infantil, lo que completará en forma cabal la labor que se desarrolla. Para el cumplimiento de este propósito cuenta con la colaboración de la División de Higiene Mental creada recientemente, cuyos integrantes se han dado perfectamente cuenta de la trascendencia del problema.

Centros de asistencia médica

No basta la acción profiláctica de los servicios Materno-Infantiles, para combatir con éxito la mortalidad infantil. Es impres-

cindible la existencia de servicios médico-curativos y de hospitalización, a los cuales puedan acudir las madres, referidas por las enfermeras del Servicio Materno-Infantil, cuando el estado de salud de los niños lo requiera.

Todo servicio Materno-Infantil debe estar coordinado con un servicio de Pediatría. Esto constituye uno de los fundamentos de la organización de la Campaña Materno-Infantil en Venezuela: Desde el primer momento se ha visto la necesidad de que la asistencia preventiva al niño debe ir acompañada de la asistencia curativa. Igualmente se ha tenido en cuenta el peligro que representa el hecho de que ambos tipos de asistencia sean prestadas en el mismo servicio, y sobre todo en el mismo local; en vista de ello, cada vez que se organiza un servicio Materno-Infantil, se gestiona la creación de un Dispensario de Pediatría que funcione coordinadamente con ese servicio.

Recursos económicos

La organización de un servicio Materno-Infantil requiere que de antemano se tenga la seguridad de que el organismo responsable disponga del dinero suficiente para esa organización y para garantizar la permanencia del servicio. Los Servicios Sanitarios cuando son organizados de acuerdo con todas ~~las~~ normas técnicas son servicios susceptibles de ser perfeccionados o extendidos, pero ningún motivo es válido para suprimirlos.

Esto, no solo por razones de orden político, sino también y sobre todo por razones de orden humano.

De acuerdo con los datos que posee la División, la instalación de un servicio Materno-Infantil, conforme al valor actual de nuestra moneda, cuesta entre 12 y 15.000 bolívares y los gastos de sostenimiento, incluidos los de personal, pueden ser calculados a razón de Bs. 10,00 mensuales por cada familia inscrita.

En lo que respecta a los Servicios de Pediatría (Dispensarios y Hospitalización), cuando se trata de zonas en donde los Gobiernos locales (el Municipio o el Estado), tienen recursos suficientes, es ventajoso dejar a esos Gobiernos el financiamiento de aquellos servicios, siempre que el control técnico sea confiado a las autoridades sanitarias, a fin de que pueda existir la estrecha coordinación indispensable entre los servicios preventivos y los curativos.

El costo de los Dispensarios de Pediatría y de la Hospitalización de niños, puede calcularse en nuestro medio teniendo como base

que el 5% de los niños de 0 a 7 años que de acuerdo con el survey deben inscribirse en el Servicio Materno-Infantil, representa la cifra de niños que diariamente necesitan asistencia médica; y el 10% de los que necesitan asistencia médica, requieren hospitalización.

Conocidas esas dos cifras, el cálculo puede hacerse asignando a cada niño de consulta Bs 3,00 diarios y a cada niño de hospitalización Bs 15,00 diarios.

Así por ejemplo, un servicio organizado para un grupo colectivo en el cual hay 600 niños de 0 a 7 años, debe contar con asistencia médica diaria para 30 niños; 28 de tratamiento ambulatorio y 2 de hospitalización. En este caso, los servicios pediátricos costarían:

28 niños a Bs	3,00 diarios.....	Bs.	84,00
2 niños a Bs	15,00 diarios.....	"	30,00
			114,00
TOTAL ... Bs. 114,00			

Cuando se trata de zonas en donde los recursos de las autoridades locales son insuficientes, como sucede en la mayor parte del territorio nacional venezolano, los servicios pediátricos deben ser ~~sufra~~gados igualmente como los sanitarios, por el departamento del Gobierno Nacional al cual le corresponda, en nuestro caso por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Como puede apreciarse, no se ha tomado en cuenta para el financiamiento los servicios materno-infantiles la iniciativa privada. Tal proceder obedece a varios motivos:

1° El Estado venezolano es un organismo económicamente fuerte, frente a una masa de población con escasos recursos económicos casi en su totalidad.

2° La iniciativa privada para ser realmente provechosa, tiene que estar sometida, indispensablemente, al estricto control de los organismos técnicos oficiales. Esta condición, de acuerdo con la experiencia tanto de Venezuela como de otros países, es difícil de lograr. Entre nosotros, podemos citar como excepción el caso de las Asociaciones Antituberculosas, organismos federados, cuyas actividades se someten estrictamente a lo que dictamina el "consejo técnico asesor" respectivo, integrado por miembros de la Sociedad Venezolana de Fisiología, organismo éste que agrupa a los funcionarios médicos de la División que dirige la Lucha Nacional contra la

Tuberculosis.

3º La circunstancia anotada en primer lugar explica que la iniciativa privada en Venezuela, cuando existe, sea sumamente raquítica. Por lo general, se trata de organismos o asociaciones que, con pocas excepciones, lo que hacen es pedir a los departamentos oficiales dinero para el sostenimiento de diversas obras de beneficios colectivos. Sin embargo, casi siempre los organismos oficiales apoyan esas asociaciones, porque comprenden la importancia de estimular la iniciativa privada. Esporádicamente se observan casos en que esta iniciativa tiene apreciable significación económica, como el del Hospital Anti-poliomielítico de Caracas, el cual se sostiene principalmente por el aporte de su fundador, el gran filántropo venezolano, Sr. Eugenio Mendoza, y un grupo de amigos suyos. Puede citarse igualmente el caso del Sr. Salvador Cupello, honorable comerciante marabino, quien donó todo el material de alfarería para la construcción del Sanatorio Antituberculoso de Maracaibo, donación avaluada en cerca de Bs. 200.000,00.

4º En vista de lo exiguo, irregular e inseguro de la iniciativa privada en Venezuela, se reserva su aporte para obras poco costosas, cuyo funcionamiento no llene una necesidad vital o que puedan en un momento dado, sin gran esfuerzo, ser sostenidas directamente por el Estado. En lo que a la protección materno-infantil respecta, la iniciativa privada se reserva para que preste su colaboración en actividades contra el abandono y la miseria. En todo caso debe someterse al dictamen del Consejo Venezolano del Niño.

Distribución de trabajo

Una vez realizado el survey y tabulados los datos porrespondientes, entre los cuales figuran el número de partos anuales, el de niños menores de 2 años y el de niños de 2 a 6 años, el trabajo de consultas médicas puede ser calculado de la siguiente manera:

Teniendo en cuenta que cada prenatal debe asistir por término medio a seis clínicas y que en cada clínica son atendidas 15 prenatales, el número mensual de clínicas se obtiene de la manera siguiente:

$$\text{te: } \frac{\text{N}^\circ \text{ anual de P. N.} \times 6, 0}{12 \times 15}$$

lo que es lo mismo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de P. N.}}{30}$

En cuanto a las consultas de infantiles, los que rutinariamente asisten a clínicas una vez por mes, y se atienden 20 en cada clí

nica, el número mensual de clínicas es el cociente obtenido de dividir entre 20 el total de niños menores de 2 años: $Cl. H. I \approx \frac{N^{\circ} H. I.}{20}$

Los preescolares son examinados dos veces al año y se atienden igualmente 20 en cada sesión; por lo tanto el número de Clínicas P. E. se obtiene multiplicando por 2 el total de P. E. y dividiendo el producto entre 20, multiplicado por 12 $\frac{N^{\circ} P. E. \times 2}{20 \times 12}$ o lo que es lo mismo: $Cl. P. E. = \frac{N^{\circ} P. E.}{120}$

120

En cuanto a la labor de las Visitadoras, el tiempo se les distribuye de manera que por lo menos el 50% pueda ser dedicado íntegramente a la visita domiciliaria de los casos. El otro 50% deben dedicarlo a la atención en las horas de Clínicas, a las entrevistas con las madres en el mismo local del servicio, a la organización de los archivos, a la planificación de las visitas, etc.

Todos estos puntos pueden entenderse más detalladamente con la lectura de las pautas para el funcionamiento de los Centros Materno-Infantiles, que se adjuntan a esta expedición.

Algunas consideraciones sobre natalidad, mortalidad fetal, mortalidad materna, mortalidad neonatal y mortalidad infantil durante el quinquenio 1942 - 1946.-

La presentación de estos hechos no es fácil de realizar cuando todos los datos estadísticos no pueden lograrse con igual exactitud. Es por ello, que solamente presentamos los datos de mortalidad especificada por causa para Caracas y consideramos como valores aproximados a la realidad los de aquellas poblaciones marcadas con asteriscos en donde se ha logrado hacer obligatoria la inscripción de la natalidad y en donde los servicios de Estadística Vital están bien organizados. Hacemos esta aclaratoria especialmente para prevenir al lector en la interpretación de las cifras y coeficientes de las poblaciones del interior. En efecto, los coeficientes de mortalidad materna, neonatal e infantil que presentamos para aquellas poblaciones que no tienen todavía buen registro de la natalidad pueden ser más altos del que les corresponde en la realidad, tomando en consideración que si bien el número de muertes se conoce exactamente debido a que el Registro tiene necesariamente conocimiento de ellas para los efectos del enterramiento, en cambio el número de nacimientos ocurridos en el año, no es posible de lograr para muchas de las poblaciones que presentamos en estudio y siendo los nacimientos el denominador de las fórmulas estadísticas que estudian estos fenómenos, es lógico que el cociente resultante, que en este caso es el coeficiente, tenga un valor mayor. Por lo tanto no esperamos presentar estos coeficientes como valor estadístico exacto sino como apreciación aproximada suponiendo de antemano que su valor es menor en la realidad al que le corresponde en los cuadros y gráficas bajo consideración.

Natalidad

Entre nosotros resulta bastante violento el interpretar la natalidad bajo forma de coeficientes, aún para Caracas, ya que el conocimiento de la natalidad no es completo a pesar de que Caracas lleva cinco años de inscripción obligatoria de la natalidad en la Sección de Estadística Vital con las maternidades clínicas, médicas y parteras. Hemos de admitir sin embargo que se han alcanzado grandes progresos tanto para Caracas como para otras ciudades del país en lo que a la inscripción se refiere.

Durante el quinquenio 1942 -1946 se registraron en Caracas 65.176 nacidos vivos. En el cuadro. Nº 6 referente a la mortalidad infantil durante el quinquenio 42-46 ocurrida en Caracas, se puede observar en el último numeral del cuadro relativo a los nacidos vivos como ha venido aumentando el conocimiento de los mismos y que si las diferencias de un año a otro hasta 1945 no son mayores de 700 en cambio entre 1946 y 1945 hay una diferencia de 1.760, lo que indiscutiblemente está influenciado por un mejor conocimiento de la natalidad, un aumento de la población en Caracas especialmente registrada del 45 para acá y no deja de influenciar también un aumento de la natalidad. Consultando los anuarios estadísticos de la División de Epidemiología y Estadística Vital del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social suministramos las siguientes informaciones:

- 1º El mayor número de primíparos acusan madres de menos de 20 años de edad y el mayor número de nacimientos sin distinción de orden de generación las madres de 20 a 24 años a las cuales correspondió el 34%.
- 2º El mayor número de nacimientos vivos legítimos de madres venezolanas casadas con extranjeros corresponden a la nacionalidad española; y el de padres venezolanos casados con madres extranjeras también a la nacionalidad española.
- 3º En la filiación de los nacimientos vivos ocurridos en ciudades donde el servicio de Estadística Vital se ha podido organizar debidamente como Caracas, Maracaibo, Valencia, Barquisimeto, San Cristóbal, Maracay, Trujillo y La Victoria se obtiene una mediana de 41% de hijos legítimos. La mediana de nacimientos ilegítimos para las ciudades arriba citadas es el 63% y la de hijos reconocidos es el 3%.

Mortinatalidad

Siendo la mortinatalidad un dato estadístico muy difícil de obtener con exactitud nos veremos en el caso de sólo hacer consideración en forma especificada para la ciudad de Caracas y efectuar algunos comentarios globales sobre mortinatalidad ocurrida en las ciudades en donde se ha efectuado la inscripción obligatoria de la natalidad. Sería absurdo el hacer consideraciones sobre la mortinatalidad de las otras poblaciones en donde la mayoría de los mortinatos los entierran en la propia casa sin estar debidamente informado el registro al respecto.

Mortinatalidad ocurrida en Caracas durante el quinquenio 1.942 - 1.946

La mortinatalidad en Caracas ha sufrido un descenso bastante manifiesto durante el quinquenio en estudio si lo comparamos con la mortinatalidad ocurrida durante el quinquenio 1.938 - 1.942. A pesar de que el coeficiente de mortinatalidad obtenido durante el quinquenio 42-46 es mucho menor que el coeficiente de mortinatalidad de 1.938 a 1.942 no haremos consideraciones al respecto, tomando en consideración que en ella ha incluido grandemente el mejor conocimiento de la natalidad.

La mortinatalidad por sífilis ha disminuido apreciablemente ya que el coeficiente del quinquenio anterior fué de 9,6 x 1.000 y durante el quinquenio 42-46 es de 4,54 x 1000. Analizando las cifras absolutas de mortinatalidad por sífilis nos encontramos que el quinquenio 38-42 se concieron 521 mortinatos por sífilis y en el quinquenio 42-46 solamente 304. Habiendo habido un aumento de partos durante el quinquenio 42-46 es lógico que pensemos en un real descenso. Sin embargo, podrá aducirse que durante el quinquenio 1.938-1.942 pudieron haberse certificado como mortinatos sifilíticos mortinatos por otras causas, a consecuencia de deficiencias para esa época del médico en lo relativo a la discriminación diagnóstica y al hábito casi tradicional de ver la sífilis en todas partes.

En el cuadro número uno, se puede apreciar la mortinatalidad durante el quinquenio ocurrido en Caracas en cifras absolutas y bajo formas de coeficientes y al mismo tiempo el porcentaje de algunas causas sobre la mortinatalidad total y el porcentaje sobre la mortinatalidad diagnosticada.

La Sífilis fué responsable de un 17,18% de la mortinatalidad total. El porcentaje sobre la mortalidad diagnosticada fué del 31,6%, cifra muy inferior a la legrada en el quinquenio 38-42 (47%). El coeficiente de mortinatalidad por toxemia fué ligeramente inferior al obtenido para el anterior quinquenio. En cambio el porcentaje de Mortinatos por toxemia sobre la Mortinatalidad diagnosticada fué algo mayor 8,72% y 6,3% para los quinquenios 1942-1946 y 1938-1942 respectivamente. La mortinatalidad por anomalías del feto, placenta y del cordón fué responsable del 15,7% de la mortalidad diagnosticada.

La mortinatalidad ocasionada por enfermedad o accidente de la madre fué responsable de un 57,9% de la mortinatalidad diagnosticada y el 26,40% restante fué debido a presentación anormal, procedencia del cordón, parto prolongado o inercia uterina, malformaciones pélvicas, operaciones obstétricas y otras causas no especificadas.

El coeficiente de mortinatalidad en las otras poblaciones del país en donde se ha hecho obligatoria la inscripción de la natalidad oscila entre 23,8 x 1.000 y 60,8 x 1.000 dando una mediana de 54 x 1.000 para dicho grupo; tómesese estas cifras sin embargo con cierta reserva por ser esta mortalidad tal vez la más afectada por la falta de inscripción aún en los centros urbanos, debido a la poca importancia que generalmente se atribuye a un nacido muerto; por consiguiente dependerá de la mejor inscripción de esta mortinatalidad en un determinado lugar la fuerza demostrada por su respectivo coeficiente.

Mortalidad Materna

En el cuadro número dos presentamos la mortalidad materna ocurrida en Caracas durante el quinquenio 42-46 especificada por causas de muerte. En este cuadro podemos observar que la mayor causa de mortalidad materna está constituida por las infecciones durante el parto y el puerperio seguida por las hemorragias del parto y el puerperio y en tercer lugar las toxemias del embarazo. Sin embargo estas dos últimas causas así como las restantes no pueden interpretarse con precisión tomando en cuenta la pequeñez de las cifras absolutas.

Analizando los coeficientes por 10.000 parturientas durante cada uno de los años que constituyen el quinquenio podemos observar

que ha habido una reducción de dicho coeficiente a partir de 1.94 a reducción que tiene más valor tomando en consideración que si bien es verdad el número de parturientas ha aumentado casi todos los años, en cambio las cifras absolutas de la mortalidad materna no ha seguido dicho aumento especialmente si comparamos los dos últimos años del quinquenio en donde hubo 49 muertos para 1.94 a y 43 muertos para 1946 por causa materna. También podemos apreciar en dicho cuadro que el coeficiente de mortalidad materna del quinquenio 42-46 es mucho menor que el logrado para el quinquenio 37-41. En el mismo cuadro se puede observar que el error Standard para cada uno de los años del quinquenio y para el promedio 42-46 es menor de 5, lo que nos da más seguridad en nuestras apreciaciones.

En el cuadro número tres, podemos apreciar la mortalidad materna ocurrida en las capitales de Estado, tanto en cifras absolutas como bajo forma de coeficiente. La gráfica número uno, expresa el coeficiente de mortalidad materna para Caracas y las capitales de Estado pudiéndose apreciar una mediana de 60 x 10.000 parturientas cifra que conceptuamos satisfactorias tomando en consideración nuestras condiciones sanitarias y demás factores que influyen en una buena asistencia obstétrica.

Las ciudades marcadas con una X son aquellas que merecen crédito de nuestra parte por tener servicios de inscripción de la natalidad bien organizado.

El coeficiente de mortalidad materna para las dos primeras poblaciones Barinas y San Carlos pueda que no corresponda a la realidad tomando en consideración que en estas ciudades existe mucha deficiencia en la inscripción de la natalidad.

Por otra parte, las ciudades de Los Teques y la Asunción que presentan el coeficiente de mortalidad materna más baja está influenciado indiscutiblemente por su cercanía a las poblaciones de Caracas y Porlamar respectivamente a donde afluyen los casos difíciles para su tratamiento, por tener éstas dos últimas ciudades mejores servicios asistenciales.

Algunos aspectos de la administración sanitaria de la asistencia obstétrica

La administración sanitaria que ha seguido el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en el control de la asistencia obstétrica

en el país ha sido bastante eclética y sobre todo ajustada a nuestra realidad venezolana. En efecto, confrontamos una serie de dificultades que nos hacen tomar ciertas medidas las cuales no conceptuamos definitivas, sino provisionales y tendientes a lograr un mejoramiento de la asistencia obstétrica. Entre esas dificultades que confrontamos, son las más importantes las siguientes:

1° La falta de médicos suficientes para atender a las necesidades obstétricas del país así como también de enfermeras graduadas y personal técnico auxiliar.

2° La existencia de numerosos núcleos de poblaciones rurales dispersas, cuyo número de habitantes es tan reducido que hace imposible sostener allí un médico.

3° Las dificultades de las vías de comunicación que obstaculizan el rápido traslado de una mujer en trabajo hacia un centro obstétrico en donde pueda recibir mejor asistencia.

4° Los núcleos rurales y sub-urbanos que rodean a los grandes centros con medios de comunicación de difícil acceso o su dispersión o la topografía absurda en donde vive mucha gente pobre (en las ciudades montañosas los cerros constituyen la residencia habitual de la gente humilde).

5° La necesidad de atender una serie de problemas de mucho más importancia que el que nos ocupa, tales como la lucha contra la tuberculosis, sífilis, etc., así como las enfermedades de tipo tropical que constituyen endemias que flagelan al hombre del campo, hacen que el Despacho de Sanidad reparta proporcionalmente los recursos económicos de que dispone y controle esa campaña sin freno de construir Maternidades en muchos sitios donde los resultados no van a producir ~~los~~ efectos deseados, tomando en consideración las razones arriba expuestas y las otras dos que de seguida enunciaremos.

6° La falta de conciencia sanitaria de las masas que dificulta grandemente la realización de muchas medidas.

7° La poca tendencia de la gente pobre a asistir a las Maternidades o Pabellones de Maternidad dentro de los Hospitales generales por ser mirado el Hospital como un centro poco placentero o por razones de tipo doméstico en donde la prenatala no puede dejar su casa por tener que cuidar de hijos menores y de otras ocupaciones domésticas que desde la cama se les hace más fácil al dirigir dichas labores.

Todos estos factores, que indiscutiblemente influyen en la asistencia obstétrica de cualquier localidad, han hecho que el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social efectúe una política de control obstétrico de acuerdo con las peculiaridades de cada una de las ciudades de la República. Tomando en cuenta dichas consideraciones el Despacho de Sanidad propugna la creación de maternidades en aquellas poblaciones que así lo requieran o pabellones de maternidad dentro de los hospitales generales con un número de camas adecuado a la población.

En relación con el problema de la asistencia obstétrica por comadronas empíricas, la conducta del Despacho de Sanidad ha sido la de atraer a la comadrona a las Unidades Sanitarias, Centros de Salud, Centros Materno-Infantiles o Medicaturas Rurales, con el objeto de que reciban la capacitación necesaria para la atención higiénica del parto y aprendan lo que ~~soñ~~ pueden hacer y lo que nunca deban hacer. También se ha propiciado en algunas Unidades Sanitarias la capacitación práctica institucional consistiendo en hacer pasar a las comadronas por los servicios de Maternidad local por turnos de guardia y de esta manera la enseñanza es más objetiva.

También algunos médicos sanitarios no contentos con estos dos sistemas de capacitación han llevado a la práctica la asistencia de las comadronas a las clínicas prenatales. Este sistema contribuye a aumentar la familiaridad entre el servicio sanitario, la comadrona y prenatal, estimula a la comadrona y permiten convencer tanto a la prenatal como a la comadrona que la piensa asistir a que su parto debe ser atendido en una Maternidad cuando existan razones para ello (primeriza, casos especiales, etc.) y también para disminuir la clientela de la mala comadrona con el pretexto de que justifica su asistencia a la maternidad o por otras manos. De esta manera, se logran evitar muchos resentimientos que le proporcionan a la comadrona cuando la prenatal ha desistido de su asistencia. En las charlas semanales que las enfermeras dictan a las comadronas, se procura hacerlas lo más práctica posible, tratando los problemas que se los hayan presentado y diciendo la conducta que ha debido haber seguido. Por todos estos medios se lucha por una mejor capacitación de las comadronas, ya que por los momentos constituye una necesidad para el país por las razones ya expuestas al hablar con las dificultades que confrontamos con la asistencia obstétrica. Esta posición nuestra la afianzamos más cuando vemos que países como Estados Unidos, el Canadá y muchos europeos todavía aceptan a la comadrona empírica siempre y

Todos estos factores, que indiscutiblemente influyen en la asistencia obstétrica de cualquier localidad, han hecho que el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social efectúe una política de control obstétrico de acuerdo con las peculiaridades de cada una de las ciudades de la República. Tomando en cuenta dichas consideraciones el Despacho de Sanidad propugna la creación de maternidades en aquellas poblaciones que así lo requieran o pabellones de maternidad dentro de los hospitales generales con un número de camas adecuado a la población.

En relación con el problema de la asistencia obstétrica por comadronas empíricas, la conducta del Despacho de Sanidad ha sido la de atraer a la comadrona a las Unidades Sanitarias, Centros de Salud, Centros Materno-Infantiles o Medicaturas Rurales, con el objeto de que reciban la capacitación necesaria para la atención higiénica del parto y aprendán lo que solo pueden hacer y lo que nunca deben hacer. También se ha propiciado en algunas Unidades Sanitarias la capacitación práctica institucional consistiendo en hacer pasar a las comadronas por los servicios de Maternidad local por turnos de guardia y de esta manera la enseñanza es más objetiva.

También algunos médicos sanitarios no contentos con estos dos sistemas de capacitación han llevado a la práctica la asistencia de las comadronas a las clínicas prenatales. Este sistema contribuye a aumentar la familiaridad entre el servicio sanitario, la comadrona y prenatal, estimula a la comadrona y permiten convencer tanto a la prenatal como a la comadrona que la piensa asistir a que su parto debe ser atendido en una Maternidad cuando existan razones para ello (primeriza, casos especiales, etc.) y también para disminuir la clientela de la mala comadrona con el pretexto de que justifica su asistencia a la maternidad o por otras manos. De esta manera, se logran evitar muchos resentimientos que le proporcionan a la comadrona cuando la prenatal ha desistido de su asistencia. En las charlas semanales que las enfermeras dictan a las comadronas, se procura hacerlas lo más práctica posible, tratando los problemas que se los hayan presentado y diciendo la conducta que ha debido haber seguido. Por todos estos medios se lucha por una mejor capacitación de las comadronas, ya que por los momentos constituye una necesidad para el país por las razones ya expuestas al hablar con las dificultades que confrontamos con la asistencia obstétrica. Esta posición nuestra la afianzamos más cuando vemos que países como Estados Unidos, el Canadá y muchos europeos todavía aceptan a la comadrona empírica siempre y

cuando se someta a las pautas sanitarias elaboradas al respecto. Analizando la relación que pueda existir entre mayor número de partos asistidos por comadronas inscritas en una región determinada y la mortalidad materna ocurrida, observamos que ésta no aumenta con el mayor porcentaje de partos asistidos por comadronas y que está influenciado más bien por la calidad de los servicios sanitarios locales. En efecto, hemos podido notar que el problema de la mortalidad materna es menor en aquellas ciudades con eficientes servicios sanitarios y hemos podido observar que en algunas ciudades donde se había logrado una buena asistencia obstétrica, decae dicha efectividad con la disminución de la eficiencia de servicio sanitario local por haber ocurrido cambios en el personal médico, enfermeras, etc.

Se ha logrado también con el control sanitario de las comadronas empíricas, el disminuir la incidencia de la Oftalmía Neonatorum y especialmente la morbilidad por Tétano Infantil contribuyendo a ello también la distribución gratuita que el Ministerio de Sanidad viene haciendo a las comadronas de las Cápsulas de Nitrato de Plata y Curas umbilicales que ellas necesiten. Estudiando la mortalidad infantil por tétanos, observamos que en 1934 (fecha para la cual el Ministerio de Sanidad todavía no estaba organizado) se conocieron en el país 795 muertes por esta causa y ya en 1939 la cifra se redujo a 271 descendiendo aún más en 1945 a 120 casos. Hemos de advertir que estamos hablando de la mortalidad infantil por tétanos ocurrida en toda la República en donde existen muchos núcleos de población rural que todavía no han recibido los beneficios de un adecuado control materno-infantil. Si estudiamos la mortalidad por tétanos infantil en poblaciones en donde funcionan Unidades Sanitarias, observamos que 33 de ellas solo ocurrieron 12 casos de tétanos infantil durante el año de 1945 y por el contrario el número de casos ocurridos en años anteriores es muchísimo mayor. Hemos de hacer notar también que la mayoría de los casos de tétanos que se achacan a estas poblaciones no le pertenecen en la realidad, sino que provienen de los núcleos rurales vecinos que acuden a dicho centro para los efectos del tratamiento.

La comadrona ha contribuido también a un mejor conocimiento de la natalidad por el hecho de que está obligada a denunciar el nacimiento del niño durante las 48 primeras horas que siguen al parto. Esta medida permite además enviar precozmente a la enfermera visitadora para conocer el estado de la madre después del parto y las condiciones

de salud del niño, realizando así una adecuada visita de control de partera. La acción de esta visita, también es favorable para la captación precoz del infantil, para el servicio de Puericultura, que controlado oportunamente, hace fácil una adecuada orientación de su alimentación y formación de buenos hábitos.

No dudamos que el progreso de las condiciones de la asistencia obstétrica ha sido también influenciado por un aumento de la conciencia sanitaria de la población a través del prestigio que año tras año van adquiriendo los Centros Materno-Infantiles, con las actividades que desarrolla y especialmente por la acción educadora por las Enfermeras Visitadoras.

En relación con el problema de la mala comadrona que se muestra rebelde para seguir las pautas sanitarias del Reglamento de Comadronas, nuestra posición es fácil por el hecho de que el permiso que han obtenido para asistir partos puede ser cancelado cuando la autoridad sanitaria lo juzgue conveniente; esto permite seleccionar las comadronas y hasta reducir su número cuando las condiciones locales así lo requieran. La comadrona permitida juega un importante papel en el control de los partos que asisten las comadronas renuentes con suspensión de permiso. Ello se logra, si se tiene la habilidad de evitar que la comadrona permitida figure en la denuncia del parto y esa averiguación es fácil de realizar por intermedio de la Enfermera Visitadora, lo cual investigará en el domicilio quién asistió el parto y todos los puntos pertinentes del caso.

Sobre la asistencia obstétrica por parteras titulares, nuestra administración tiene poca experiencia de su efectividad ya que el número de parteras titulares entre nosotros es tan reducido que no pasa de cinco y por otra parte, a pesar de que existe aprobación universitaria para efectuar el curso de parteras ha habido poca tendencia de nuestras mujeres hacia dicha profesión, por dedicarse a otras de mayor atracción profesional.

En cuanto al número de comadronas necesarias para una comunidad determinada, no hemos asentado criterio numérico al respecto o por considerarlo poco exacto y justipreciamos mejor el número de ellas de acuerdo con las peculiaridades de cada población, aumentando o disminuyendo su número de acuerdo con la mayor o menor disponibilidad de servicios de asistencia obstétrica mejor. Partidarizamos también con regular la asistencia de partos de las comadronas en las poblaciones de importancia para aquellos sitios donde vive la gente

humilde o que no forme parte de la clientela médica, ya que de esta manera se evitan roles innecesarios con el cuerpo médico y se logra que la gente humilde pueda disponer en cualquier momento de los servicios de la comadrona.

No conceptuamos que la comadrona empírica constituirá un problema para el futuro, ya que nuestra conducta no es de aumentar las existencias sino el de controlarlas y hasta reducirlas si el caso lo requiera. Un ejemplo de ello es que el porcentaje de partos asistidos por comadronas va disminuyendo en las ciudades grandes, a medida que adquieran más crédito los servicios de las clínicas particulares, es así como en Caracas las comadronas que asistían más el 50% de los partos han reducido dicha actividad solo al 10% y los médicos están asistiendo el doble de la cifra porcentual de los partos atendidos por comadronas.

Acercas de la cifra porcentual de partos con asistencia ignorada, es indiscutiblemente mayor para las ciudades grandes que para las pequeñas y para las primeras contribuirá a su disminución la extensión de los servicios del Seguro Social ya que en Caracas se ha logrado observar una reducción de dicha cifra por el hecho de que las comadronas para cobrar su honorario ante el Seguro, tienen que tener autorización previa de la autoridad sanitaria, manifestando que el nacimiento fué denunciado y controlado.

En resumen, nuestra posición ante la comadrona empírica es de tipo de tolerancia transicional y por las razones anteriormente expuestas, el lector se dará cuenta de que irá siendo desplazada a medida de que puedan incrementarse la calidad y cantidad de los otros sistemas de asistencia obstétrica de mejor actividad.

Mortalidad Neonatal

El cuadro número 4 expresa las tres principales causas de mortalidad neonatal ocurrida en Caracas durante el quinquenio 42-46. En dicho cuadro podemos apreciar que la primera causa la constituye el nacimiento prematuro y la segunda y tercera causa presentan variaciones de acuerdo con cada uno de los años que constituyen el quinquenio. Dado el hecho de que son los mismos los procedimientos de protección al prematuro y al débil congénito, estudio sobre estos problemas deberían considerarse juntos al tratar de medir la fuerza de la mortalidad neonatal y si la hemos presentado en esta forma, es por la finalidad de indicar proporciones.

El cuadro N° 5 clasifica la mortalidad neonatal ocurrida en Caracas durante el quinquenio 42-46. Comparando las causas de la mortalidad neonatal con las ocurridas en el quinquenio anterior, observamos un ligero aumento de muertes por nacimientos prematuros y debilidad congénita. En cambio el coeficiente mortalidad neonatal por las afecciones respiratorias agudas, disminuyó a la mitad con relación al logrado para el quinquenio 38-42. También se notó un descenso del coeficiente de la mortalidad neonatal por tétanos infantil, sífilis y diarreas y enteritis. La mortalidad por lesiones durante el nacimiento permaneció casi inalterada. El coeficiente de mortalidad neonatal global fué de 30 x 1.000 para el quinquenio del 38-42 y de 28 x 1.000 para el quinquenio 42-46. Este coeficiente lo consideramos satisfactorio.

A propósito de las Afecciones Respiratorias Agudas, creemos conveniente transcribir a continuación algunas consideraciones expuestas por el Dr. Darío Cureil en su magnífica exposición sobre "La Mortinatalidad y Mortalidad Neonatal en Caracas" y cuyo trabajo aparece publicado en el Volumen N° 1 de las Primeras Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría.

"A primera vista, no hay razón aparente para explicar las fluctuaciones anuales de la línea de la Inmadurez. Sin embargo, en los Manuales de Causas Conjuntas de Muerte, antes y después de 1940, se estatuye que cuando en el Certificado de Defunción hay combinación de Nacimiento Prematuro y Afecciones Agudas Respiratorias, o cierto número de otras causas, y la edad es menor de 15 días, la muerte debe atribuirse a Nacimiento Prematuro. Por consiguiente, las fluctuaciones epidémicas de las Afecciones Agudas Respiratorias, deben tener una repercusión profunda en las cifras de Inmadurez. De acuerdo con algunos datos que se presentarán en la tercera parte de esta ponencia, existe evidencia demostrativa de que en un Instituto de la capital hubo un brote intenso de bronconeumonía en recién nacido que se extendió de fines de 1940 a comienzos de 1941. Atribuimos principalmente a esta circunstancia la alta mortalidad por Inmadurez y por Afecciones Agudas Respiratorias, y, en consecuencia del total, observada en nuestra Gráfica para esos años. Atribuimos igualmente el descenso en 1942 al mejor control llevado a cabo en dicho Instituto durante este último año. Es muy probable que en el fenómeno hayan intervenido otras causas, pero nuestros datos no nos dan base suficiente para considerarlas.

La razón estadística de adscribir a Nacimiento Prematuro las Afecciones Agudas Respiratorias, en menores de 15 días, cuando esta última causa se combina con la primera en el Certificado de Defunción, procede seguramente de la frecuencia extraordinaria y el carácter grave con que las Afecciones Agudas Respiratorias atacan a los Prematuros. Por consiguiente, el control radical de esas Afecciones, descansa fundamentalmente en la lucha contra la Inmadurez. El criterio estadístico es, pues, cónsono con el interés sanitario. La influencia sobre la mortalidad por prematuridad ejercida por la de las Afecciones Agudas Respiratorias, no cambia en nada el criterio básico, asentado antes en este estudio, según el cual la lucha contra la mortalidad neonatal debe descansar casi por entero a la lucha contra su causa capital representada por la Inmadurez. Recuérdese que este criterio se funda en que cerca de la mitad de las muertes neonatales se deben a la Inmadurez.

Quedan, no obstante, las Afecciones Agudas Respiratorias en Prematuros de 16 a 29 días de edad, y en N° Prematuros, los cuales sí revelan en nuestras cifras relativas a dichas afecciones, ocupando el segundo lugar como causas de mortalidad neonatal con una proporción de 16% aproximadamente sobre el total. Creemos que por su importancia en sí y por su prevenibilidad relativa, estas causas deben constituir el segundo renglón de la lucha contra la mortalidad neonatal".

En el cuadro N° 6 presentamos a la Mortalidad Neonatal en cifras absolutas bajo formas de coeficientes, occurridas en las capitales de Estado durante el quinquenio 42-46. Estas cifras las presentamos con ciertas reservas tomando en consideración las deficiencias del conocimiento de los nacidos vivos que hacen darle un valor mayor al coeficiente del que en realidad le corresponde. Por esta razón, hemos marcado con una X las ciudades en donde la inscripción de la natalidad es obligatoria y se viene efectuando con toda regularidad.

En la Gráfica N° 22 representamos el coeficiente de mortalidad neonatal durante el quinquenio 42-46 para Caracas y las ciudades capitales de Estado. También hemos marcado con una X a las ciudades cuyas cifras de registro de la natalidad merecen crédito. En dicha Gráfica se puede apreciar un coeficiente de mortalidad neonatal mediano de 26 x 1.000 nacidos vivos, cifra que conceptuamos satisfactorias, tomando en consideración nuestras peculiares condiciones demográfico-sanitarias.

Mortalidad Infantil

Hemos podido observar un descenso en la mortalidad infantil en muchas ciudades en donde las Unidades Sanitarias no han tenido eficiente servicio Materno-Infantil y especialmente en su causa más influenciable: la diarrea y enteritis. Las deficiencias del conocimiento de la natalidad para años anteriores no nos permiten hacer consideraciones sobre la mortalidad infantil en el transcurso del tiempo, sino con ciertas reservas; aún para la fecha actual, solamente podemos comentar aquellas ciudades en donde la inscripción de la natalidad se ha hecho obligatoria y las cuales en la gráfica N° 23 están marcadas con una X.

El cuadro N° 7 representa la mortalidad infantil ocurrida en Caracas durante el quinquenio 42-46 especificada por causas. Como ya lo hicimos observar al hacer consideraciones sobre la natalidad, se aprecia un aumento del conocimiento de nacidos vivos, el cual se intensifica especialmente desde el año de 1945, lográndose un aumento de 1.760 nacimientos de más para el año de 1946, incremento que ha sido mayor para el año de 1947, cuyas cifras no podemos presentar por estar todavía en estudio en la División de Epidemiología y Estadística Vital y por estar recibándose todavía notificaciones de nacimientos correspondientes a este año.

La causa de este aumento se debe especialmente a una mayor inscripción de la natalidad, aunque también ha influenciado el incremento de la población que ha sido especialmente marcado desde 1945 para acá y también a un aumento real de la natalidad. Caracas tiene una inscripción obligatoria de la natalidad desde hace cinco años, lo que ha permitido un conocimiento bastante aproximado de la misma a través de las Maternidades, Clínicas, Médicos y Parteras.

Analizando las principales causas de la mortalidad infantil durante el quinquenio 42-46 para la ciudad de Caracas podemos hacer las siguientes consideraciones:

1° La diarrea y enteritis han venido disminuyendo; en efecto, el coeficiente de mortalidad infantil por diarreas y enteritis para 1946 fué el de 19 x 1.000 nacidos vivos, y el obtenido para 1942 fué de 28 x 1.000. Es indiscutible, que en el descenso de dicho coeficiente, ha influenciado grandemente el mejor conocimiento de la natalidad en el año 46 en relación con el 42. Sin embargo, analizando las cifras absolutas, observamos que el número de muertes por esa causa fué para 1946 de 293, cifra inferior a la ocurrida en

2° Las Afecciones Respiratorias Agudas han tenido también un descenso tanto en las cifras absolutas como bajo la forma de coeficiente.

3° Las causas infecciosas (excluyendo sífilis y respiratorias agudas) han tenido un ligero aumento tanto en las cifras absolutas como relativas durante el año 1946 en relación con las alcanzadas durante el año 1942. Sin embargo, las cifras absolutas son tan pequeñas que no nos permiten hacer consideraciones categóricas al respecto.

4° Las causas congénitas han aumentado durante los dos últimos años del quinquenio. El ocupar las causas congénitas un puesto superior entre las causas de la mortalidad infantil nos es satisfactorio por el hecho de que lo hacen a expensas de otras causas más influenciadas por la acción sanitaria.

5° La Sífilis, como causa de mortalidad infantil ha presentado un coeficiente que oscila entre 2 y 1,4 x 1.000 nacimientos vivos.

Considerando el coeficiente global de la mortalidad infantil en Caracas, se aprecia un descenso marcado, ya que para 1942 dicho coeficiente fué de 70 x 1.000 y el logrado para el 46 fué el de 62 x 1.000. En cuanto a la mortalidad infantil en cifras absolutas, aunque se viene apreciando en cada uno de los años del quinquenio un aumento de dicha cifra, éste no es tan exagerado; esto tiene su razón de ser en el considerable incremento de la natalidad a que nos hemos referido.

En la Gráfica N° 23 presentamos a consideración la mortalidad infantil ocurrida en Caracas y en las ciudades capitales de Estado. Los coeficientes obtenidos para varias ciudades que figuran en la gráfica puede que tengan un valor superior al que le corresponde en la realidad por el defectuoso conocimiento de la natalidad. En dicha gráfica se puede apreciar una mortalidad infantil mediana del 92 x 1.000 nacidos vivos. Merece especial mención la baja mortalidad infantil para Caracas, Trujillo y Los Teques, especialmente para Caracas, que es después de Buenos Aires la capital de República con coeficiente de mortalidad infantil más bajo de la América del Sur. Este descenso tiene especial significación al considerar la pobreza en que vive nuestra gente humilde y los factores ambientales, de insalubridad, etc.

Estudiando la fuerza de la mortalidad infantil en hijos legítimos e ilegítimos, notamos que hay un marcado aumento del coeficiente

en estos últimos. Este hecho es especialmente significativo para la ciudad de Barquisimeto, en donde el coeficiente de mortalidad infantil en hijos legítimos es de 69,7 x 1.000 y el coeficiente en hijos ilegítimos es de 157,98 x 1.000. La influencia de la ilegitimidad infantil, es realmente cierta en los medios urbanos en donde la ausencia social del padre es muchísimo más marcada que en las poblaciones rurales, y en estas últimas conceptuamos que tiene más influencia la ignorancia de la madre en los cuidados del niño y la falta de recursos asistenciales oportunos, ya que si en verdad existe un gran porcentaje de ilegitimidad en el medio rural, marido y mujer viven en su hogar como si estuvieran casados y contribuyendo ambos al sostenimiento del niño de acuerdo con sus posibilidades. Para dar un ejemplo más demostrativo de la beneficiosa influencia de los servicios de Higiene Materno-Infantil en la reducción de la mortalidad, rogamos al lector observar la gráfica N° 24 en donde se presenta en papel semilogarítmico el descenso de la mortalidad infantil en el área de influencia del Instituto de Puericultura desde 1941 y 42 indiscutiblemente está influenciado con un mejor conocimiento de la natalidad debido al hecho a que fué en 1940 cuando se organizó adecuada y definitivamente la inscripción obligatoria de la natalidad en Caracas. Los descensos observados desde 1942 hasta 1946 los consideramos significativos.

Hemos de hacer la salvedad que el área de influencia del Instituto Nacional de Puericultura está constituida por tres parroquias en donde las condiciones de vida de la población son mucho mejores que las de cualquier otro sitio de Caracas.

Labor realizada después del VIII Congreso Panamericano del Niño

Desde 1942 hasta la fecha la División Materno-Infantil ha propugnado un incremento de sus actividades ya mejorando los servicios existentes, ya creando nuevos de acuerdo con las necesidades de las poblaciones del país.

La escasez de personal médico y de enfermeras graduadas ha sido un serio obstáculo y de allí que antes que auspiciar nuevos servicios se haya preferido en muchos casos mantener la eficiencia de los existentes. Para suplir la escasez de enfermeras, elemento de primer orden en las campañas materno-infantiles, la División viene desarrollando un intenso trabajo de capacitación fundamental en Salud Pública de candidatas enviadas del interior del país para ocupar los cargos que no pueden ser llenados por Enfermeras Graduadas. Este entrenamiento tiene una duración de seis meses y en el cursillo se leen las materias siguientes: Puericultura, Nociones de Epidemiología, Venerología, Ética, Tuberculosis y Procedimientos de Salud Pública. La brevedad del curso se justifica por la necesidad de llenar los cargos vacantes.

El lector podrá ver con detalles las labores de capacitación del personal en el Capítulo III de éste informe y en el horario y programas adjuntos.

En ese y otros capítulos de ésta exposición indicamos también las labores importantes de los servicios materno-infantiles, motivo por el cual no insistiremos. Sin embargo, con la finalidad de hacer conocer la orientación de nuestras actividades y algunos de sus resultados hemos elaborado unas veinte gráficas, a base de coeficientes, que permiten justipreciar en mejor forma las labores de los servicios sanitarios locales. Siguiendo el sistema utilizado por la American Public Health Association en su libro "Health Practice Indices" 1.943, presentamos las gráficas con especificación de medianas y de cuartas superiores e inferiores con valor estadístico naturalmente aproximado. En las gráficas partimos de una línea vertical llamada base y todo lo que figura a la derecha de esta línea no pudo tomarse en cuenta por tener datos incompletos.

La interpretación de los coeficientes obtenidos, la haremos en forma concisa y en algunos casos con ciertas reservas tomando en cuenta una serie de consideraciones estadísticas que influyen para un cabal interpretación de hechos. El lector podrá darse cuenta de

FICHA ENCUESTA PARA LOS CASOS DE MUERTES INFANTILES

(Menores de 1 año y MORTINATOS.

DATOS GENERALES

(debe ser llenado por la enfermera).

INVESTIGACION N°..... Localidad.....Fecha.....de.....194
APELLIDOS.....NOMBRE.....(si feto, poner XX)
FECHA DE NACIMIENTO.....(si nacido muerto: embarazo duró...meses.
FECHA DE LA MUERTE.....EDAD AL MORIR: MESES.....LUGAR DE DEFUN-
CIÓN: CIUDAD O POBLACION.....PARROQUIA.....CALLE.....
SEXO.....COLOR.....NACIONALIDAD.....
PROCEDENCIA.....TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL LUGAR DE LA
DEFUNCION.....LEGITIMO.....(ABANDONO O NO ABANDONA-
DO).....ILEGITIMO.....(ABANDONADO O NO ABAN-
DONADO....1,1.....

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

(debe ser llenado por la enfermera).

PROPIA.....ALQUILER (precio).....N° de PERSONAS QUE VIVEN
EN LA CASA.....N° DE DORMITORIOS.....LIMPIEZA DE LA CASA Y DE
SUS ALREDEDORES.....TIPO DE ELIMINACION DE EXCRETAS (W.C., LETRI-
NA O NINGUNO).....DE DONDE SE SURTE DE AGUA LA CASA ¿(Acue-
ducto, Pozo, Río, Agua de lluvia, Pipa Pública.....COMO BEBEN EL
AGUA (especificar si cruda, hervida o filtrada).....¿MOSCAS ABUN-
DANTES.....INSCRITA ASEO URBANO.....¿PROTEGEN LOS ALIMENTOS CONTRA
LAS MOSCAS.....CLASE DE PISO (tierra, ladrillo, cemento, mosaico, ma-
dera, granito).....CONDICIONES DE LA VENTILACION.....
TIPO DE CASA (rancho, casa de bahareque, de mampostería).....

AMBIENTE

(Debe ser llenado por el Médico)

HISTORIA PATOLOGICA DE TODAS LAS PERSONAS QUE CONVIVEN DESPUES DEL NACIMIENTO (agregar los casos de enfermos crónicos antes del nacimiento) / / /

SALARIO: especificar quien o quienes sostienen la familia y con cuanto (por semanas).....

EL PADRE

(Debe ser llenado por la Enfermera en consulta con el Médico)

ESTA VIVO O MUERTO.....CAUSA Y FECHA DE LA MUERTE.....

APELLIDO.....NOMBRE.....EDAD.....COLOR.....

NACIONALIDAD.....PROFESION U OCUPACION HABITUAL.....¿SABE

LEER....SALARIO SEMANAL /VIVE CON LA MADRE....SI NO VIVE CON LA

MADRE CUALES SON LAS CAUSAS.....DATOS DE SU SALUD: KAHN

(especificar fecha).....RADIOSCOPIA.....HECES.....

.....ALCOHOLISMO.....ENFERMEDADES MENTALES.....

LA MADRE

(Debe ser llenado por la Enfermera en consulta con el Médico)

ESTA VIVA O MUERTA.....CAUSA Y FECHA DE LA MUERTE.....

SI ESTA VIVA.....APELLIDO.....NOMBRE.....EDAD.....

COLOR.....NACIONALIDAD.....ESTADO CIVIL.....SABE LEER....

OCUPACIONES ANTES DE LA CONCEPCION.....DURANTE EL EMBARAZO.....

DESPUES DEL PARTO.....¿TRABAJA FUERA O EN EL HOGAR.....

HORAS DE DESCANSO.....¿TRABAJO EN LOS DOS ULTIMOS MESES.....

(especificar tipo de trabajo).....SU SALUD: Kahn (especificar

fecha).....RADIOSCOPIA.....HECES.....

ALCOHOLISMO.....ENFERMEDADES MENTALES.....

FICHA ENCUESTA MORTALIDAD INFANTILEMBARAZOS ANTERIORES

(Debe ser llenado por el médico)

N° Resultado Duración Asistió a Vive aún? Si murió Inscrito
C. P. N. ¿Murió?. causa edad en S.M.I.

VIGILANCIA PRENATAL DE ESTE HIJO

(Debe ser llenado por el Médico en consulta con la Enfermera)

ASISTIO A CONSULTA PRENATAL?.....N° de VISITAS A LA CLINICA.....
 N° DE VISITAS POR LAS HIGIENISTAS EN SU DOMICILIO.....
 EDAD DE EMBARAZO CUANDO SE INSCRIBIO.....
 FUE EXPONTANEAMENTE O REFERIDA POR.....
 KAHN (especificar fecha).....TRATAMIENTO RECIBIDO (número y
 clase de inyecciones).....
 TENSION ARTERIAL.....ALBUMINURIA.....PRESENTACION DEL FETO.....
PREVIMETRI.....SE SOMETIO A LA ALIMENTACION ESPECIAL DEL
 EMBARAZO.....GUARDO REPOSC 6 SEMANAS ANTES Y 6 SEMANAS DESPUES
 DEL PARTO.....,

EL PARTO

(Debe ser llenado por el médico)

ASISTENCIA CLINICA PARTICULAR.....MARTENIDAD.....DOMICILIO.....
 QUIEN ASISTIO AL PARTO (especificar si es médico, comadrona o veci-
 no).....DETALLES DEL PARTO, PRESENTACION.....DURACION.....
 INTERVENCIONES A QUE FUE SOMETIDA.....ALUMBRAMIENTO.....
 PLACENTA.....(peso y aspecto).....PUERPERIO.....
 FIEBRE.....HEMORRAGIAS.....¿SE PRACTICO EXAMEN POST PAR-
 TUM?.....OTROS DETALLES.....

EL NIÑO SANÓ (o feto)

(Debe ser llenado por la Enfermera en consulta con el Médico)

NATIMUERTO.....EDAD DEL FETC.....NIÑO VIVO: A TERMINO.....
 PREMATURO.....PESO AL NACER.....TALLA AL NACER.....
 MALFORMACIONES.....SINTOMAS ANORMALES DURANTE LA PRIMERA SE-
 MANA (ictericia, convulsiones, hemorragia, etc).....
 FUE INSCRITO EN EL REGISTRO CIVIL.1.....NACIMIENTO NOTIFICADO O INS-
 CRITO EN LA UNIDAD SANITARIA.....FUE INSCRITO EN LA CONSULTA IN-
 FANTIL.....Nº DE VISITAS A LA CONSULTA.....Nº DE VISITAS POR LAS
 HIGIENISTAS EN SU DOMICILIO.....TIPO DE ALIMENTACION: MATERNA.....
NODRIZA.....MIXTA.....ARTIFICIAL.....SI MATERNO EXCLUSI-
 VO, CADA CUANTAS HORAS (si no existe horario escribir irregular)....
TIEMPO DE LA LACTANCIA MATERNA.....SI FUE LACTADO
 POR NODRIZA? POR QUE RAZON.....FUE CONTROLADA SANITARIA-
 MENTE LA NODRIZA.....DETALLES ACERCA DE OTROS ALIMENTOS (eda-
 des, cuales, cuantos tolerancia, resultados,&).....1.....
 DORMIA EL NIÑO SOLO Y EN DONDE.....VESTIDO EL NIÑO.....
 USO DE CHUPONES.....BAÑO DIARIO DEL NIÑO.....HERVIASE EL
 AGUA PARA LOS TETEROS.....SI SE ALIMENTABA CON LECHE DE VACA HER-
 VIASE O NO.....DURANTE LOS PRIMEROS MESES SE HERVIA EL AGUA PARA EL
 BAÑO.....TENIA EL NIÑO SUS UTENSILIOS PROPIOS PARA LA PREPARACION
 DE LOS ALIMENTOS.....ESTABAN DICHS UTENSILIOS PROTEGIDOS CONTRA
 LAS MOSCAS.....DONDE JUGABA O PERMANECIA LA MAYOR PARTE DEL DIA
 EL NIÑO.....ERA ATENDIDO EXCLUSIVAMENTE POR LA MADRE.....
 LO CUIDABAN OTRAS PERSONAS.....EVOLUCION DE SU CRECIMIENTO.....
(pesos, talla y fechas).....1.....
 SOSTUVO LA CABEZA A LOSMESES.- SE SENTO A LOS.....MESES...PRIM-
 MER DIENTE A LOS.....MESES.- PRIMERAS PALABRAS A LOS.....MESES:
 (prueba rural) BRICEÑO ROSSI (fecha).....MANTOUX (fecha).....
 RADIOSCOPIA.....EXAMEN DE HECEB.....OTROS.....INMUNI-
 KACIONES: ANTIVARIOLICA (fecha).....TOXOIDE DIFTERICO (fecha)
OTRAS INMUNIZACIONES.....

EL NIÑO ENFERMO

(Debe ser llenado por el Médico)

CUANDO ENFERMO, LO LLEVARON PRONTO AL DOCTOR..... HICIERON CASO
 DE CURIOSOS.....TRATAMIENTO SEGUIDO.....ENFERMEDAD
 DES PADECIDAS ANTES (diarreas, catarros, fiebres, vómitos, convulsio
 nes, hemorragias, eruptivas, etc.).....RECIBIO
 CORRECTA ASISTENCIA MEDICA.....NOMBRE DEL O DE LOS MEDICOS
 QUE LO VIERON.....FECHA EN QUE FUE VISTO POR
 PRIMERA VEZ POR EL MEDICO.....desde.....
hasta.....DURACION DE LA ENFERMEDAD.....FUE HOS-
 PITALIZADO.....MEDICO QUE EXPIDIO EL CERTIFICADO DE DEFUNCION
SE PRACTICARON EXAMENES DE LABORATORIO
 U OTROS.....RESUMEN DE LA SINTOMOLOGIA Y EVOLUCION DE
 LA ENFERMEDAD.....CAUSA PRINCIPAL DE
 LA MUERTE SEGUN CERTIFICADO DE DEFUNCIONRE-
 SULTADO DE LA AUPTOSIA.....

EXAMEN ACTUAL DE LA MADRE

(Debe ser llenado por el Médico)

HISTORIA CLINICA EN PARTICULAR SOBRE;

RAQUITISMO.....

PALUDISMO.....

PARASITOSIS.....

TUBERCULOSIS.....

SIFILIS.....BLENORRAGIA.....

DIABETES.....INTOXICACIONES.....

ENFERMEDADES DEL CORAZON.....ENFERMEDADES DEL RIÑON.....

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

A) KAHN.....

B) HECES.....

C) RADIOSCOPIA.....

D) OTROS.....

Firma del médico.-

que en muchas gráficas, las labores logradas son mejores para pequeñas poblaciones que para los grandes centros. Esto se debe a que el radio de acción de los servicios materno-infantiles tiene mayores proporciones en las ciudades de cierta magnitud y crea más dificultades en el control de los casos. También debemos de hacer notar que muchas labores son más fáciles de realizar en ciudades planas que en aquellas rodeadas de cerros en donde el trabajo de la Enfermera Visitadora es sumamente arduo. Entre estas ciudades citamos a Caracas, San Cristóbal, Mérida, Trujillo, Valera, La Guayra, Tovar, Los Teques etc. Infiuye también las características de dispersión de los núcleos rurales vecinos en donde tiene que actuar el Centro Materno-Infantil.

Hechas estas salvedades pasemos a la interpretación de dichas gráficas.

En la Gráfica Nº 1, se puede apreciar el porcentaje de inscripción prenatal antes del 4º. mes del embarazo. La mediana obtenida fué del 305, habiéndose logrado que en 20 Unidades Sanitarias la cifra porcentual sea mayor. Está demás comentar la importancia del ingreso precóz de las embarazadas al servicio materno-infantil.

La Gráfica Nº.2, presenta una relación entre el coeficiente de Mortalidad Neonatal y el porcentaje de Prenatales de Supervisión en 33 Unidades Sanitarias con adecuado servicio de Higiene Materno-Infantil. La línea negra de la gráfica manifiesta la relación deseada de acuerdo con el Standard admitido. Como se puede apreciar existe un número significativo de Unidades Sanitarias con una relación superior a la deseada.

La Gráfica Nº. 3, se refiere al promedio de visitas a prenatales efectuadas por caso bajo control. Se logró una mediana de visita y media por caso. Se destacan las Unidades de la cuarta superior de la Gráfica con un promedio mayor. El bajo valor de la mediana obtenida se explica en parte por tener las Visitadoras un número de familias mayor del que le corresponde a consecuencia de la escasez del personal de que ya hablamos.

La Gráfica Nº. 4, expresa el promedio de exámenes médicos a prenatales por caso inscrito. La mediana lograda fué de 2 exámenes por caso bajo control; 14 Unidades Sanitarias figuran con un promedio de 3 exámenes, vale decir uno cada dos meses. El crecido número de prenatales que se venían admitiendo como "casos aislados" ha hecho diluir

las labores al respecto, así como las razones expuestas en la interpretación de la gráfica anterior.

Las Gráficas Nos. 5, 6, 7 y 8 estudia la repartición porcentual de la asistencia obstétrica. En ellas podemos apreciar que entre las Maternidades y las Comadronas se asisten el mayor número de partos.

La Gráfica Nº. 9, estudia el promedio de visitas a postnatales sobre el total de partos ocurridos a domicilio. Es muy satisfactorio haber logrado la mediana indicación en la gráfica, ya que por lo menos se visitó una vez a la post-natal.

La Gráfica Nº 10, expresa el promedio de visitas domiciliarias a infantiles por caso bajo control; en ella podemos apreciar una mediana de tres visitas por caso, lo que indica que cada infantil fué visitado por lo menos una vez cada cuatro meses. Sin embargo hemos de hacer notar que la periodicidad de la visita varía de acuerdo con la edad del infantil, ya que éste se visita mensualmente hasta los nueve meses, cada dos meses desde el noveno hasta los quince meses, y cada tres meses desde esta fecha hasta que ingresa como preescolar. Se puede apreciar en la gráfica que en 16 Unidades Sanitarias se logró una labor superior a la obtenida por la mediana.

Podemos apreciar en la gráfica Nº. 11, el promedio de exámenes médicos a infantiles por casos, el cual lo conceptuamos satisfactorio tomando en consideración las razones expuestas en la interpretación de la gráfica anterior. También se logró que en 17 Unidades Sanitarias el promedio fuera mayor al obtenido por la mediana.

El estudio porcentual de la inscripción de los infantiles nos manifiesta en la gráfica Nº. 12 una mediana del 65% inscriptos en edad menor de tres meses. Es satisfactoria la mediana lograda por ser tan importante la inscripción precoz del infantil, ya que así estamos en mejores condiciones para disminuir la incidencia de una serie de males evitables y en lograr un buen control de su alimentación y en la formación de hábitos higiénicos.

La Gráfica Nºs. 13 y 14 estudian los porcentajes de inscripción infantil entre las edades de 3 a 6 meses y de 6 meses en adelante. Estas medianas obtenidas tienen que ser inferiores a la lograda en la gráfica anterior por las razones arriba expuestas.

La Gráfica Nº. 15, manifiesta el porcentaje de vacunación antidiftérica a infantiles sobre el total de vacunaciones antidiftéricas realizadas. La mediana obtenida se considera satisfactoria recordando que la vacunación antidiftérica sólo se comienza bajo forma rutinaria cuando el niño ha pasado los seis meses de edad.

La Gráfica Nº.16, representa el porcentaje de vacunaciones antidiftéricas practicadas a pre-escolares. En ella podemos observar que el 40% de las vacunaciones antidiftéricas fueron practicadas en esta edad, lo que nos indica que el 35% restante de las vacunaciones antidiftéricas se practicaron a escolares.

La gráfica Nº. 17, expresa las visitas domiciliarias realizadas a pre-escolares bajo control. Se obtuvo una mediana de tres visitas por caso, vale decir, en la misma proporción que el de las infantiles. Entre las Unidades Sanitarias con mejor promedio figuran seis, en donde los pre-escolares fueron visitados prácticamente cada dos meses.

Observamos en la gráfica Nº 18, el promedio de exámenes médicos a pre-escolares por caso bajo control. La mediana fué de dos exámenes médicos por caso, y la conceptuamos satisfactoria.

La Gráfica Nº.19, expresa el promedio de visitas domiciliarias por caso bajo control. Aquí, además de los casos correspondientes al servicio Materno-Infantil figuran los realizados para investigaciones epidemiológicas, tuberculosis, casos especiales, etc.

En la gráfica Nº 20, presentamos a consideración el problema de visitas domiciliarias por familia bajo control. Se obtuvo una mediana de cinco visitas por familia. En este sentido merece especial mención las visitas realizadas por las Unidades Sanitarias de Caracas, Barquisimeto, Trujillo, Maracay y San Cristóbal.

No nos fué posible presentar un estudio comparativo de las cifras porcentuales de vacunación antivariólica, debido a que con ocasión de aparición de casos de alastrín en las poblaciones o en los núcleos rurales vecinos en dichas Unidades se ha realizado compañía intensa de vacunación antivariólica que dificulta justipreciar la labor de rutina en este sentido. Sin embargo, podemos observar que la vacunación antivariólica se practica a todos los niños mayores de 6 meses con más frecuencia que cualesquiera de las otras vacunaciones usadas en la rutina.

En relación con la vacunación antitífica, esta solo se comenzó a practicar rutinariamente desde 1945 para acá y de allí que no podamos obtener una mediana para el quinquenio.

La vacunación contra la coqueluche se comenzó a efectuar rutinariamente en las Unidades Sanitarias a partir de 1946; por esta razón dichos datos relativos a ella, no la pudimos presentar en el estudio comparativo que hemos elaborado.

Resumen de la labor realizada después del VIII

Congreso Panamericano del Niño

Los cuadros y las gráficas que ilustran esta exposición, nos evitan extendernos en consideraciones acerca del incremento que han cobrado las actividades sanitarias materno-infantiles en Venezuela, después del VIII Congreso Panamericano del Niño en 1942.

Ese incremento, así como la intensificación de la labor que á él corresponde, demuestran el interés de las autoridades sanitarias venezolanas por cumplir las muy importantes conclusiones de dicho Congreso, especialmente dentro de la órbita de la Salubridad Pública. Debemos destacar dentro de esas conclusiones, la VI, que se refiere a la intensificación de los "CENTROS DE PUERICULTURA" y la IX, que alude a la salubridad de "LAS FAMILIAS CAMPESINAS".

Venezuela puede sentirse satisfecha por la labor realizada en esos dos aspectos, sobre todo en lo que atañe a la especial proporción que la ha merecido la intensificación de la Puericultura en el medio Rural, intensificación que se ha logrado mediante el establecimiento de Medicaturas Rurales que prestan atención sanitaria materno-infantil, y de Estaciones de Leche, denominadas hoy como ya hemos dicho, Estaciones de Puericultura. El incremento logrado por estas dos clases de servicios, así como por los de las zonas urbanas (servicios materno-infantiles en Unidades Sanitarias y en Centros de Salud), puede apreciarse en el cuadro Nº 11.

Para 1942 habíen en el país 51 servicios materno-infantiles en la zona urbana, 60 en la zona rural y 45 Estaciones de Leche. Hoy existen 69 servicios urbanos, 308 rurales y 120 Estaciones de Puericultura (antiguas Estaciones de Leche).

Para lograr esa labor, de acuerdo con el criterio de no desarrollar actividades para las cuales no se cuenta con personal técnico eficiente, ha sido necesario intensificar paralelamente la capacitación del personal. Esta intensificación puede ser apreciada en el cuadro Nº. 8: 56 médicos han sido capacitados en Puericultura por la División, a partir de 1942, de ellos, 21 en 1947; han sido preparadas 288 enfermeras auxiliares, 109 de ellas en el último año; además han hecho su pasantía reglamentaria para el Instituto de Puericultura 832 estudiantes del último bienio de Medicina y 407 estudiantes de enfermería.

Tal es el resumen de la labor sanitaria materno-infantil venezolana, desarrollada entre el VIII y el IX Congreso Panamericano del Niño. La presencia entre nosotros de los ilustres Delegados a este último, para el cual nuestra ciudad capital ha sido honrada al designársele como sede, constituirá un poderoso estímulo que nos ha de obligar a continuar trabajando incansablemente por el bienestar de la madre y el niño en el seno de la familia de naciones americanas.

CONCLUSIONES

El Congreso Panamericano del Niño, celebrado en esta ciudad de Caracas, ha sido un éxito rotundo, tanto por la asistencia de los delegados de los países americanos, como por la calidad de las exposiciones que se presentaron. En el curso de los trabajos, se han discutido y debatido los problemas más importantes de la infancia en la América Latina, así como las medidas que se deben tomar para su solución. Se ha acordado que se forme una Comisión Interamericana para el estudio y la propagación de la higiene y la salud del niño. Se ha acordado también que se celebre un Congreso Panamericano de la Infancia en la ciudad de Bogotá, Colombia, en el año 1935, para discutir los problemas que nos afectan en esta esfera.

En el curso de los trabajos, se han acordado las siguientes resoluciones: 1. Que se forme una Comisión Interamericana para el estudio y la propagación de la higiene y la salud del niño. 2. Que se celebre un Congreso Panamericano de la Infancia en la ciudad de Bogotá, Colombia, en el año 1935. 3. Que se envíe a la Comisión Interamericana un informe sobre el estado de la infancia en Venezuela.

En el momento de la clausura, se ha expresado el deseo de que los resultados de este Congreso sirvan de estímulo para el desarrollo de la labor sanitaria en todos los países americanos, y que se continúe trabajando por el bienestar de la madre y el niño en el seno de la familia de naciones americanas.

En el momento de la clausura, se ha expresado el deseo de que los resultados de este Congreso sirvan de estímulo para el desarrollo de la labor sanitaria en todos los países americanos, y que se continúe trabajando por el bienestar de la madre y el niño en el seno de la familia de naciones americanas.

PAUTAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS MATERNO-INFANTILES

Estas anotaciones sobre las pautas de trabajo a que deben adaptarse los Servicios Materno-Infantiles, son el resultado de las observaciones hechas en la revisión que de dichos servicios se ha practicado en diversas oportunidades.- Se trata de una sistematización del trabajo, a fin de que lo que se haga en los Servicios constituya un todo armónico, aunque para ello haya que sacrificar en algunos casos insignificante detalles de criterio personal.

Se hará hincapié especialmente en la parte del trabajo que a juicio de la División debe realizarse rutinaria y uniformemente.

PRE-NATALES.

Inscripción: La inscripción debe hacerse en cualquiera época del embarazo, sin que haya preferencia por las pre-natales que se inscriban precozmente. La inscripción precoz, al tercero o cuarto mes del embarazo, debe apreciarse como un índice de la eficacia del Centro, especialmente de la eficiencia desarrollada por la enfermera visitadora, de la propaganda y de la cultura del medio. No es por lo tanto aceptable que se mejore el índice de la inscripción precoz en las estadísticas, rechazando las pre-natales que van a la consulta tardíamente.

Pre-natales y Seguro Social.- Un buen número de pre-natales inscritas en el Seguro Social acuden a los Centros en las últimas semanas del embarazo, cuando ya es prácticamente imposible toda acción profiláctica, con el único objeto de obtener certificado médico que les dé derecho a las prestaciones y otras prerrogativas que el Seguro Social les garantiza.

En lo sucesivo, para que las Pre-natales tengan derecho al Certificado Médico del Maternólogo se exigirá como condición indispensable que la interesada se haya inscrito en la consulta Prenatal, por lo menos antes del quinto mes del embarazo.

Exámenes previos de las pre-natales.- Rutinariamente, antes de que la pre-natal sea vista por el maternólogo, la enfermera se encargará de que le sean practicados los siguientes exámenes complementarios: Kahn debe ser repetido entre el sexto y séptimo mes del embarazo sistemáticamente, ya que una prenatal indemne de lués en el tercero o cuarto mes, puede ser posteriormente contagiada, lo que se podrá en evidencia al practicar la segunda reacción de Kahn en la sangre

Dada la trascendencia de las lues sobre la evolución del embarazo y sobre el feto, el maternólogo no debe conformarse con saber que la reacción de Kahn ha sido negativa, sino que debe investigar en la primera consulta los signos clínicos de la sífilis, a fin de reactivar a la paciente y repetir la reacción de Kahn en los casos que clínicamente lo ameritan.-

Record de la visitadora.- No se limitará el maternólogo al simple exámen obstétrico de las pre-natales, y a la consideración de los antecedentes relacionados con el embarazo, sino que tomará muy en cuenta los datos recogidos por la visitadora en su labor domiciliaria, donde encontrará muchas veces la explicación de un precario estado nutritivo, o motivos de orden económico o social que imposibiliten determinadas indicaciones higiénicas o terapéuticas.

La alimentación de las pre-natales. La alimentación de la mujer embarazada debe ocupar especialmente la atención del maternólogo; los consejos de éste en el momento de la consulta, serán tomadas muy en cuenta por la enfermera visitadora para sus charlas en el Centro y en el hogar de las pre-natales.-

Para facilitar esta labor la División Materno Infantil elaborará unas pautas sobre la alimentación que serán distribuidas entre los Médicos y Enfermeras de los diversos Centros.

Citas para clínicas.- Las citas para clínicas deben obedecer a una rutina y ser hechas sistemáticamente por la enfermera: una vez cada mes hasta el séptimo mes del embarazo; cada quince días del séptimo mes en adelante. Las fichas que se usan para prenatales fueron elaboradas para tal ritmo de clínica, calculando que las pre-natales se inscriban al tercer mes del embarazo.- Cuando el maternólogo crea necesario que las pre-natales deben asistir a consultantes de la fecha prevista, puede hacerla citar; pero en estas clínicas extraordinarias, las anotaciones del peso, tensión arterial observaciones e indicaciones del maternólogo, se harán en fichas adicionales, tales como las que se denominan "curso de tratamiento".-

Al fijar la cita la enfermera debe evitar que la fecha coincida con la época en que habitualmente veía la pre-natal su menstruación.

Exámenes post-partum.- En lo que atañe a maternología, éste es el renglón mas abandonado en los Centro Materno Infantiles: ello se debe a que los Centros no están en condiciones de ofrecer tra-

tamiento adecuado para las lesiones que el maternólogo encuentre al practicar rutinariamente los exámenes después del período puerperal; de manera que el médico y la enfermera tienen que limitarse a referir las pacientes a diversos Centros de tratamiento: Sin embargo, dado el incremento que ha venido cobrando la asistencia de partos a domicilio por comadronas, es necesario que por lo menos en los casos así asistidos el examen post-partum se practique sistemáticamente; ello contribuirá a controlar más cabalmente la labor de las comadronas y no pocas veces evitará a las madres serias complicaciones de carácter ginecológico.-

Tratamientos.- La sífilis y la tuberculosis en las prenatales, serán tratadas de acuerdo con las normas ya establecidas.-

En cuanto a la bilharziosis, flagelo que debe ser tomado muy en cuenta en cualquier labor de índole sanitaria que se desarrolla en el Centro de la República, será tratada de acuerdo con las siguientes normas; elaboradas mediante el consejo de los Profesores Mayer y Pifano del Instituto Nacional de Higiene.-

Las pre-natales bilharzianas, deben ser clasificadas en tres grupos:

- 1).- Bilharziosis en fase intestinal activa (síndrome disentérico o diarreico con huevos en las heces).
- 2).- Bilharziosis latente (sin manifestaciones clínicas de tipo intestinal activo y sin ~~h~~huevos en las heces).
- 3).- Bilharziosis con alteraciones hemogénicas (formas hepatoesplénicas, con huevos en las heces o sin ellos), que pongan en peligro el curso del embarazo.-

En el primer grupo, cuando se trate de pre-natales antes del séptimo mes del embarazo, se hará el tratamiento habitual con emético, practicando un examen de orina cada diez días para investigar albúmina, glóbulos rojos y cilindros granulosos. Después del séptimo mes el tratamiento se hará con emetina: 36 centigramos en dosis total, repartidos en inyecciones diarias, en un lapso de 9 días: 5 ctgs X 3-4 ctgs X 3. Después de dos semanas de reposo se repetirá una cura análoga.

Una vez verificado el parto las pacientes serán tratadas de acuerdo con las pautas que se siguen en los Centro Anti-bilharzianos.-

La droga preferida para el tratamiento con emético es el tartrato doble de antimonio y potasio. El producto comercial más aceptable es el Neo-emético (IQB), que se consigue en dosis de 30,

50 y 80 mgrs y que ofrece la apreciable ventaja para pacientes embarazadas de estar asociado emético a una buena dosis de vitamina B-1 y la atropina, lo que reduce notablemente la frecuencia de los accidentes.-

El emético debe aplicarse en dosis alternas, hasta llegar a una dosis de 1,50 gramos, empezando por 30 mgr, luego 50 mgr, y después 80 mgr, hasta completar la dosis total. Pasado un período de 15 días de reposo, el tratamiento se continuará con emetina hasta el final del embarazo en la forma anteriormente expuesta.-

Contraindicaciones para el emético toxicosis gravídica, anemia del embarazo, pielitis, albuminuria, cilindruria y afecciones oculares; éstas últimas siempre que no estén clínicamente relacionadas con la bilharziosis.-

En todos los casos en que el emético esté contraindicado, exceptuando las toxicosis graves, el tratamiento puede realizarse con emetina.-

El segundo grupo (bilharziosis latente) no debe tratarse hasta después del parto.-

En cuanto al tercer grupo, (bilharziosis con alteraciones homogénicas), después de un período de tratamiento sintomático a base del gluconato de calcio, vitamina C vitamina K, hierro e hígado por vía oral, ácido clorhídrico, se procederá a la aplicación de emetina siguiendo las normas señaladas anteriormente.- Los tratamientos para otras parasitosis intestinales tanto en prenatales como en niños serán objeto de pautas que se elaborarán posteriormente.

INFANTILES.

De acuerdo con el Médico Jefe de la Unidad Sanitaria de Caracas se tomarán las medidas adecuadas a fin de que las comadronas denuncien el parto directamente a los Centros, cuyas visitadoras pasarán un informe posteriormente a la Unidad Sanitaria para los fines del control de comadronas.- De esta manera las visitadoras podrán controlar las condiciones de la parturienta y del recién nacido en las primeras 48 horas después del parto, en todos los casos dentro del área; los casos fuera del área serán referidos a la mayor brevedad posible a la Unidad Sanitaria, al Servicio de control obstétrico. El personal de este servicio se encargará además del control directo de los partos ocurridos en las Maternidades.

Lactancia materna.- Se ha observado en la inspección de los Centros notable incremento de niños menores de 5 meses con lactan-

cia mixta o artificial.- El puericultor y la Enfermera de Salud Pública no deben olvidar que a pesar de los progresos alcanzados por la Ciencia en la alimentación artificial, la lactancia materna continúa siendo la clave de la eutrofia para los niños nacidos en hogares proletarios o económicamente débiles.-

Estado nutritivo.- La distrofia es otro achaque frecuente entre los infantiles inscritos en los Centros; contra ese peligroso estado de la salud del niño, nocivo por sí mismo y por ser factor predisponente y agravante de cualquier estado patológico, es necesario que el Puericultor y la Enfermera dirijan todos sus esfuerzos: el estado nutritivo debe ser el centro alrededor del cual gire la acción sanitaria en el lactante; por lo tanto esa acción debe tener por base fundamental el control preciso y riguroso del régimen alimenticio. A este respecto serán establecidas normas rutinarias de control que podrán ser apreciadas en revisiones periódicas que se harán en los Centros por el personal médico de la División.

El Puericultor tendrá muy en cuenta los datos asentados en la hoja de visita por la enfermera, a fin de que los regímenes alimenticios indicados sean adecuados, no sólo a las condiciones del niño sino a la situación económica y al nivel cultural de la madre.

Reparto de leche en polvo.- A fin de que la labor que se realiza en los centros no sea obstaculizada por la miseria de un buen porcentaje de los grupos familiares bajo control, se establecerá en cada Centro, con una reglamentación adecuada, preferentemente para infantiles un reparto de leche en polvo. Tal circunstancia será aprovechada para intensificar la labor educativa y estimular el espíritu de colaboración en el grupo de las madres cuyos hijos estén inscritos en el reparto de leche.

La generalización de los repartos de leche en polvo permitirá eliminar las Estaciones de Leche fresca, con lo que aparte de las mayores garantías sanitarias que se logran, se favorece directamente los grupos familiares evitando que la madre tenga que transportarse diariamente al Centro, lo que en la actualidad es muy valioso, y permitiéndole que tenga más tiempo para dedicarlo a la atención de sus hijos y a los quehaceres domésticos.

En el instituto de Puericultura continuará funcionando una Estación de Leche en donde se repartirá leche fresca y que tendrá como principal objeto llenar una función educativa.

Los infantiles que reciban leche en los Centros deben ser objeto de especial atención por parte del puericultor; para facilitar esto se destinarán dos días cada mes para atender exclusivamente a los niños inscritos en el reparto de leche

Inmunizaciones En los Centros de la Capital de la República los niños inscritos recibirán sistemáticamente tres inmunizaciones en el orden siguiente: Antivariólica al 6º mes; Anticoqueluchosa, (1) al 5º mes en 3 dosis, (1/2 c.c.-1 c.c.) con intervalos de tres semanas entre una y otra; Toxoide Diftérico, 2 dosis, la primera al 9º y la segunda al décimo mes.-

Tales inmunizaciones serán de rutina y las practicará la enfermera, salvo cuando el puericultor expresamente lo contraindique: en este caso se hará constar tal circunstancia en la ficha respectiva.

Al cumplir el segundo año el infantil debe recibir una nueva dosis de vacuna anticoqueluchosa y de toxoide diftérico.

La antivariólica debe repetirse hasta que se obtenga reacción vaccinal.

Alergia tuberculínica.- De acuerdo con las pautas establecidas la reacción de Mantoux se practicará sistemáticamente al año de edad. Las pruebas de Mantoux no deben practicarse simultáneamente con ninguna clase de vacunación profiláctica.

Citas.- Las citas a clínicas infantiles las hará sistemáticamente la enfermera, de acuerdo con la siguiente rutina: cada quince días hasta el 2º mes; una vez al mes hasta 9 meses; luego a los 11, 15, 18, y 24 meses. Este ritmo de clínicas coinciden con el que está previsto en la ficha respectiva; además, a partir del 9º mes garantiza que el Puericultor vea al infantil en las épocas más adecuadas para introducir cambios en la alimentación. Cuando lo juzgue necesario el Puericultor aconsejará clínicas extraordinarias, cuyos datos, observaciones e indicaciones serán anotados, no en la ficha del infantil, sino en tarjetas adicionales de "Curso de Tratamiento".

La Enfermera tratará de que la fecha de las citas coincidan lo más aproximadamente posible con el día del mes en que nació el niño; tal precaución es importante sobre todo en infantiles menores de un año.-

(1) Vacuna superconcentrada (Cutter) Fase I.

Eficiencia de las fichas.- El Puericultor debe anotar sistemáticamente los datos relativos al desarrollo, tanto en lo físico como en lo psíquico, haciendo hincapié cuando haya manifestaciones de alteración en cualquiera de los dos aspectos señalados.

Las fichas infantiles deben ser llenadas meticulosamente; no se conformará el puericultor con llenar a cabalidad la parte que le corresponde, sino que debe verificar si la que corresponde a la enfermera deja algo que descarr; este control debe ser ejercido especialmente en lo que se refiere a curvas de peso, inmunizaciones, pruebas de Mantoux, radioscopias y tratamientos.

Casas-cunas.- El Puericultor y la Enfermera en los casos de peligro de abandono por factores económicos que obliguen a las madres a descuidar la atención de sus hijos, tendrán un auxiliar muy valioso en la colaboración que mediante las casas-cunas externas les ofrece el Consejo Venezolano del Niño; a este organismo deben recurrir siempre que el bienestar de los infantiles así lo exijan.

PRE-ESCOLARES

Por lo pronto, se procederá sistemáticamente en la siguiente forma: una vez por semana habrá una clínica exclusivamente para pre-escolares; al inscribirse el pre-escolar la enfermera procederá a aplicarle las inmunizaciones que no le hayan sido practicadas oportunamente, agregando rutinariamente la vacunación antitífica (3 dosis con una semana de intergalo - 1/4 - 1/2 - 1/2 c.c.) y la prueba de Mantoux.-

Igualmente, por rutina, se les hará practicar un examen de heces.- La prueba de Mantoux y el examen de heces deben repetirse sistemáticamente cada año.

En cada clínica pre-escolar el puericultor revisará los resultados de las últimas investigaciones practicadas (examen de heces, prueba de Mantoux o cualquier otro examen complementario que haya sido indicado por él, a fin de aconsejar las medidas terapéuticas oportunas.

La vacunación antitífica deberá repetirse cada dos años (1/2 c.c.). La sífilis será investigada por el puericultor sistemáticamente por el examen clínico y la serología. El pre-escolar que como infantil haya sido tratado de sífilis congénita debe ser objeto de una reacción de Kahn en la sangre periódicamente cada año.

La dentición, el adenodismo, las posiciones viciosas, los hábitos adquiridos y el desarrollo mental, deben ser en los preescolares objeto de particular atención.

Las citas a clínicas pre-escolares, estarán a cargo de las enfermeras, quienes las harán con intervalos de 6 meses entre una y otra, teniendo en cuenta que una de las citas cada año debe coincidir con el mes de nacimiento del pre-escolar.

El médico podrá citar al pre-escolar para clínicas extraordinarias procediéndose entonces como se ha indicado para las clínicas extraordinarias de pre-natales e infantiles.

Las anotaciones de la visitadora en su record de visitas en cuanto al ambiente y condiciones sociales del medio, tienen en el pre-escolar apreciable interés, por lo que el médico deberá siempre leerlas y tomarlas en consideración.

Jardines de Infancia.- Para la solución de los problemas del pre-escolar, especialmente en lo que se relaciona con la desnutrición la influencia perjudicial del medio inadecuado y el abandono económico, los Centros Materno-Infantiles deben contar con la eficaz colaboración de los Jardines de Infancia que funcionan en la localidad, bajo la vigilancia y control del Consejo Venezolano del Niño.

DISTRIBUCION DE CLINICAS

Teniendo en cuenta las anotaciones hechas, el trabajo del Puericultor en los Centros deberá distribuirse en la siguiente forma: Clínicas diariamente de 3 a 5 de la tarde, en las que se prestarán atención a un número no mayor de 20 niños.

El primero y tercer lunes de cada mes será dedicado a los infantiles que reciben leche del Centro; los miércoles se efectuarán las clínicas para pre-escolares y todos los otros días serán dedicados a los infantiles.-

Nota: Estas pautas regirán las actividades materno-infantiles en todo el país. Entrarán en vigencia a partir del 1º. de enero - 1.947. En las Unidades Sanitarias donde no haya médico puericultor, el horario puede ser modificado, de acuerdo con lo que considere oportuno el Médico Jefe respectivo.

Por lo pronto, la vacunación anticoqueluchosa se realizará solo en las poblaciones donde la tos-ferina sea un problema sanitario preponderante.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL

DIRECCION DE SALUBRIDAD PUBLICA

DIVISION MATERNO-INFANTIL

ESTACION DE LECHE

PRIMERA PARTE

OBJETIVO DE LA ESTACION DE LECHE

La estación de leche tiene un fin primordial: la educación de las madres pobres en la alimentación, higiene y cuidado de sus hijos. Para lograr este objetivo, se sirve de la distribución de leche, que a la vez viene a ser una ayuda efectiva para estas madres, la mayoría de las cuales no pueden proporcionar a sus hijos el alimento adecuado por falta de recursos económicos. Por lo tanto, la estación de leche será un centro educativo y no un simple puesto de leche.

ORGANIZACION DE LAS ESTACIONES DE LECHE

La organización de las estaciones de leche en Venezuela estará sometida a las siguientes pautas:

- a) Leche costeadada por los Estados, municipios o particulares; a falta de éstos por S.A.S.
- b) Equipo y personal técnico a cargo del S.A.S. o bajo su inmediata vigilancia y dirección.
- c) Local, el mismo del Servicio de Salud Pública y en caso de que no fuese posible, otro cedido por el Ejecutivo estatal, municipal, o particulares.
- d) Dirección técnica de la obra, la División de Higiene Materno Infantil del M. de S.A.S.
- e) Dirección inmediata a cargo del Jefe de Unidad del Médico Rural, según los casos.

COOPERACION DEL MEDICO

El trabajo de la estación de leche no solamente necesita abarcar el aspecto educativo y de alimentación sino también el aspecto de salud de los casos que vienen a la estación para hacer una labor efectiva y completa. Por lo tanto los servicios del Médico de Sanidad o del Médico Rural se requieren para:

El Examen médico mensual de los niños y prescripción de fórmula de alimentación.

ORGANIZACION DE LA ESTACION DE LECHE
LOCAL DE LA ESTACION

El mismo del Servicio Sanitario u otra casa que tenga el visto bueno de un médico funcionario de Sanidad. Deberá ser lo suficientemente espaciosa para que puedan ponerse bancos en donde sentar a las madres y que la división entre la cocina y el salón de conferencias esté situado de modo tal, que las madres que estén sentadas en el salón del frente vean lo que se está haciendo en la cocina. Un local de cuatro metros de frente por ocho de donde será bastante aceptable. Una buena ventilación, absoluta limpieza, todo pintado y arreglado apropiadamente y con luz suficiente son requisitos indispensables. Las condiciones del local contribuyen en gran parte al éxito del trabajo, ya que servirá de estímulo a las madres y a la empleada.

El local de la estación de leche debe conservarse limpio, ordenado y atractivo. Los utensilios que se usan en la repartición de la leche deben estar protegidos contra el polvo. El azúcar que está en uso debe estar protegida contra la invasión de las hormigas y moscas. Las cocinas ya sean de carbón, petróleo, etc., deberán tener la atención debida y nunca deberá cerrarse la estación sin haberlas aseado muy bien. El piso debe lucir en todo momento indefectiblemente limpio. Los bancos, ellas y demás artefactos deben colocarse en una forma tal que no ofrezcan peligro alguno para las madres. Como parte del arreglo del local, deben considerarse los cuadros, cartelones, que deben aparecer en toda estación. Todos estos objetos deben enseñar algo a las madres.

EQUIPO DE LA ESTACION

Una mesa para el reparto, cubierta con hule blanco.

Una alacena para guardar los utensilios, con puerta de tela metálica. Anafre, fogón o estufa donde hervir el agua para preparar la leche y la cebada.

Un fregadero o pluma de agua y un recipiente para que las madres se laven las manos y fregar.

Un escritorio para la empleada.

Bancos en cantidad suficiente para el uso de las madres.

Un archivador o en su lugar un cajón pintado de blanco que sirva para archivo de todos los records de la estación.

Un reloj.

- Una olla grande de peltre para hervir los utensilios (esta olla puede ser substituida por una lata de gas vacía.)
- Dos ollas de peltre o aluminio con sus tapas. (10 litros)
- Tres ollas de peltre o aluminio con sus tapas. (15 litros)
- Una olla mediana con tapa.
- Una cacerola grande para tener los utensilios pequeños en agua durante la repartición.
- 4 medidas de peltre (1.000, 500, 250 y 100 gr.)
- Un cucharón de peltre o aluminio.
- Una cuchara, una cucharita y un cuchillo.
- Un batidor de alambre.
- Un biberón Hygiea o Pyrex de 8 onzas.
- Un colador mediano con refuerzo.
- Un embrudo mediano de peltre
- Doce tallitas de cocina.
- Una docena delantales para enfermeras.
- Media docena gorros.
- Una docena tapabocas.
- Una azucarera a prueba de hormigas
- Dos bandejas de peltre para preparar las fórmulas (35 x 45 cm.)
- Un cajoncito de tala metálica, servirá de modelo para las madres para guardar el tetero (dentro de una laticia de agua fría si no hay hielo) y otros alimentos del niño.
- Un reloj, puede ser de pared o de tipo económico, despertador.
- Cuatro frascos de vidrio con tapas, boca ancha, para harinas, sal, etc.
- Una cuna hecha de cajones y pintada, con su cortina, colchoncito y almohada, la cual servirá de modelo para las madres.
- Un pizarrón mediano.
- Una caja de tiza blanca para el pizarrón.
- Un pesa bebé, de buena calidad.
- Una bañera de hierro esmaltado. (Para la demostración del baño del niño)
- Un muñeco de celuloide, del tamaño de un bebé, el cual servirá de modelo para demostrar la forma en que debe bañar el niño).
- Una mesa de madera pequeña. 1.22 x 0.77 mts. A los 26 centímetros del suelo tiene una tabla de entrepaño. Dos gavetas 52 1/2 x 14 x 47 cm. de fondo. Pintada de blanco o crema. En esta mesa se coloca el peso, la bañera, etc.
- Tres cucharas de madera.

DEBERES DE LAS MADRES

Las madres traerán a la estación un frasco de capacidad de un litro, completamente limpio y una bolsa blanca para meter el frasco. (Frascos y bolsas son suministradas por primera vez en la Estación)

Las mujeres embarazadas o madres lactantes, deben proveerse además del frasco grande, de un vaso para que tomen las primeras 8 onzas de leche en la estación en presencia de la auxiliar.

Bajo ningún concepto se admitirán madre que traigan los frascos sucios o con el borde roto.

Toda madre está en la obligación de cumplir cabalmente las instrucciones del médico y los consejos de la auxiliar.

REQUISITOS DE LA AUXILIAR DE LA ESTACION DE LECHE

Edad: no menor de 18 años ni mayor de 40 siempre que sea posible.

Condición social: preferible una muchacha honesta de la localidad, de familia pobre, siempre que sea competente.

Consideraciones:

- a) Para hacer buena labor es necesario que el personal reúna los requisitos necesarios y debe escogerse a la candidata que pueda hacer el mejor trabajo en beneficio de la estación de leche, siendo la eficiencia el factor decisivo para obtener el éxito que se espera.
- b) Las cualidades de tacto, disciplina, iniciativa, personalidad y carácter para guiar a las madres, deben considerarse minuciosamente.
- c) La auxiliar debe ser una persona bien considerada de la comunidad que tenga acceso a todo grupo social y que por lo tanto pueda tener la cooperación de todos los diferentes grupos sociales.
- d) Su preparación se hará en el Instituto Nacional de Puericultura y debe renovar cada año su certificado de salud, con control radiográfico de los pulmones.

En casos especiales, la División puede autorizar servicio de su dependencia para la capacitación de Auxiliares.

DEBERES DE LA AUXILIAR DE LA ESTACION DE LECHE

La estación empezará su reparto de 6 a 7 a.m. La auxiliar deberá por lo tanto estar en la estación media hora antes, para empezar a hervir los utensilios, agua, preparar leche, cebada, etc. El Médico de Sanidad arreglará el programa de horas de trabajo de la auxiliar, de manera que ésta trabaje solamente las horas prescritas en la Ley Nacional del Trabajo.

En el caso de que alguna madre ayude a esta preparación (y todas deben aprender por medio de turnos más o menos largos, la auxiliar deberá supervisar esta preparación y nunca dejará a una madre sola responsable de este trabajo tan delicado.

Será obligación de la auxiliar enseñar a las madres a llegar a tiempo y conservar los requisitos de orden, limpieza a higiene necesarios en la estación (por medio de la persuasión logrará que las madres que vayan a la estación de leche se bañen diariamente.

Será la responsable del orden, sistema y eficiencia en el reparto de la leche.

Exigirá a las madres que vengan a buscar la leche personalmente y sólo mediante causas bien justificadas aceptará que personas mayores de doce años que puedan sustituirlas, vengan por la leche.

No se dará leche en frascos sucios o con bordes rotos.

La auxiliar debe dar conferencias a las madres sobre los siguientes temas:

- 1.- Explicación sobre qué es la Estación de Leche. Beneficios que reporta a las madres.
- 2.- Cooperación e interés que deben prestar las madres.
- 3.- El niño sano en general.
- 4.- El niño sano de 1 a 6 meses.
- 5.- Cuidados generales para el niño de 1 a 6 meses:
 - a) Higiene
 - b) Habitación
 - c) Cuna
 - d) Ventilación.
- 6.- Alimentación natural
 - " por nodriza mercenaria
 - " mixta
 - " artificial.
- 7.- Importancia de controlar el niño en un Centro de Puericultura.
- 8.- Formación de buenos hábitos.
- 9.- El niño sano de 6 meses a 1 año

Alimentación:

Cereales, vegetales, frutas, huevos, Razones e importancia de introducir estos alimentos gradualmente durante esta edad.

- 10.- Dentición.
- 11.- Destete
- 12.- Inmunizaciones.- Su Importancia.
- 13.- Ropas del niño, de acuerdo con la edad. Temperatura.
- 14.- Hábitos, juegos.
- 15.- El niño de 1 a 2 años
Mayores cuidados, vida regular, crecimiento, desarrollo.
- 16.- Vigilancia de la alimentación adecuada.
- 17.- El Niño Enfermo
Síntomas comunes
 - a) Apariencia general del niño
 - b) Temperatura
 - c) Vómitos
 - d) Diarreas, Consistencia y color de las evacuaciones.
- 18.- Enfermedades comunes de la infancia
- 19.- Sarampión.
- 20.- Vulvovaginitis blenorragica.
- 21.- Viruela.
- 22.- Tosferina
- 23.- Difteria
- 24.- Sífilis
- 25.- Tuberculosis
- 26.- Trastornos digestivos
- 27.- Enfermedades por alimentación inadecuada.
- 28.- Parásitos intestinales
- 29.- Enfermedades de la piel.

DEMOSTRACIONES

- 1.- Cómo limpiar la botella y la tetina.
Limpieza y cuidado de todos los utensilios del niño.
- 2.- Cuánto tiempo debe hervir la leche de vaca.
- 3.- Preparación de una fórmula con leche de vaca, agua y azúcar.

- 4.- Preparación de una papilla de leche de vaca.
- 5.- Leche en polvo. Preparación de una fórmula y una papilla.
- 6.- Puré de legumbres.
- 7.- Puré de espinacas.
- 8.- Jugos de frutas.
- 9.- " " tomates.
- 10.- Demostración de baño.
- 11.- Demostración para tomar temperatura.
- 12.- Demostración de enema.
- 13.- Demostración de emplasto de mostaza.

La auxiliar de la Estación de Leche deberá ser activa y hábil y tratará de adaptar los temas de las charlas al medio y a la actualidad.

Madres tuberculosas o que sufran de enfermedades contagiosas, no deberán ser admitidas en la estación. En estos casos, el médico ordenará que otra persona, y aun familiar, amigo o vecino, venga a la estación a buscar la leche de los niños de esas madres enfermas, debiendo éstas recibir las instrucciones en cuanto a preparación de fórmulas, frecuencia de alimento, etc.

Visitará todos los hogares de las madres que reciben ayuda de la estación, por lo menos dos veces al mes. Los casos nuevos se visitarán una vez a la semana durante el primer mes.

La auxiliar será responsable de la higiene en estos hogares y del sistema que use la madre en la conservación de ciertas reglas, necesarias para la administración del alimento del hijo. Quizá se encuentren muchas dificultades para conseguir esto, pero con perseverancia, sistema e interés se conseguirán los fines. Cuando se presenten obstáculos muy difíciles de eliminar, la auxiliar deberá comunicarlo al Médico de Sanidad.

Si al visitar a una madre se encuentra que ésta no está dando al niño la fórmula ordenada por el doctor, sino que lo está lactando, comuníquelo inmediatamente al doctor para que éste ordene lo pertinente en el caso.

Las órdenes del Médico deben cumplirse estrictamente.

En caso de que la madre no sepa la edad del niño, la auxiliar indagará la edad en la Jefatura Civil correspondiente.

Velará para que todos los niños sean examinados por el médico por lo menos una vez al mes. Téngase cuidado con todos estos informes médicos.

Pasará mensualmente todos los niños, una vez durante los cuatro últimos días del mes y dos veces durante el mes si hay facilidades para hacerlo.

Llevará con exactitud y limpieza todos los informes de la Estación y será responsable de la corrección y buena presentación de los niños. Hará todo lo posible por instruirse y disciplinar bien a las madres para que el número de niños en la Estación sea de cincuenta: si no alcanza aún ese número, será deber de la auxiliar tratar de tenerlos lo más pronto posible. Cualquier dificultad que se pueda presentar para estos fines, deberá comunicarla al superior inmediato.

En caso de enfermedad de la auxiliar, tratará de poner en sustitución suya a una persona de capacidad para que atienda al reparto y lo comunicará inmediatamente al Médico de Sanidad. La auxiliar deberá haber preparado previamente en la localidad respectiva esta persona capaz de sustituirla. El Médico de Sanidad a través de la Enfermera Jefe y de las Enfermeras de Distrito hará esta educación a domicilio, en todos aquellos lugares en que existan Unidades calificadas. Las visitas serán practicadas por la auxiliar únicamente en los sitios en que no existan Enfermeras de Distrito.

EDAD Y CONDICIONES DE LOS NIÑOS QUE SE ADMITAN

Los niños que se admitan en la estación deberán ser pobres, desnutridos y menores de dos años. Los niños mayores de dos años (especiales) que necesitan de la ayuda de la estación, no serán admitidos sin la debida autorización del Médico de Sanidad. Para este fin se enviará la siguiente información suscrita por el médico que hace el examen. La selección de los niños menores de dos años estará a cargo del Médico con ayuda de la auxiliar. La información es la siguiente:

NOMBRE DEL NIÑO, PESO, EDAD, CONDICIONES DE SALUD,

Debe establecerse la práctica de admitir nuevos casos, siempre que sea posible, el primero y quince de cada mes.

Madres lactantes con niños menores de seis meses y madres em-

barazadas que por su estado de salud y condiciones económicas lo requieran así podrán ser admitidas en la estación; las últimas después de los siete meses de embarazo.

La lactancia materna deberá estimularse por lo menos hasta los seis meses. Solamente en casos de huérfanos o de que el Médico controle la agalactia o la imposibilidad de criar de la madre se autorizará la lactancia artificial en menores de seis meses.

CANTIDAD DE LECHE QUE SE DARÁ EN CADA CASO

La cantidad máxima de leche que se dará a un niño será de 800 gramos, en caso de alimentación mixta, se dará a la madre, la diferencia, después de preparada la fórmula del niño hasta completar los 800 gramos.

Las madres, tanto las lactantes como las embarazadas, se tomarán el primer vaso de leche en la estación en presencia de la auxiliar.

COMPRA DE LECHE

Se hará esta compra prefiriendo a los vaqueros que se sometan a las condiciones impuestas por las autoridades sanitarias.

La leche deberá llegar a la estación en su envase original y será enviada directamente de la vaquería a la estación. La auxiliar será quien destape esta leche para comprobar que está completa.

En todas las estaciones donde se reparta leche fresca de vaca, esta debe esterilizarse hirviéndola en baño de María por 15 minutos hasta que comience a formar nata. Este método es superior al que consiste en hervir la leche colocando el envase directamente al fuego, por las razones siguientes;

- 1°.- Porque la leche directamente al fuego está expuesta a ahumarse.
- 2°.- Porque para evitar esto, tendría que dejarse destapada y habría que estarla moviendo constantemente.
- 3°.- Porque pierde gran parte de sus vitaminas.

Ahora, como hay que tener presente, que nuestras leches son pésimas se deja a juicio del Médico de Sanidad si se prefiere la pasteurización en baño de María a la ebullición al fuego.

TIEMPO DE AYUDA

Todo niño recibirá ayuda de la estación por el término de 1 año

Transcurrido este tiempo, será dado de baja para darle oportunidad a otros niños. Sin embargo, si a juicio del Médico que los examina o de la enfermera encargada de indagar la situación social, se ve la necesidad de progresar este lapso de ayuda, podrá concederse dicha prórroga con la previa participación.

PROCEDIMIENTO PARA ADMISION

Se tomará el nombre del niño y la fecha de su nacimiento, nombre y dirección de los padres. Si para determinar la edad hubiese necesidad de tomar datos respectivos de la Jefatura Civil del Distrito hay que hacerlo sin dilación.

El niño debe ser pesado y examinado por el Doctor, quien le prescribirá la fórmula correspondiente.

Se leerá a cada madre un juramento para que se dé cuenta clara de los deberes que tiene que cumplir al ingresar su niño en la estación, las razones por las cuales debe venir a buscar la leche personalmente, aprender a seguir las instrucciones que se le den, traer al niño el día fijado para peso y examen médico, pagar las cuotas que de acuerdo con sus recursos pueda sufragar en el futuro. De este modo toda madre sabrá la disciplina que debe ir a mejorar la salud de su hijo y se evitará el tener que dar de baja a cada rato a madres por los motivos que la experiencia ha enseñado en otros países. No quiso buscar la leche, no quería obedecer instrucciones, vivía muy lejos; tales son los motivos que seguramente se encontraron para dar de baja a las madres de familias. Mediante un juramento firmado, lo más probable es que se eviten estas contrariedades.

El mismo día que un niño ingrese en la estación deberán llenarse todos los records correspondientes.

Siempre que sea posible se tomará a cada madre una muestra de su sangre para hacer la investigación de Sífilis, anotando el resultado del análisis en la tarjeta de ingreso.

PRESCRIPCION DE FORMULAS Y EXAMEN MEDICO

A todo niño que asista a una estación de leche se le hará un examen médico y una fórmula de alimentación de acuerdo con su edad, peso y condiciones de salud. Leche de vaca natural, leche en polvo, leche desmantecada ácida, agua de cebada y agua de arroz, se atenderá a lo siguiente: Sobre leche de vaca natural consúltase el trabajo

de un médico rural frente al problema del niño. Las tablas de alimentación que traen los leches en polvo deben ser reducidas en un 20% para niños venezolanos.

La leche con ácido láctico de Marriot goza en el extranjero de una gran reputación; el principio que ha presidido a su fabricación es que la acidificación de la leche haría que sus cuerpos topes, co rrespondiesen exactamente al pH del estómago, lo cual facilitaría y haría más rápida la digestión gástrica.

PREPARACION.- A la leche natural se añade 2% de harina de maiz o crema de arroz y 5% de sacarosa. Se hace cocer a fuego suave durante 5 minutos, renoviéndola siempre. Se deja enfriar hasta 37° y después se añade gota a gota, por cada 100 gramos de leche, medio o ce, de una solución de ácido láctico a 75%, renoviéndola enérgicamente para evitar la formación de grumos voluminosos.

Se administra a las mismas dosis que la leche de mujer, sin pasar, no obstante, de 700 gramos en las 24 horas.

Esta leche es rica en hidrato de carbono y de valor calórico bastante elevado, es un bien alimento durante la realimentación o cuando existen fenómenos gastrointestinales de larga duración; sin embargo, en los lactantes hipotróficos con desnutrición no siempre consigue producir aumentos de peso suficientes, ni tampoco hace desaparecer los trastornos digestivos.

AGUA DE ARROZ.- No se le dará sino a los niños después de los 2 meses de edad. Como cantidad total en las 24 horas, se calcula 150 gramos por Kilo de peso.

Arroz en grano..... 4 cucharadas de sopa.
Agua fría..... 1/2 litro .

Una vez que los granos se hayan hinchado se completará el litro con agua en hervor. Se hará hervir luego todo por 20 minutos, agregando al final de la cocción un poquito de sal y cinco cucharaditas de azúcar. Se filtra en seguida a través de una tela y se completará un litro con agua hervida. Hay que renovar la diariamente.

AGUA DE CEBADA.- El agua de cebada se prepara utilizando 30 gramos de cebada (dos cucharadas de sopa) para un litro de agua. Se hace hervir lentamente durante media hora. Agréguese azúcar y sal en la misma cantidad que para el agua de arroz. Filtrese a través de una tela y complétese un litro con agua hervida.

REPARTICION

1° La repartición empezará a las 7 a. m. De este modo se evitará que las madres den guarapo a sus hijos.

2° Con excepción de las madres que mediante causas justificadas obtengan el permiso de la auxiliar, todas las demás vendrán a la estación a buscar la leche personalmente.

En el caso de las madres que tengan el permiso especial de la auxiliar, podrá admitirse que personas mayores de 12 años capaces de sustituirlos vengan a la estación.

3° Las madres vendrán a la estación limpias; traerán sus frascos limpios, con tapa y en sus bolsas. Las lactantes y embarazadas además deben traer un vaso para tomarse el primer vaso de leche en la estación, en presencia de la auxiliar. No se despachará leche a ninguna madre que no cumpla con estos requisitos.

Cada madre medirá la fórmula de su hijo. La auxiliar se encargará de enseñar a cada una a observar este detalle que es uno de los más importantes para la educación de las madres. Las madres se lavarán las manos antes de medir sus fórmulas.

RECORD DE LA ESTACION DE LECHE

Los datos que aparezcan en estos informes deben ser exactos y verídicos y que puedan ser comprobados. Todos los informes se relacionan entre sí y por lo tanto, deben concordar. Por ejemplo, la fecha de ingreso que se anotará en la tarjeta amarilla debe estar de acuerdo con la de la hoja de repartición diaria, con la fecha que aparece en el informe mensual, etc. Los diferentes espacios que tiene cada informe deberán llenarse para que sea una información completa.

A cada caso se le llenarán todos los informes correspondientes en las fechas asignadas y de este modo no habrá el riesgo de hacer informes incorrectos por falta de los datos necesarios.

A continuación se dan las instrucciones para llenar cada uno de los pliegos usados como record del trabajo.

HOJA DE REPARTICION DIARIA

La hoja de repartición diaria es el record de mayor importancia en el trabajo de la estación y por lo tanto, la encargada tendrá especial cuidado de tenerlo al día.

La hoja de repartición diaria contiene la información necesaria para el informe mensual al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

En el primer encasillado se pondrán en las líneas correspondientes, al nombre del niño y la fecha de nacimiento que aparece en la tarjeta de ingreso, la edad actual que tiene, el peso que tenía en el mes anterior, nombre de la madre y su dirección.

Si es un caso ingresado el 6, en el primer encasillado para fórmula, se copiarán los datos correspondientes a la fórmula. Si ingresa después del día 15, la fórmula se copiará en el segundo encasillado.

Cada página tiene dos encasillados para fórmulas, con el fin arriba mencionado y para que si a mitad de mes se alterase la fórmula no sufre alteraciones durante el mes, no deberá llenarse el segundo encasillado, ya que resultaría en una repetición de la misma información. Las primeras tres columnas del informe, biberones, gramos por alimento y horas son las que aparecen en la tarjeta de fórmula y por lo tanto, solamente deberán copiarse el día que ingresó el caso y cada vez que cambia la fórmula.

En las columnas PAGO Y DEBE no se anotará nada por ahora, pero se ha querido conservar estas columnas, copiadas de fichas extranjeras para que se vea que estas estaciones de leche sostenidas por el Ministerio de Sanidad, Municipio y particulares podría multiplicarse de un modo extraordinario.

En PESO se pondrá el que resulte el día que se pese el niño; en el encasillado correspondiente a VISITAS se pondrá cada vez que se haga una visita. Tenga especial cuidado en apuntar en las fechas correspondientes estos datos, de modo que al comprobarlos con el informe de visitas y el de peso, resulten EXACTOS.

Los pliegos de informe de repartición diaria durarán dos meses, pero el 31 de diciembre, se archivarán para hacer nuevas hojas de engro en adelante.

A todo caso que ingreso en la estación se le hará hoja de repartición diaria aunque solamente estuviera un día. Tan pronto se dé un caso de baja, se pondrá en la línea siguiente al último día que lleva leche, dado de baja. Cuando un caso esté ausente se anotará al margen de fecha de cada día todas las veces que falte.

Tan pronto se dé un caso de baja, la hoja de repartición diaria se sacará de la libreta. En la libreta de Records debe haber so-

lamente el número de hojas de repartición diaria exacto al número de casos activos. Los puestos de los casos que se den de baja, pueden darse a los nuevos casos que se admiten.

Toda madre debe saber de memoria el número de su hoja de repartición para que la encargada, no pierda tiempo buscándolo en el índice.

Mientras se hace la repartición, la libreta deberá estar abierta en página que corresponda al caso cuya fórmula se esté preparando. La encargada, mientras tanto, comprobará si la fórmula que aparece en la libreta es la que está midiendo a las madres etc. La persona que hace la fórmula debe firmarla. Todas las tarjetas de fórmulas prescriptas a un caso durante su permanencia en la estación se archivará con los demás records del caso.

TARJETA DE INGRESO.- (color amarillo).- A todo caso que ingresa en la estación de leche, se le hará una tarjeta de ingreso amarilla, con excepción de las madres embarazadas. A los gemelos se le hará a cada uno su tarjeta.

La numeración de las tarjetas empezará con el N° 1, el día 1° de enero. A los casos activos el 31 de diciembre se le harán nuevas tarjetas en esa fecha, copiando los datos exactos de la tarjeta que se hizo al caso anteriormente.

Para referencia, se pondrá a todos estos casos en la esquina superior izquierda la siguiente información, V 27, o sea el número que tenía anteriormente, con una V antepuesta. Se dará numeración desde el 1 en adelante a estos casos por orden de fecha y después se seguirá el orden de numeración con los casos nuevos que ingresen desde el 1° de enero en adelante.

EJEMPLO

Casos activos de una estación y numeración que le corresponde, en enero de 1948.

Nombre - Fecha ingreso - N° Tarjeta Ingreso - N° que le corresponde
año de 1.947 el año 1.948

Juan			
Pérez	12/5/47	23 V	1

TARJETA DE READMISION.- (color rosado).- Si un caso se da de baja

y después vuelve a la estación por cualquier motivo en el mismo año, se le hará una tarjeta de readmisión; esta tarjeta llevará el mismo número los mismos datos de la tarjeta de ingreso del caso, con excepción de: edad al reingresar, peso al reingresar, fecha de readmisión, condición física del niño al reingresar.

Tantas veces como se dé de baja a un caso y se readmite, se le hará tarjetas de readmisión, marcando la esquina superior izquierda si es primera, segunda o tercera de readmisión.

TARJETA DE BAJA.- (color azul).- A todo caso que se dé de baja, se le hará una tarjeta de baja con todos los datos que pide la tarjeta. El número de orden de las tarjetas de baja, no tiene nada que ver con la numeración de las tarjetas de ingreso. Al primer caso que se dé de baja, a partir del 1º de enero de cada año, se le dará el N° 1, siguiendo el orden numérico de acuerdo con la fecha en que se den de baja los casos, hasta el 31 de diciembre del mismo año. De modo que en las tarjetas de baja que corresponden a un mismo año, no puede haber números repetidos.

Para referencia se le pondrá a la tarjeta de baja el número de la tarjeta de ingreso en el encasillado correspondiente.

Color, sexo, nombre y apellido del niño, estación, deberán ser exactos a los informados en la tarjeta de ingreso.

En fecha al salir, se informará la fecha exacta en que se dió de baja al niño de acuerdo con la hoja de repartición diariamente y según el informe mensual del Comité.

En peso al salir, si el niño no puede pesarse el mismo día que se ha dado de baja, se informará el peso de la última vez que se pesó que aparezca en la hoja de repartición diaria.

El incumplimiento de parte de las madres, de los requisitos establecidos, o una falta grave de disciplina, serán motivos justificados para dar de baja al caso que sea.

El motivo de la baja: informe el motivo por el cual se ha dado de baja el caso. No deje este espacio en blanco. Si el niño murió mientras tomaba la leche, dé toda información que se pide.

Las tarjetas de baja se hará en duplicado, enviando el original a la oficina central y dejando copia en la estación.

NOTA: En las estaciones donde se reparte leche en polvo, el reparto se hará según las pautas que constituyen la 2a parte del folleto.

E S T A C I O N D E L E C H E

SEGUNDA PARTE

PAUTAS PARA EL REPARTO DE LECHE EN BOLVO

La leche que se reparte en los Centros Materno-Infantiles tiene por objeto primordial colaborar en la alimentación racional de los niños a cambio de que las madres colaboren en el Centro cumpliendo cabalmente las indicaciones que se le hagan y sirviendo de vehículos de propaganda sanitaria. Para que este último pueda cumplirse, es menester que la encargada del reparto y las visitadoras acentúen su labor educativa en el grupo de madres que reciben leche.

El proceso de inscripción (ingreso, baja, readmisión) se hará como se ha establecido para las Estaciones de Leche fresca, usándose las mismas fichas.- El reparto se hará de acuerdo con la clasificación que se inserta en estas pautas. La encargada de reparto de leche, hará que todos los niños de un mismo grupo reciban el pote de leche el mismo día a fin de tener un grupo de madres que oigan cada vez la charla correspondiente y asistan a las demostraciones.

Para inscribir un niño en el reparto de leche debe tenerse en cuenta que con ello no se vá a solucionar ningún problema económico familiar, sino a salvar la labor sanitaria realizada sobre el niño, labor que correría el riesgo de perderse por insuficiencia de recursos, nunca por falta absoluta de recursos.

Nada se logra desde el punto de vista sanitario cuando se proporciona leche a un niño cuyos familiares no puedan suministrarle legumbres, frutas, huevos y otros alimentos imprescindibles, ya que ese niño seguirá siendo un distrófico, un carente por déficit cualitativo en su alimentación. Tal es el problema que se debe plantar a las madres: se le proporcionará la leche a condición de que ellas se comprometan a suministrarle a sus hijos los otros alimentos indispensables. Con los repartos de leche se colabora en la alimentación adecuada del niño, no en la lucha contra el hambre y la miseria, problemas sociales que tienen otras vías de solución fuera del alcance de los Servicios Materno-Infantiles.

Cualquier época del año es apta para la inscripción. Cada 31 de Diciembre serán dados de baja todos los casos, renovándose la inscripción el 2 de enero, con los casos nuevos y aquellos de los casos antiguos que el médico, de acuerdo con el informe de la visitadora considere que debe seguir siendo ayudados. No se inscribirán niños mayores de 2 años.

Clasificación de los niños que se inscriben en el reparto de leche.-

Esta clasificación ha sido hecha teniendo en cuenta que el mayor porcentaje de los niños que se inscriban en los Centros Materno Infantiles deben ser niños alimentados a base de lactancia materna, tipo de alimentación que todavía constituye en nuestro medio el fundamento de toda labor de puericultura y que por lo tanto es el tipo de alimentación para el cual deben colaborar los Centros mas activa y eficientemente.

Primer grupo: Niños de 4 a 6 meses, con 5 1/2 a 7 Kilos de peso, a los cuales por hipogalactia materna suficientemente comprobada o por otro motivo igualmente justificado, se crea necesario indicarlo lactancia mixta, sustituyendo una de las mamadas por un tetero de leche pura o una papilla de 8 onzas.

LOS NIÑOS DE ESTE GRUPO RECIBIRAN 1 POTE DE LECHE EN POLVO DE 1 LIBRA CADA 2 SEMANAS.

Su régimen alimenticio será el siguiente: alimentación cada 4 horas (6 y 10 a.m. y 10 p.m.) tomando el tetero a las 10 a.m. y pecho en las otras horas; a las 8 de la mañana o a las 12 del día, 3 onzas de jugo de naranja o 5 onzas de jugo de tomate, con una cucharadita de aceite de hígado de bacalao o una dosis equivalente de cualquier otra fuente de vitamina D.

Segundo Grupo: Niños de 6 a 8 meses, con 6 1/2 kilos a 8/2 kilos de peso, el régimen habitual de estos niños será el siguiente: 2 mamadas, 2 papillas de 8 onzas y 1 sopa de vegetales (espinacas, papas, tomates, plátanos, cambur verde, etc.) seguida de la mitad o la tercera parte de un cambur manzano triturado. El horario, exactamente al del grupo anterior; se les suministrará igualmente las mismas cantidades de jugos de frutas y de aceite de hígado de bacalao o su equivalente.

LOS NIÑOS DE ESTE GRUPO RECIBIRAN UN POTE DE LECHE EN POLVO DE 1 LIBRA CADA 1 SEMANA/

Tercer grupo: Niños de 8 a 10 meses con 8 a 9 kilos de peso. El régimen habitual de estos niños debe ser el siguiente: 1 mamada, 3 papillas y 1 sopa de vegetales seguida de la mitad de un cambur manzano triturado. La sopa puede ser preparada en caldo de lomo; 3 veces por semana se le agregará la mitad de 1 amarillo de huevo cocido (es aconsejable en los primeros días darle unicamente la cuarta parte de 1 amarillo de huevo, a fin de probar la tolerancia)

El horario será igual al de los 2 grupos anteriores, suministrando la mamada a las 6 a.m. o a las 10 p. m. (es preferible que a las 10 el niño tome una papilla, a fin de que haya la seguridad de que duerma alimentado suficientemente). Como en los grupos anteriores se administrará igualmente jugos de frutas y aceite de hígado de bacalao, pudiendo darse hasta 7 u 8 onzas de jugo. La sopa puede ser de vegetales o de pastas (fideos, estrellitas etc) e ir acompañada de rebanaditas de pan tostado o de galletas adecuadas para la alimentación infantil.

LOS NIÑOS DE ESTE GRUPO RECIBIRAN 1 POTE DE LECHE EN POLVO DE 1 LIBRA 3 VECES EN 2 SEMANAS.

Cuarto grupo: Niños de 10 a 15 meses, con un peso mayor de 8 kilos 500, cuyo régimen habitual debe estar integrado por 4 teteros de 8 onzas, 2 o 3 de ellos en forma de papilla, 1 sopa de vegetales o de pasta con 1 amarillo de huevo cocida seguida de un cambur manzano que ya el niño podrá comerlo sin que sea triturado; pan tostado o galletas untadas de pequeñas cantidades de mantequilla y una buena dosis de jugo de frutas; ya a esta edad puede darse sin peligro sopa de leguminosas, tales como caracotas, alverjas etc. especialmente después del primer año.

LOS NIÑOS DE ESTE GRUPO RECIBIRAN 1 POTE DE LECHE EN POLVO DE 1 LIBRA 2 VECES POR SEMANA.

Quinto grupo: Niños de 15 meses a 2 años con un peso mayor de 9 kilos, quienes ya toleran perfectamente un régimen de 3 comidas "completas": desayuno 7 a 8 a.m. atol, pan tostado, mantequilla frutas; el atol será hecho a base de leche y de cualquier cereal. Almuerzo: 11 a 12 m. sopa, puré de legumbres, carne, hígado molido o sesos, 1 huevo cocido, pan y frutas, un vaso de leche; comida 5 1/2 a 6 1/2 p.m. sopa de fideos o de arroz, pescado fresco o queso fresco, pan y dulce, un vaso de leche. Antes de los 18 meses, es aconsejable que el niño solamente chupe la carne sin que llegue a tragarse el bagaso; aunque el huevo puede administrarse diariamente, hasta rá con que el niño lo coma 3 o 4 veces por semana; el hígado y los sesos deben administrarse 2 o 3 veces por semana en lugar de la carne; el pescado y el queso pueden ser administrados a condición de que sean productos frescos; en caso contrario es preferible omitirlos.

En los niños robustos, en aquellos que a la hora del almuerzo no comen suficientemente puede agregarse una cuarta ración alimenticia (merienda) de 3 a 4 p.m. integrada por 1 plato de gelatina,

o ensalada de frutas, o simplemente un atol de harina con leche y galletas.

Este grupo de niños no debe tomar mas de 600 gramos diarios de leche; por lo tanto en el reparto serán incluidos entre los niños del tercer grupo. (1 pote de leche en polvo de 1 libra 3 veces en 2 semanas)

GRUPO ESPECIAL. Como grupo especial se consideran los niños que por una u otra causa deben ser alimentados artificialmente desde los primeros meses de su vida. Para tales niños los productos más recomendables son los llamados leches maternizadas "(Nestógeno, S.M.A., Similac u otros especialmente manufacturados, como el Olac (Mead) o el simple Babeurre (Eledón, leche Lacto-Acida semidescremada). Pero en el caso de que tales productos no puedan ser adquiridos por la madre o los familiares del niño éste podrá ser inscrito en el reparto de leche de los Centros Materno-Infantiles como caso especial", ateniéndose entonces a las siguientes instrucciones:

Niños de 0 a 15 días, con un peso de 2.500 a 3.000 gramos, 7 teteros de 2 1/2 onzas con 3 cucharaditas de leche cada uno: 1 POTE DE LECHE DE 1 LIBRA CADA 10 DIAS.

Niños de 1 a 2 meses con 3.500 a 4.000 gramos de peso, 6 teteros de 3 onzas con 4 cucharaditas de leche: 1 POTE DE LECHE CADA 9 DIAS.

Niños de 2 a 3 meses, con 3.800 a 5 kilos de peso 5 teteros de 5 onzas con 2 cucharadas grandes de leche cada uno. 1 POTE DE LECHE DE 1 LIBRA CADA 6 DIAS.

Niños de 3 a 4 meses, con 4.800 a 6.000 gramos de peso 5 teteros de 5 1/2 onzas cada uno. 1 POTE DE LECHE EN POLVO DE 1 LIBRA CADA 4 DIAS.

Niños de 4 a 5 meses; con 5.800 a 7.000 gramos de peso, 5 teteros de 6 onzas con 3 cucharadas de leche cada uno, 1 POTE DE LECHE DE 1 LIBRA 2 VECES POR SEMANA, como puede apreciarse, ya a partir del 4º mes los niños del grupo especial pueden tomar leche a dilución normal (1 cucharada raga compacta para 2 onzas) por lo tanto de esa edad en adelante pueden ser incluidas en cualquiera de los dos grupos señalados en primer término.

Los niños alimentados artificialmente deben tomar desde el primer mes de vida jugos de frutas y aceite de hígado de bacalao 1 o 2 cucharadas de jugo de naranjas y 1/2 cucharadita de aceite de hígado de bacalao serán suficientes en los primeros 2 meses de la vida. Dado el peligro que encierra la lactancia artificial, los casos del grupo

especial deben ser mas rigurosamente controlados mediante visitas domiciliarias por la visitadora mas frecuente que a los otros grupos y deben asistir a clinicas tambien con mayor frecuencia. El control de peso debe hacerse semanalmente en los 2 primeros meses, y luego quincenalmente hasta el 4º mes.

La repartición de leche en polvo, tiene la desventaja de que es más difícil controlar el uso de que la leche hagan las madres. Por tal motivo los casos deben ser seleccionados entre madres cuya seriedad y responsabilidad sean bien conocidas por las visitadoras y éstas deberán realizar visitas extraordinarias para cerciorarse observando la cantidad de leche que haya dentro del pote, si se está usando correctamente.

Tales visitas deben ser notificadas a la encargada del reparto para que ésta las asiente en el informe mensual.

Antes de inscribir un caso, la visitadora en primer lugar y luego la encargada del reparto, pondrán especial cuidado en capacitar a la madre en el manejo de la leche en polvo, mediante explicaciones verbales y sobre todo mediante demostraciones, tanto en el hogar como en el local del Centro.

Caracas: 10 de enero de 1.947.-

OBSERVACIONES

Mientras dura la existencia de Alacta con Dextronalto, la preparación de papillas y teteros se hará sin adición de azúcar. Pero cuando la leche usada sea de otro tipo (Klin, Nido, Prof, Golden State, Kraft, etc.) La adición de azúcar es indispensable; entonces puede recomendarsele 1 cucharada rasa de azúcar para cada tetero de 8 onzas. Cuando se indique papillas a niños menores de 6 meses, para prepararla debe preferirse los cereales pre-cocidos (Pablum, Pabena, Cerevin, Sin-Lac, etc.) en dosis de 1 a 2 cucharadas en cada tetero. En los niños mayores es indiferente el uso de los mismos cereales pre-cocidos o de las harinas corrientes (trigo, maíz arroz,) avena o cebada. Los cereales pre-cocidos basta tenerlo unos pocos minutos en agua hirviendo: pero las harinas, la avena o la cebada deben hervir por lo menos durante 20 minutos.- El azúcar siempre debe ser hervido.

La leche en polvo, no se hierve nunca: se prepara en agua tibia y luego se mezcla con los cereales o harinas y el azúcar previamente hervidos. La dilución normal para cualquier leche en polvo completa (Alacta, con Dextronalto, Denia, Klin, Nido Prof), es de una cucharada rasa compacta para 2 onzas de agua. Debe aconsejarse siempre que cada tetero sea preparado momentos antes de la hora en que debe ser administrado.

DIVISION MATERNO INFANTIL

HORARIO Y PROGRAMAS

PARA .

EL CURSO DE

AUXILIARES DE SALUD PUBLICA

AÑO 1.947.-

7 1/2 - 10 1/2 a.m.- Trabajos prácticos.-
11 - 12 a.m.- Procedimientos y Etica a cargo de la Super-
visora General de Enfermeras y sus adjuntas.

2 1/2 - 3 1/2.- p.m. Clínicas

4 - 5 - p.m. Lunes: Tisiología - Médico Adjunto de la Di
visión de Tisiología.

Martes: Epidemiología; Médico Jefe de la Un
dad Sanitaria de Caracas.

Miércoles: y Jueves: Puericultura, a cargo
del personal médico de la División y del
Instituto de Puericultura.

Viernes: Venereología: Médico Jefe de la Di
visión de Venereología.

Sábado: Preguntas sobre todas las materias
por la Enfermera Supervisora del
Curso.

Caracas, 27 de diciembre de 1947.

PROGRAMA DEL CURSO DE VISITADORAS AUXILIARES DE SALUD PUBLICA.

TECNICA Y PROCEDIMIENTO

- 1°.- Principios generales de Salud Pública, Reseña histórica sobre la evolución de la Medicina Preventiva en relación con la Enfermería.
- 2°.- La Enfermera Visitadora y la Enfermera de Salud Pública. Condiciones de la Enfermera de Salud Pública: preparación, vocación, responsabilidad de enseñanza, aprovechamiento de oportunidades. El futuro de la Enfermera de Salud Pública.
- 3°.- La comunidad como un todo. Las relaciones de la Enfermera con el Administrador de Salud Pública, con los especialistas, con los servicios sociales asistenciales y Seguro Social.
- 4°.- La organización de los servicios de Salud Pública en Venezuela. Cuestiones administrativas para Enfermeras de Salud pública:
 - a) Organización de los servicios de las Enfermeras en Venezuela y en otras Naciones.
 - b) Importancia de los records. Familiarización y uso de ellos.
 - c) El conocimiento del medio.
 - d) El plan de trabajo en los diferentes servicios, de acuerdo con las necesidades.
 - e) La supervisión: métodos diversos.
 - f) Valorización del trabajo de la Enfermera. Los informes en uso, su valor e interpretación.
- 5°.- La familia unidad de higiene. Responsabilidad de la Enfermera, respecto a la salud y bienestar de las familias encomendadas a su cuidado. Como ganar la confianza de ellas. Función educacional dentro de la familia. Medios de que puede disponer la Enfermera para prestarle mejores servicios.
- 6°.- La visita domiciliaria. Procedimientos.
- 7°.- Records. Informes. Diferentes clases de records actualmente en uso. Análisis e importancia de cada uno de los datos. Disposición y conservación de los records. Archivos. Los informes, su importancia. Análisis y manejo de los informes en uso.

- 8°.- Métodos, técnicas y procedimientos en las ramas de Salud Pública. Organización y trabajo en el Servicio Materno-Infantil. Clínica Prenatal. Funciones de la Enfermera de esta clínica:
- a) Captación e inscripción de embarazadas, Fuentes de información. Procedencia.
 - b) Ingreso, historia, preparación de la paciente (Rutina).
 - c) Lo que la Enfermera puede enseñar en la clínica Prenatal.
 - d) Visita domiciliaria a prenatales
 - e) Preparativos para el parto y para el niño.
- 9°.- Las comadronas sanitarias. Como se hace su control. El trabajo de la Enfermera durante el período postnatal. Cuidados a la parturienta y primeros cuidados al niño.
- 10°.- Las funciones de la enfermera en el servicio infantil: inscripción precoz del mayor número de infantiles. Procedencia. Ingreso al Servicio: peso, talla, temperatura, etc. Lo que la Enfermera debe enseñar a las madres durante su entrevista. Visita domiciliaria a casos infantiles.
- 11°.- Estación de Leche tipo educativo. Finalidad, organización reglamento. Funcionamiento. Equipo necesario. Los procedimientos en enseñanza a las madres de la estación. El control de los niños inscritos en la Estación. Records en uso.
- 12°.- Clínica pre-escolar. Finalidad y funcionamiento. La inscripción. La visita domiciliaria pre-escolar.
- 13°.- Higiene Escolar. Finalidad. Programas de Higiene Escolar en Venezuela. El trabajo de la Enfermera en Higiene Escolar: inscripción, record del escolar, consulta de escolares, las referencias a los servicios especiales, relaciones con los padres, con los maestros. Vigilancia del cumplimiento de los Consejos del Médico Escolar. Vigilancia de corrección de defectos, enfermedades transmisibles (inmunizaciones) curas anti-parasitarias, etc.
- 14°.- Control de enfermedades transmisibles. Nociones fundamentales. Familiarización con los términos más comunes: caso, contacto portador, aislamiento, curantena, etc. Funciones de la Enfermera en el servicio de transmisibles. Denuncia. Rutina. La primera visita. Técnica. Las visitas subsiguientes. El maletín para transmisibles. Records. Toma de muestras para exámenes de laboratorio. Leyes y Reglamentos relativos al control de transmisibles.

- 15°.- Inmunizaciones: material, técnica, resultados, accidentes, etc. Por cada una de las inmunizaciones. Prueba diagnósticas. Manejo de tarjetas y certificados en el servicio de inmunizaciones.
- 16°.- Procedimientos en caso de procesos tíficos. Manejo de La Ficha. (Encuesta para procesos tíficos).
- 17°.- Procedimiento en caso de difteria. La Ficha para la Encuesta Epidemiológica.
- 18°.- Procedimientos en caso de otras enfermedades transmisibles viruela, sarampión, varicela, tifus exantemático. etc.
- 19°.- Paludismo. Medio de prevención Tratamiento. División de Malaricología.
- 20°.- Anquilostomiasis y demás parásitos. Saneamiento del medio.
- 21°.- Funciones de la Enfermera en el servicio de tuberculosis: búsqueda y referencia de enfermos y de contactos para el examen médico. Procurar el mejor cuidado del enfermo en el hogar o sanatorio, enseñanza familiares, etc. Inscripción de los casos en el Servicio de Enfermeras. Relaciones con el Dispensario T.B.C. Clasificación de contactos. Manejo de records.
- 22°.- La visita domiciliaria a casos de T.B.C. Rutina. Ritmo de visitas subsiguientes. Las pruebas a la tuberculina: técnicas, interpretación y lectura de resultados. Aspectos sociales de esta enfermedad. Problemas que plantea.
- 23°.- Funciones de la Enfermera en el servicio de enfermedades venéreas. Hallazgo de casos y contactos. Referencia para examen médico, procurar hospitalización o enseñanza a los familiares cuando se cuida el enfermo en la casa. La importancia de la continuidad del tratamiento. La enseñanza al paciente y familiares sobre las reglas de higiene, para evitar nuevos contactos intra-familiares. La cooperación con la trabajadora social a los servicios sociales.
- 24°.- Disposición de la clínica para tratamiento de sífilis. Procedimiento de la Enfermedad en el tratamiento de la sífilis prenatal, sífilis congénita, sífilis del adulto. Procedimiento en caso de otras enfermedades venéreas:

blenorragia, chacro, bubón, trópical.

- 25°.- Higiene Industrial: historia, finalidad, organización.
Funciones de la Enfermera de higiene industrial. Deberes
de la Enfermera dentro del departamento industrial y fuera
de él. Vigilancia y cuidados a casos ortopédicos.
-

PROGRAMA DEL CURSO DE VISITADORAS AUXILIARES DE

SALUD PUBLICA

HIGIENE MATERNO INFANTIL

- Nº 1.- La Puericultura.- Definición y extensión de la misma. Pediatría (Diferencia entre Pediatría y Puericultura)
- Nº 2.- Puericultura preconcepcional.- Eugenesia:(enfermedades enfermedades que repercuten sobre el producto de la concepción). El certificado prenupcial y el examen prenatal.
- Nº 3.- Higiene Pre-natal- Organización y fines de la consulta Prenatal-Protección de la mujer embarazada- Legislación venezolana - Seguro de Maternidad.
- Nº 4.- La Asistencia obstétrica en Venezuela - Asistencia en Hospitales, por Médicos y comadronas empíricas-Control de Comadronas.- Reglamento - Profilaxis de la infección puerperal.- Lucha contra el tétano infantil y la oftalmía neonatorum.-
- Nº 5.- El recién nacido normal - Principales enfermedades del recién nacido.
- Nº 6.- La inscripción en el Registro Civil y la inscripción ante la autoridad Sanitaria.- La visita Post-natal de la enfermera.
- Nº 7.- El niño sano- Síntomas de la salud - Crecimiento ponderal y estatural - Dentición- Fontanelas - Desarrollo de las funciones estático-psíquicas.-
- Nº 8.- Consulta del niño sano en primera infancia-Manejo de las fichas en uso.
- Nº 9.- Vacunaciones profilácticas contra la viruela, difteria, tóserina, tifoidea y tétanos. Pruebas diagnósticas.-
- Nº 10.- Higiene general del lactante - El Baño - Los vestidos- Habitación y muebles - El sueño - Los paseos.-
- Nº 11.- Lactancia materna- Composición de la leche de mujer- Técnica de la lactancia natural - Dificultades de la lactancia natural- La hipogalactia (lactancia mixta y lactancia complementaria) Lactancia mercenaria y su reglamentación.-
- Nº 12.- Alimentación artificial - Leche de vaca y técnica de su empleo - Leches industriales- Manera de usarlas.
- Nº 13.- Las harinas. Las legumbres y las frutas en la alimentación Alimentación - Alimentación del niño del 6º mes al año. Alimentación del niño de 1 a 3 años.

- Nº 14.- Leches modificadas: Babeurre, leches ácidas completas, leches albuminosas, Papillas malteadas.-
- Nº 15.- Consulta de pre-escolares.- Manejo de las fichas en uso. Higiene del Pre-escolar. Hábitos- Educación.
- Nº 16.- Los niños débiles y prematuros - Sus características generales, su alimentación y cuidados higiénicos.
- Nº 17.- Diarreas infantiles, sus causas y reglas generales de tratamiento.
- Nº 18.- Las distrofias- Principales causas- Modalidades clínicas y líneas generales de tratamiento.-
- Nº 19.- Enfermedades por carencia (escorbuto, raquitismo, síndromes policarenciales)
- Nº 20.- Conceptos generales sobre la sífilis- Sífilis pre-natal - Sífilis infantil.
- Nº 21.- Conceptos generales sobre tuberculosis prenatales y tuberculosos infantiles.
- Nº 22.- Enfermedades infecciosas más comunes en la infancia: (sarampión, tosferina, difteria, lechía, parótidas, viruela y alastrín, escarlatina, meningitis, encefalitis, poliomielitis).
- Nº 23.- Parásitos intestinales más frecuentes en el niño-
- Nº 24.- Paludismo en el niño.-
- Nº 25.- Mortalidad infantil.- Mortalidad materna y sus causas- Mortalidad infantil en Venezuela- Causas de la mortalidad infantil y sus clasificaciones- Mortalidad y sus causas. Mortalidad precoz- Mortalidad residual.
- Nº 26.- Protección a la infancia en sus diversas etapas- Maternidades, Centros Materno-Infantiles- Estaciones de Leche, salas de tetaje industriales, casas-cunas, jardines de infancia, colocaciones familiares.
- Nº 27.- El niño enfermo; como atenderlo- Asistencia abierta (Dispensarios) Asistencia cerrada- (Hospitales del niño)
- Nº 28.- El niño anormal, el abandonado y el delincente.- Causas de observación de menores. Casas hogares- Colocación familiar. Institutos de pre-orientación- Tribunales de menores.- El Consejo Venezolano del Niño.

Nº 6.-

Fichas e informes, finalidad e importancia de los datos.

Nº 7.-

Problemas éticos en el Servicio, descuidos, mala interpretación de las órdenes médicas, errores en la administración de medicamentos, fatiga y confusión, maltratos a pacientes impacientes o inconcientes, pudor del paciente.

Nº 8.-

Secreto profesional médico en relación con la profesión de Enfermera.

Nº 9.-

La Enfermera en la Sociedad, Conducta profesional, necesidad de estudiar. Vida económica y sueldo.

PROGRAMA DE EPIDEMIOLOGIA

- 1°.- Definición de términos usados en Epidemiología.- Conceptos generales.- Importancia de las enfermedades transmisibles como problema sanitario.
- 2°.- Medidas generales de defensa contra las enfermedades transmisibles.
- 3°.- Aislamiento y cuarentena.- Desinfección y Desinfectantes.
- 4°.- El papel de la Visitadora Sanitaria en el dominio de las enfermedades transmisibles.
- 5°.- Fiebres del grupo tífico.- Epidemiología y control. Papel de la Visitadora Sanitaria en el dominio de ellas.
- 6°.- La vacunación antitífica.- Indicaciones y contra indicaciones.
- 7°.- Difteria.
- 8°.- La vacunación antideftérica.- Indicaciones y técnicas.- La prueba de Schick.- Lectura e interpretación de los resultados.
- 9°.- Viruela y alastrín- varicela.
- 10°.- La Vacunación anti-variólica.- Técnicas.- Indicaciones y contraindicaciones.
- 11°.- Poliomielitis.
- 12°.- Sarampión y Tosferina.
- 13°.- Disentería bacilar y ambiana
- 14°.- Lepra.
- 15°.- Fiebre Amarilla y Peste en Venezuela.
- 16°.- Paludismo.- Importancia como problema sanitario en Venezuela.
- 17°.- Rabia y Tifus exántemático
- 18°.- Anquilostomiasis como problema sanitario en Venezuela
- 19°.- Los demás parasitos intestinales.- Bilharziasis.
- 20°.- La importancia de la estadística sanitaria Coeficientes Los Certificados de defunción y de nacimiento.- Su utilidad.
- 21°.- Uso y manejo de fichas usadas en Epidemiología.

PROGRAMA DE TISICLOGIA

- 1º.- Tuberculosis.- Definición.- Causa.o Modos de adquirir la enfermedad - Fuentes de infección.- Organos de que pueden ser afectados.
 - 2º.- Tuberculosis del adulto.- Formas.- Tuberculosis infantil.- Formas.- Contactos.
 - 3º.- El papel de la Visitadora Sanitaria frente de un caso de tuberculosis.- Organismos oficiales y privados interesados en tuberculosis.
 - 4º.- Aspectos sociales de la tuberculosis y problemas que plantea.
 - 5º.- Registros de casos de tuberculosis
 - 6º.- Organización de una consulta de tuberculosis
 - 7º.- La prueba de tuberculina.- Técnica e interpretación de los resultados.- Utilidades.
 - 8º.- Recolección de muestras para investigación de tuberculosis.
-

Curso de Visitadoras Auxiliares de Salud Pública

Programa de Venereología.

- 1a. Tesis.- Las Enfermedades Venéreas. Definición. Sífilis.
Agentes causal.- Contagio.- Sífilis ~~primaria~~.
Examen ultra.- Microscopio.
 - 2a. Tesis.- Sífilis secundaria. Sífilis terciaria: cardiavascular
y nerviosa. Sífilis latente.
 - 3a. Tesis.- Tratamiento de la ~~sifilil~~ sífilis.- Reacciones producidas por
las drogas. Sífilis infantil. Embarazada sifilítica.
 - 4a. Tesis.- Buba. Aspecto clínico social.
 - 6a. Tesis.- Chancro blando y Gonorrea.
-

PROGRAMA DE TRABAJOS PRACTICOS PARA EL CURSO DE
VISITADORAS DE SALUD PUBLICA

Cada alumna deberá tener la siguiente experiencia mínima en visitas domiciliarias:

Higiene Materno-Infantil:

Infantiles.....	3 visitas.-	Incluyendo demostraciones tales como: tratamiento de pezones, bandejas de baño, canastilla, baño, etc.
Pre-escolares..	3 "	
Pre-natal.....	3 "	Incluyendo control de comadronas observación e Higiene del recién nacido.
Prenatal	3 "	Práctica en el trabajo de Sífilis Congénita.

Enfermedades comunicables:

Difteria.-	Demostraciones de acuerdo con el tipo de visita.
Tifoidea.-	
Alastrín.-	Sala de inmunizaciones.
Otras.-	

Nota: No se especifica el número de visitas, ya que esto está sujeto a las denuncias que el Servicio tenga.

T.B.C. 3 visitas incluyendo demostraciones de bolsa, servilletas, protección de alimentos, aislamiento etc.

Venéreas: Las alumnas rotarán por los Servicios Antivenéreos recibiendo instrucciones de acuerdo con la rutina de este Servicio.

Certificados de Salud: Las alumnas rotarán por el Servicio de Certificados de Salud para conocer la rutina de este Servicio, en fichas ya que las técnicas de vacunación son similares a las del Servicio de Epidemiología.

Higiene Escolar.-

Es de desear que las alumnas tengan entrenamiento en la rutina de Higiene Escolar, pues a pesar de ser éste un Servicio especializado, la mayoría de las veces tiene la Educadora de Salud Pública, que

Visitas de un corto periodo de tiempo a: Bilharzia, Dispensario. Antituberculosos, Hospital de Aislamiento, Sanatorio Antituberculosos Matadero y Plantas de Pasteurización. Hospital de Niños. Casas Cunas. Jardines de Infancia.- Consejo Venezolano del Niño

Clínicas.-

Las alumnas al hacer su pasantía por los Centros tendrán que tomar parte en las Clínicas observando y luego realizando los procedimientos de rutina y preparando temas de Charlas y demostraciones que dictará al público asistente a ésta.-

Las alumnas serán supervisadas en este trabajo práctico por: la Supervisora General de Enfermeras y su Adjunta. La Supervisora Asistente de Caracas y las Especializadas quienes ~~parán~~ constar cualquier irregularidad.

DIVISION MAFER NO INFANTIL

(Dirección de Salubridad Pública. M. de S.A.S.)

RECIBIDO HOY
MONTEVIDEO
21 DIC 1949
SECRETARIA DE SALUBRIDAD

Esquema N° 1.-

Higiene Materno-Infantil.

(Planificación y control)

Asesoramiento.

Capacitación de personal.

Higiene Prenatal.

Higiene Infantil.-

Higiene Preescolar.-

Médicos.

Enfermeras.

Auxiliares.

Estudiantes.

47 Servicios Materno-Infantiles en Unidades Sanitarias o en Centros de Salud. 23 Centros Materno-Infantiles en las ciudades más importantes.- 120 Estaciones de Puericultura (antiguas Estaciones de Lecha) en la zona rural.

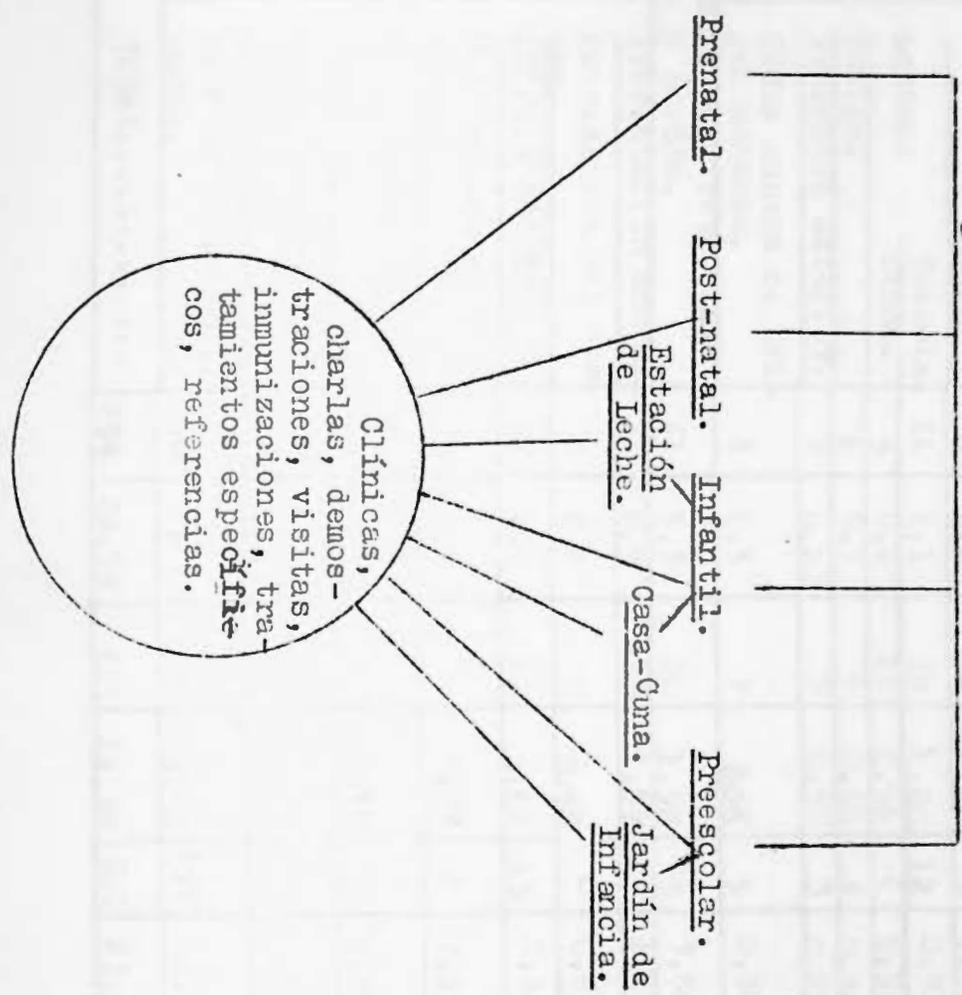
Instituto Nacional de Puericultura, Unidad Sanitaria y Centros Materno-Infantiles de Caracas; colaboración de las otras Divisiones Técnicas, de la Cátedra de Puericultura y Pediatría de la Universidad Central y del Hospital de Niños "J.M. de Los Ríos"

Clínicas, charlas, demostraciones, visitas, inmunizaciones, tratamientos especiales, referencias.

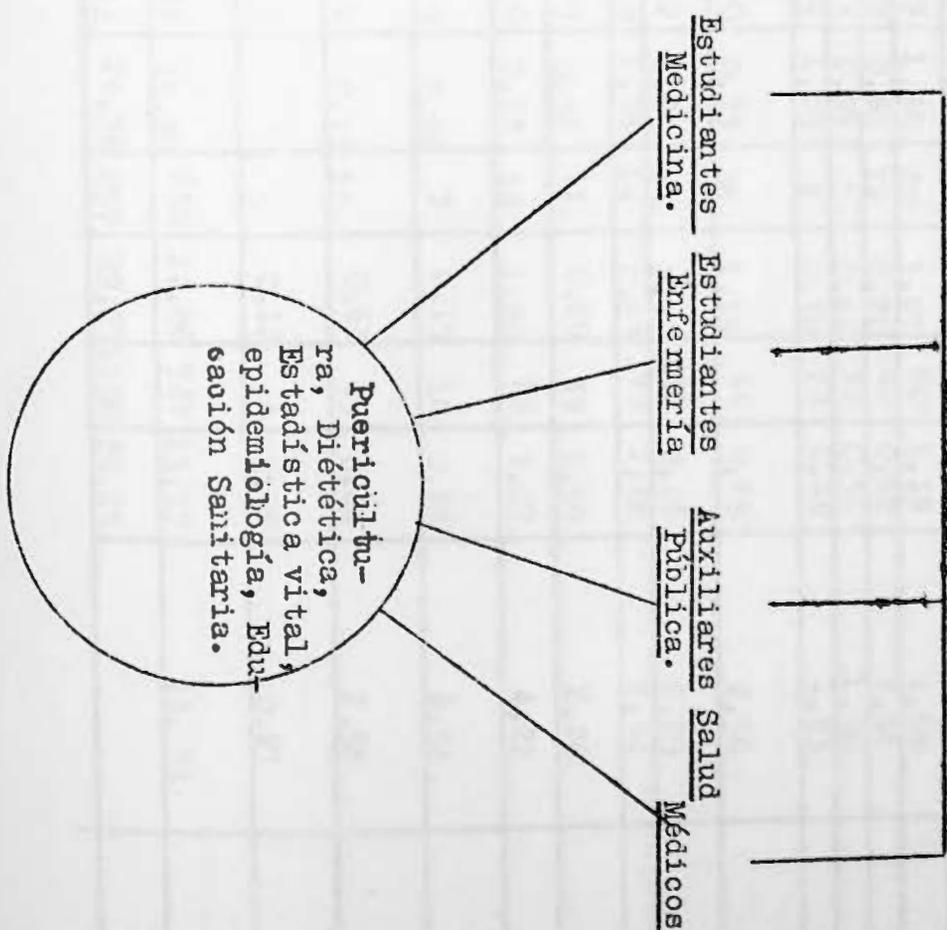
Puericultura, Pediatría, Dietética, Estática Vital, Epidemiología Educación Sanitaria.

INSTITUTO DE PUERICULTURA

Higiene Materno-Infantil



Enseñanza



Esquema N° 2

CIL. DRU No 1.-

MORTALIDAD EN CAR. CAS. DURANTE EL QUINQUENIO 1942-46.-

ENFERMEDADES.	1942		1943		1944		1945		1946		TCU. CAS. / Cif. Coef.	Porcentaje do- bre la mortalidad fetal.	Porcentaje sobr mortalidad diagnosticada.	
	Cif.	Coef.												
Mortalidad debido a enfermedad o accidente de la madre.														
Cardíacas:														
Sifílica.	76	6,2	75	5,99	53	4,03	47	3,43	53	3,38	304	4,54	17,18	31,63
Otras.	1	0,1	2	0,16	5	0,38	5	0,36	7	0,44	20	0,30	1,17	2,18
Agudas:														
Toxemia.	14	1,1	15	1,20	12	0,91	19	1,38	20	1,27	80	1,19	4,68	8,72
Otros.	5	0,4	12	0,96	4	0,30	9	0,66	12	0,70	42	0,62	2,46	4,37
Fatiga.	4	0,3	6	0,43	4	0,30	13	0,95	7	0,44	34	0,50	1,98	3,54
Violencia Exterior.	2	0,20	9	0,56	3	0,23	15	1,09	6	0,38	33	0,49	1,93	3,43
Otras causas de crisis con materno.	4	0,3	7	0,56	5	0,38	10	0,73	18	1,15	44	0,65	2,56	4,58
Arrolladas del feto, para- centra y cordón.	41	3,3	20	1,59	25	3,80	22	1,69	43	2,75	151	2,26	8,83	15,72
Presentación anormal.	11	0,9	19	1,52	16	1,22	19	1,38	14	0,83	79	1,18	4,64	8,21
Procedencia del cor- poreo por el parto.	8	0,6	7	0,55	8	0,61	5	0,36	11	0,69	39	0,59	2,28	4,06
Malformaciones pél- vicas.	17	1,4	11	0,88	15	1,14	10	0,73	19	1,20	72	1,07	4,22	7,49
Operaciones obsté- tricas.	1	0,1	1	0,08	2	0,15	9	0,66	3	0,19	16	0,26	0,94	1,60
Otras causas obsté- tricas.	11	0,9	5	0,40	7	0,53	10	0,73	10	0,63	43	0,64	2,58	4,47
Muertes no especifi- cadas.	2	0,1	1	0,07	1	0,08			2	0,12	4	0,06	0,27	0,42
TOTAL.....	294	24,78	313	24,98	310	23,57	334	24,34	457	29,27	1708	25,55	43,74	

Muerte del feto por.....

Mortalidad debido a enfermedad o accidente de la madre.

CUADRO N° 2

Mortalidad Materna ocurrida en Caracas durante el quinquenio 1942-1946 especificada por causa de muerte.

	1942	1943	1944	1945	1946	Promedio del quinquenio 42-46 37-41.	
Infección consecutiva al aborto	2	4	4	3		3	2
Aborto sin mención de estado séptico	2	3	3	2		2	2
Embarazo Ectópico	1	4	1	2	2	2	1
Hemorragias del Embarazo	2	2	3	4	6	3	1
Toxemias del Embarazo	3	4	3	7	10	5	2
Otras enfermedades y accidentes del Embarazo.	1	1	0	1		1	1
Hemorragia del parto y del puerperio	6	8	5	8	5	6	7
Infecciones durante el parto y el puerperio (Septicemia Puerperal)	15	5	2	6	10	10	15
Toxemias Puerperales.	3		1	1	3	2	5
Otros accidentes del parto	4	3	4	2	7	4	6
Otras enfermedades o enfermedades no especificadas del parto y el puerperio.	7	2	2	1	0	3	2
TOTALES:	49	36	38	37	43	40	42
Coefficientes por 10.000 parturientas.	42	29	29	27	28	30	31
Error Standard.	4.6	4	3,9	4,5	4,2	4,8	7,75
Número de parturientas.	11.708	12366	12981	13543	15413	13202	8182

CUADRO No 3.-

Mortalidad materna en las Capitales de Estado durante el quinquenio 1942 - 1946

	1942		1943		1944		1945		1946		TOTAL	
	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.
Maracaibo	24	54,54	23	45,55	19	32	20	30	20	30,21	106	37,91
Valencia	17	102,34	15	86,05	8	37	11	51	8	35,63	59	63,21
Barquisimeto	11	61,14	15	80,81	10	52	19	82	8	30,42	63	61,74
Maracay	5	49,50	7	69,14	9	73	11	87	11	73,71	43	74,43
San Cristóbal	22	94,13	18	68,75	14	84	10	63	10	81,96	74	79,52
Cumaná	4	28,96	6	45,11	6	31,32	4	37	5	35,50	25	39,28
Ciudad Bolívar	4	40,44	7	77,6	7	71,21	6	65	9	76,66	33	66,38
Coro	3	43,79	5	66,75	4	51,15	6	71,68	7	75,67	25	62,84
Mérida	2	21,83	1	9,83	0	-	6	92,73	5	65,87	14	35,68
Los Teques	0	-	0	-	1	21,83	4	68,30	0	-	5	20,03
San Felipe	3	61,09	3	53,47	8	169,49	7	129,62	5	89,60	26	97,67
Barcelona	3	58,59	2	33,05	5	105,93	6	94,78	8	105,68	24	80,56
Trujillo	4	45,55	2	54,	2	54,	4	110	7	150,95	19	65,78
Neurín	1	20,53	2	41,75	5	106,83	1	18,15	22	35,69	11	37,80
San Juan	4	68,96	0	-	2	82,64	1	21,69	1	18,34	8	35,74
San Fernando	5	82,50	3	58,25	3	55,76	3	57,25	3	40,81	17	58,25
La Asunción	0	-	1	38,31	0	-	0	-	0	-	1	10,1
Guarema	5	141,24	2	56,81	2	113	1	48,78	0	-	10	79,61
San Carlos	4	119,04	2	67,56	2	163,24	0	-	5	251,25	13	115,55
Barinas	3	222,23	3	169,49	4	264,91	1	58,13	1	40,32	12	139,05

CUADRO N° 4.

Principales causas de Mortalidad Neonatal ocurrida en Caracas durante el quinquenio.
1942 - 46.

Enfermedades	1942	1943	1944	1945	1946
Nacimiento prematuro	Primera	Primera	Primera	Primera	Primera
Lesión durante el nacimiento.	Segunda	Segunda			Tercera
Debilidad congénita		Tercera	Segunda	Segunda	Segunda
Neumonías.		Tercera			
Diarrea y enteritis			Tercera		
Otras enfermedades.				Tercera.	

Cuadro No 5.-

Mortalidad Neonatal ocurrida en Caracas durante el quinquenio 42-46.-

	1942		1943		1944		1945		1946		Total.	
	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.
Nacimiento Prematuro.	129	15,	136	11,13	166	12,92	197	14,70	237	15,63	865	13,27
Debilidad congénita.	39	3,37	27	2,21	34	2,64	36	2,68	58	3,82	196	2,97
Yegros congénitos.	10	0,86	7	0,62	10	0,07	17	1,27	19	12,53	73	1,12
Lesiones durante el nacimiento.	49	4,24	27	2,21	18	1,40	27	1,97	38	2,40	159	2,43
Afecciones respiratorias agudas.	52	4,49	27	2,21	21	1,63	38	2,09	21	1,38	149	2,28
Sifilis.	10	0,86	11	0,09	12	0,93	17	1,26	10	0,65	60	0,92
Tétano infantil.	7	0,60	4	0,32	1	0,07	1	0,07	4	0,26	17	0,26
Diarrea y enteritis	14	1,21	25	2,04	23	1,79	18	1,36	28	1,84	108	1,65
Posferina.	-	-	3	0,24	-	-	2	0,14	3	0,19	8	0,12
Asfixia durante o después del nacimiento.	-	-	13	1,06	17	1,32	25	1,86	17	1,12	72	1,10
Otras causas.	24	-	13	1,06	13	1,01	19	1,41	17	1,12	86	1,03
No diagnosticado	3	0,25	12	1,09	11	0,85	16	1,19	7	0,46	49	0,75
Total.....	337	29,13	315	25,78	326	25,88	403	30,08	459	30,28	1840	28,23

Cuadro N° 6.-

Mortalidad Neonatal en los Capitales de Estado durante el quinquenio 1942-46.-

	1942		1943		1944		1945		1946		Promedio.	
	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.
Miracalbo.	111	24,3	103	20,4	117	20,7	130	35	177	26,73	638	22,43
Valencia.	62	37,7	78	44,7	80	37,9	90	43,7	81	36	391	41,90
Barquisimeto.	87	48,4	107	57,7	98	53	101	45	131	69,8	524	51,35
Marcay.	36	35,6	35	34,5	49	41,9	47	39	46	33,3	213	36,87
San Cristóbal.	59	25,2	48	18,3	37	23,2	54	35,2	62	50,8	200	27,94
Cumandá.	24	17,4	28	21,	29	24,8	24	22,2	22	15,7	127	19,95
Ciudad Bolívar.	35	35,9	16	17,7	18	18,3	23	24,9	24	20,4	116	23,33
Goro.	24	35,	19	25,4	24	30,7	14	16,7	22	23,8	103	25,89
Mérida.	25	27,3	19	18,7	30	51,4	38	58,6	38	50	150	38,23
Los Teques.	16	28	19	17,9	7	15,9	18	39,7	21	41,8	71	28,44
San Felipe.	6	12,2	16	28,5	15	31,8	20	37	25	44,8	82	31,27
Barcelona.	25	48,8	23	38	14	29,8	20	31,6	19	25	101	33,9
Trujillo.	14	15,9	6	7,2	12	32,2	11	31,4	15	33,6	58	20,13
Marujín.	10	20,5	3	6,3	5	10,7	6	10,9	12	12,9	36	12,37
San Juan.	10	17,2	15	36,6	5	20,7	18	39	17	31	65	29,04
Sr. Fernando.	17	11,5	8	15,5	7	15	7	13,3	12	16,3	41	14,05
La Asunción.	5	23,	6	23	5	40	3	18	3	14,4	22	22,26
Guarere.	13	36,7	5	14,2	4	22,6	7	34,1	4	23,8	33	26,27
San Carlos.			2	6,7	5	28,2	3	14,6	4	23,8	14	12,44
Barrinas.....	2	14,8	4	6,7	1	22,6	3	17,4	8	32,5	18	20,25

CUADRO N° 8.-

Mortalidad Infantil durante el quinquenio 42-46 ocurrida en Caracas y especificada por causas.

	1942		1943		1944		1945		1946		TOTALES:	
	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.	Cif.	Coef.
Diarreas y enteritis.	333	28,7	277	22,7	342	26,7	322	24	293	19,4	1567	24
Congénitas	208	17,8	178	14,8	263	20,5	299	22,3	338	22,4	1286	19,7
Respiratorias agudas excluyendo tubercu- sis.	106	9	120	9,8	78	6	111	8,2	79	5,2	494	7,6
Infecciones (excluyendo Sifilis y Respiratorias Agudas)	41	3,5	97	8	55	4,2	71	5,3	69	4,5	333	1,6
Sifilis:	26	2	19	1,5	18	1,4	25	1,9	25	1,6	113	1,7
Otras causas	91	8	137	11,2	70	5,4	100	7,5	115	7,5	561	8,6
Causas no especifica- das.	8	0,7	15	1,2	29	2,3	34	2,6	19	1,2	105	1,6
TOTAL.....	816	70	843	69,2	855	65	962	72	948	62	4.426	68
Nacidos vivos.	11568		12216		12842		13394		15154		65.176	

CUADRO N° 8.-

Labor Docente del Instituto Nacional de Puertoricultura.

	1942	1943	1944	1945	1946	1947
Médicos	7	8	6	4	7	21
Estudiantes de Medicina	111	88	126	192	138	177
Estudiantes de Enfermería	33	56	32	61	107	118
Auxiliares.	27	17	31	43	61	109

Carcacas, diciembre de 1947.

CUADRO N° 9.-

Resumen de Actividades del Instituto Nacional de Puericultura

	1942	1943	1944	1945	1946	1947	
Prenatal.	Nuevas inscripciones	233	533	613	781	1.026	1.120
	Número de visitas.	433	1.159	1.185	1.455	2.086	2.090
	Número de clínicas.	94	95	102	119	217	242
Post-natal	Nuevas inscripciones	1187	430	490	620	831	816
	Número de visitas.	1.094	1.923	2.031	1.916	1.738	1.335
	Número de clínicas	8	10	12	11	25	40
Infantiles	Nuevas inscripciones	764	1.198	819	1.112	1.098	1.228
	Número de visitas.	4.521	8.174	6.615	6.600	7.646	6.206
	Número de clínicas	250	255	310	347	308	365
Pre-escolar	Nuevas inscripciones	370	632	545	508	696	752
	Número de visitas.	1.529	2.821	3.207	3.631	5.155	4.401
	Número de clínicas	50	52	51	52	147	146
TOTAL de niños inscritos.		1.134					

CUADRO N° 10

Resumen de Actividades de los Centros Materno Infantiles en el país.-

	1942	1943	1944	1945	1946	
Prenatal.	Nuevas inscripciones.	12.437	12.067	18.849	26.349	29.190
	Número de visitas	13.098	16.370	?	24.426	24.417
	Número de clínicas	3.095	3.255	?	5.148	25.640
Infantiles.	Nuevas inscripciones.	15.226	14.025	20.151	24.200	35.825
	Número de visitas	51.508	66.853	?	101.715	106.777
	Número de clínicas	?	?	?	?	9.421
Pre-escolar	Nuevas inscripciones	7.615	7.015	10.350	12.393	17.508
	Número de visitas	20.555	30.249	?	54.466	63.219
	Número de clínicas	?	?	?	?	4.762

Caracas, diciembre de 1947

Cuadro N°11.-

Distribución de los Servicios Materno Infantiles
y las Estaciones de Leche en Venezuela.

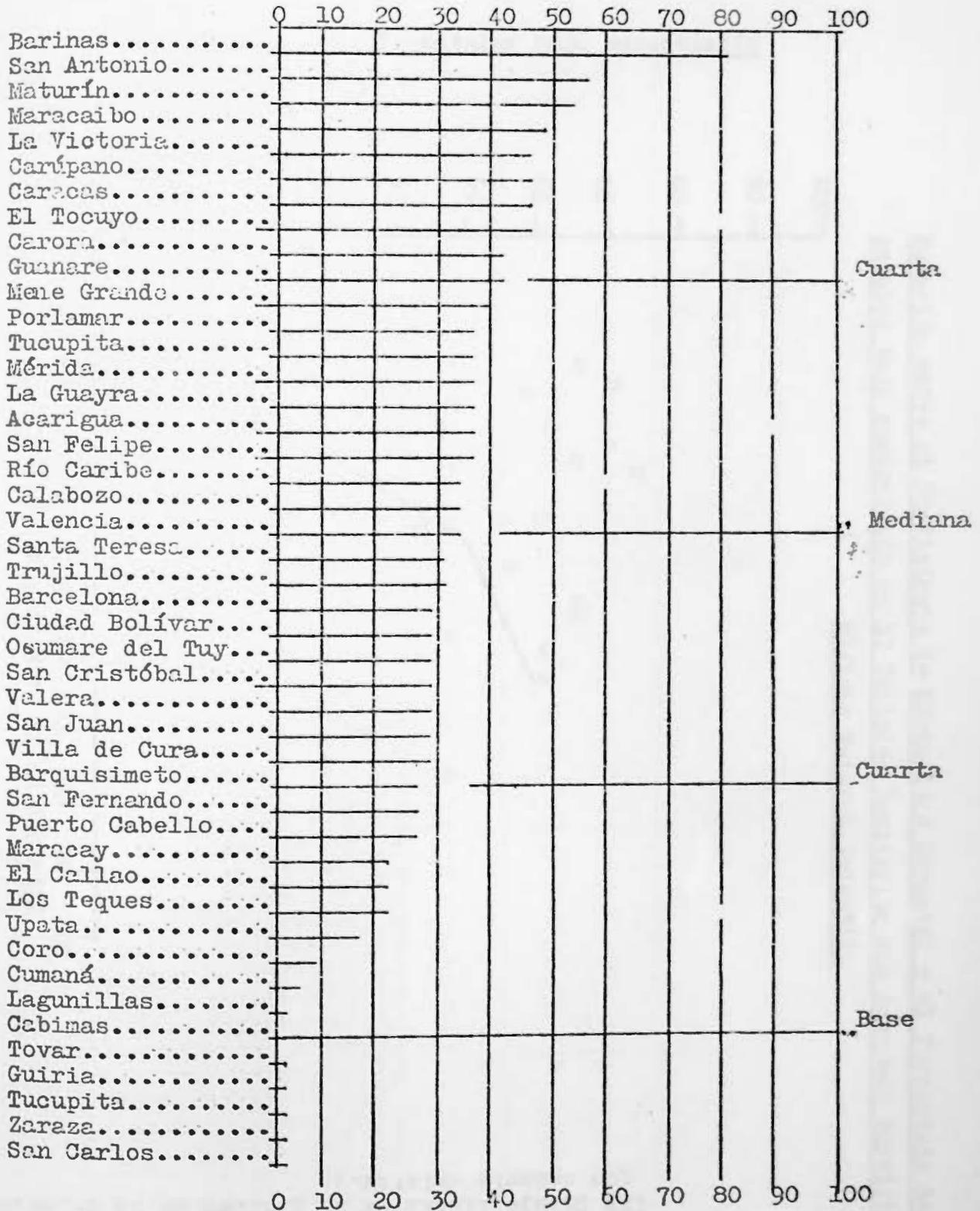
Servicios Materno-Infantiles.

	En Unidades Sa nitarias o Cen tros de Salud.	En Medicatu ras Rurales.	Estaciones de leche.
Departamento Libertador.	15	0	15
Departamento Vargas	2	3	2
Estado Anzoátegui	1	20	2
Estado Apure	1	5	1
Estado Aragua	3	14	5
Estado Barinas	1	13	2
Estado Bolívar	3	8	5
Estado Carabobo	3	15	2
Estado Cojedes	1	7	1
Estado Falcón	1	20	2
Estado Guárico	2	12	3
Estado Lara	5	21	18
Estado Mérida.	2	25	3
Estado Miranda	3	26	3
Estado Mónagas	2	11	3
Estado Nva. Esparta	1	15	1
Estado Portuguesa	2	8	2
Estado Sucre	3	17	4
Estado Táchira	4	13	8
Estado Trujillo	3	19	14
Estado Yaracuy	1	15	10
Estado Zulia	9	20	14
Ttorio Delta Amacuro	1	0	0
Territorio Amazonas	0	0	1
Total	69	308	120

Caracas, diciembre de 1947.

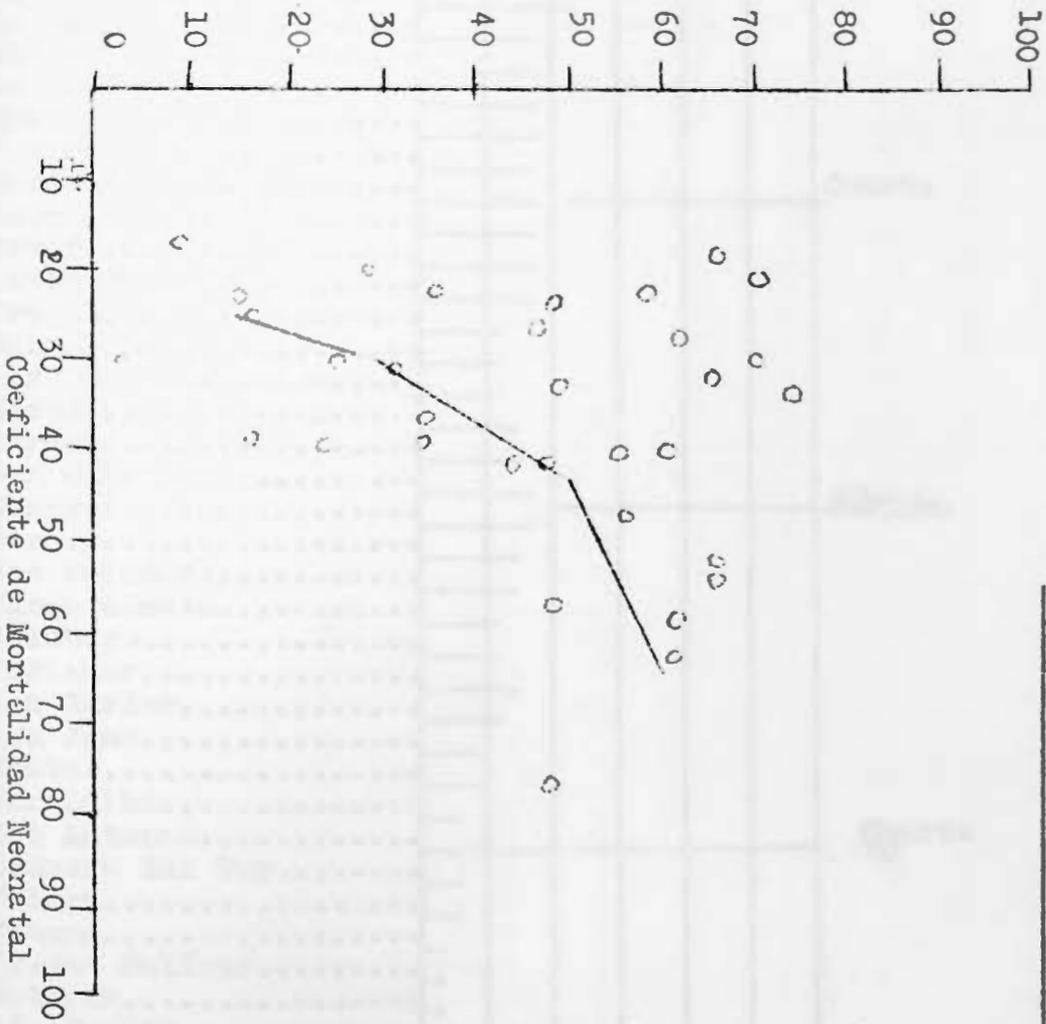
Gráfica N° 1

Porcentaje de Prenatales inscritas antes del 4° mes del embarazo



Gráfica N° 2.-

Porcentaje de Prenatales bajo supervisión

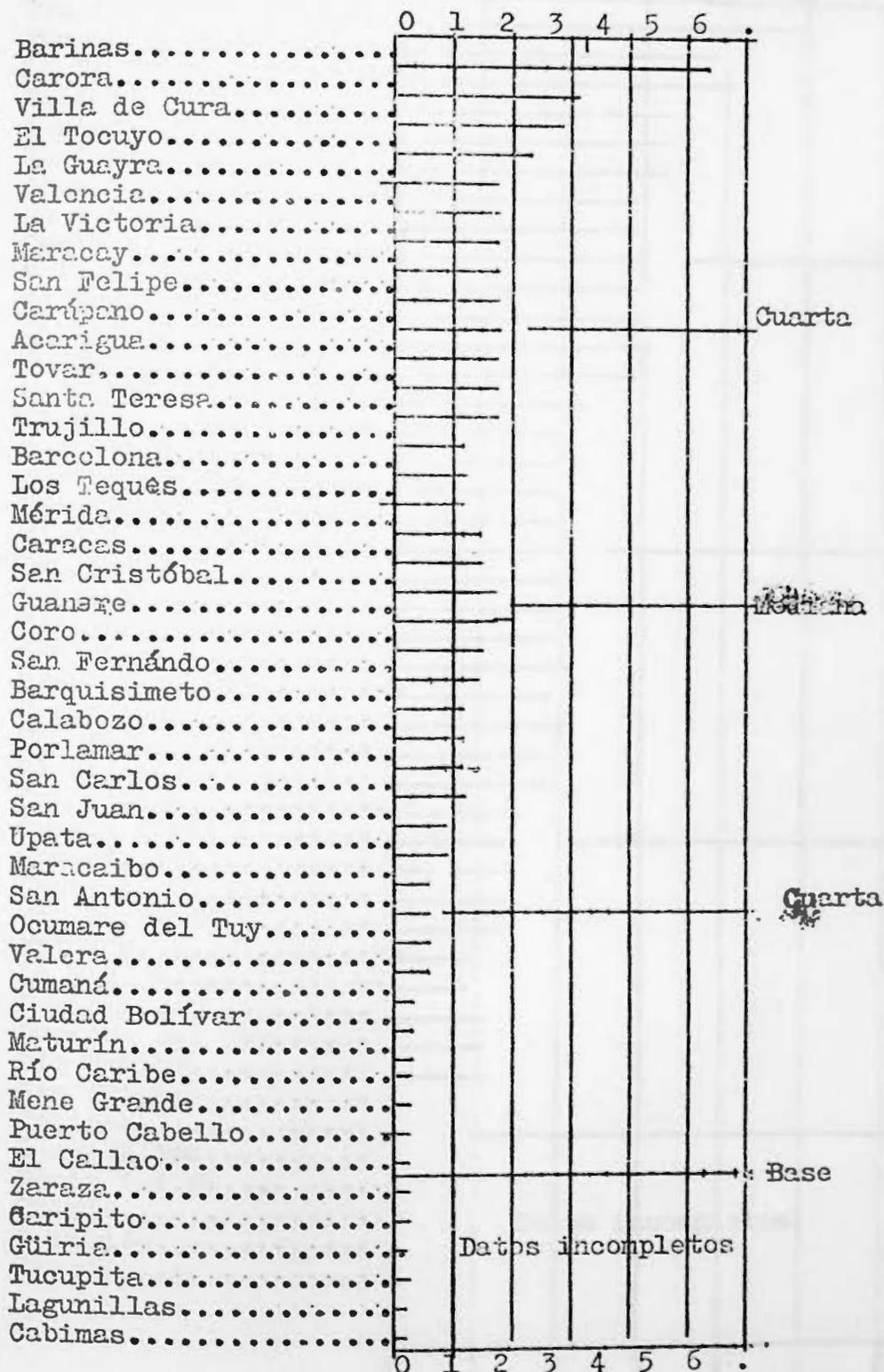


Relación entre el Coeficiente de Mortalidad Neonatal y el Porcentaje de Prenatales bajo supervisión en 33 Unidades Sanitarias con adecuado servicio de

Higiene Materno Infantil.

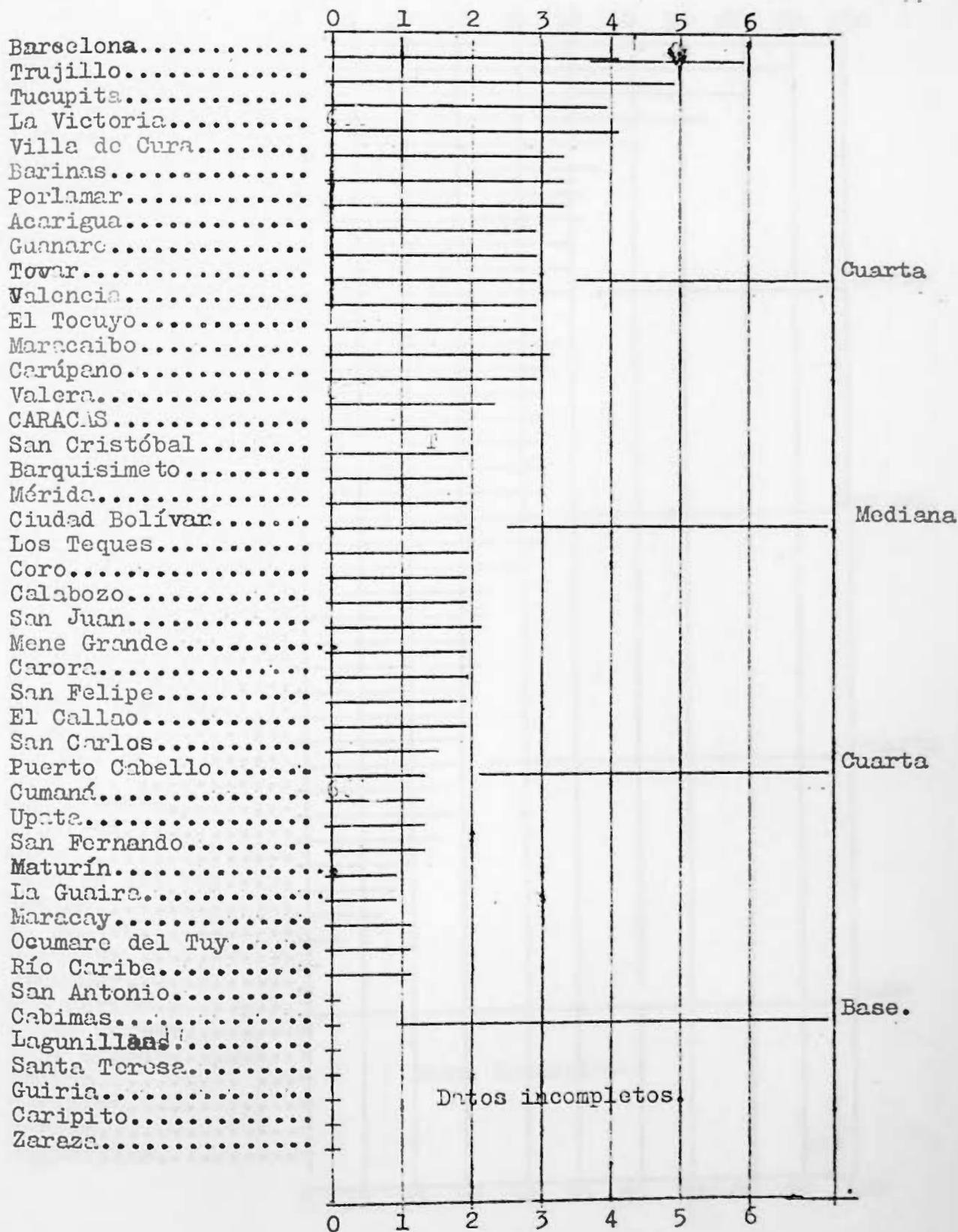
(El Dibujo lineal de la gráfica es la relación que debería existir.)

Gráfica N° 3
 Promedio de visitas a prenatales por caso bajo control



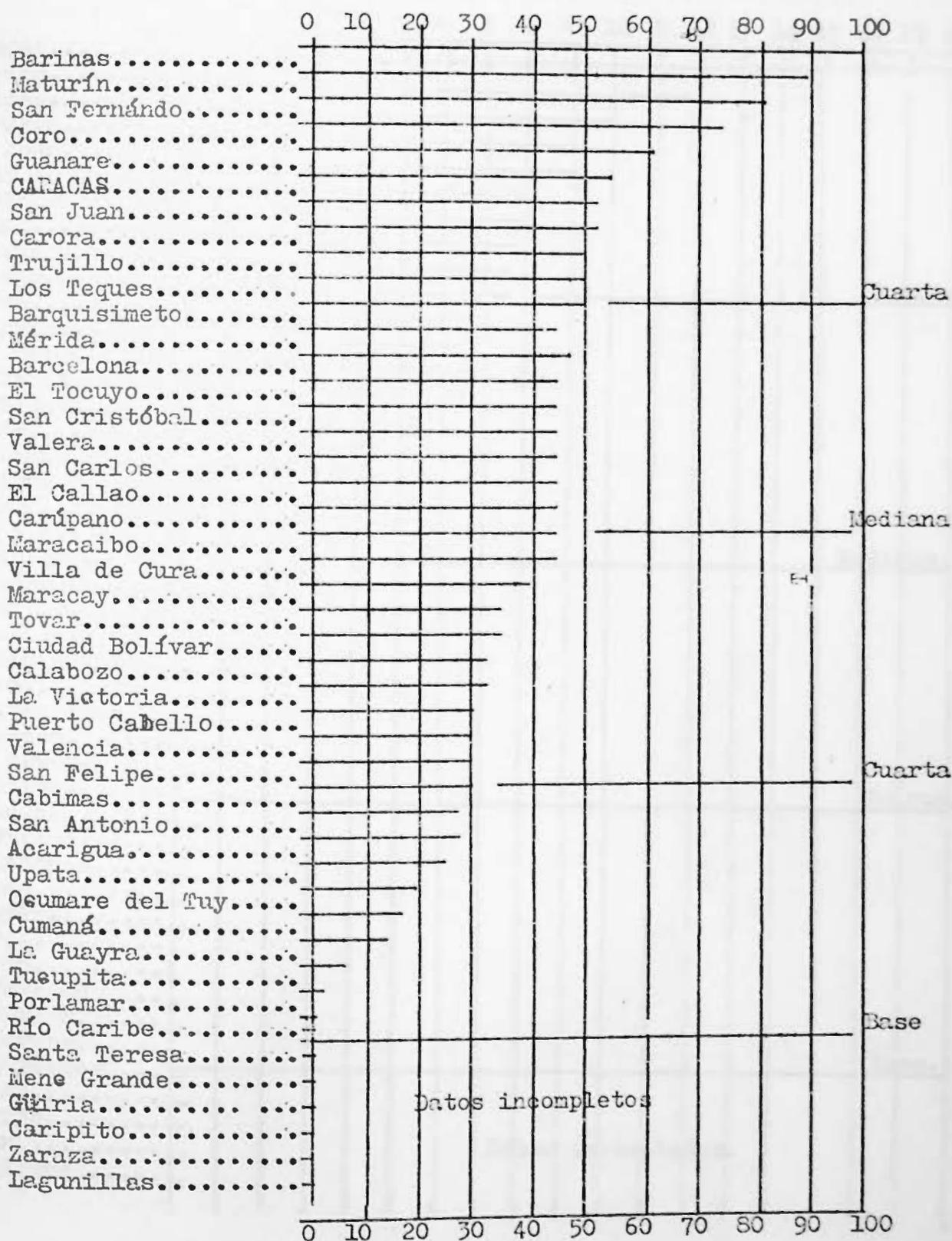
Gráfica N° 4.-

Promedio de exámenes médico a pre-natales por caso bajo control

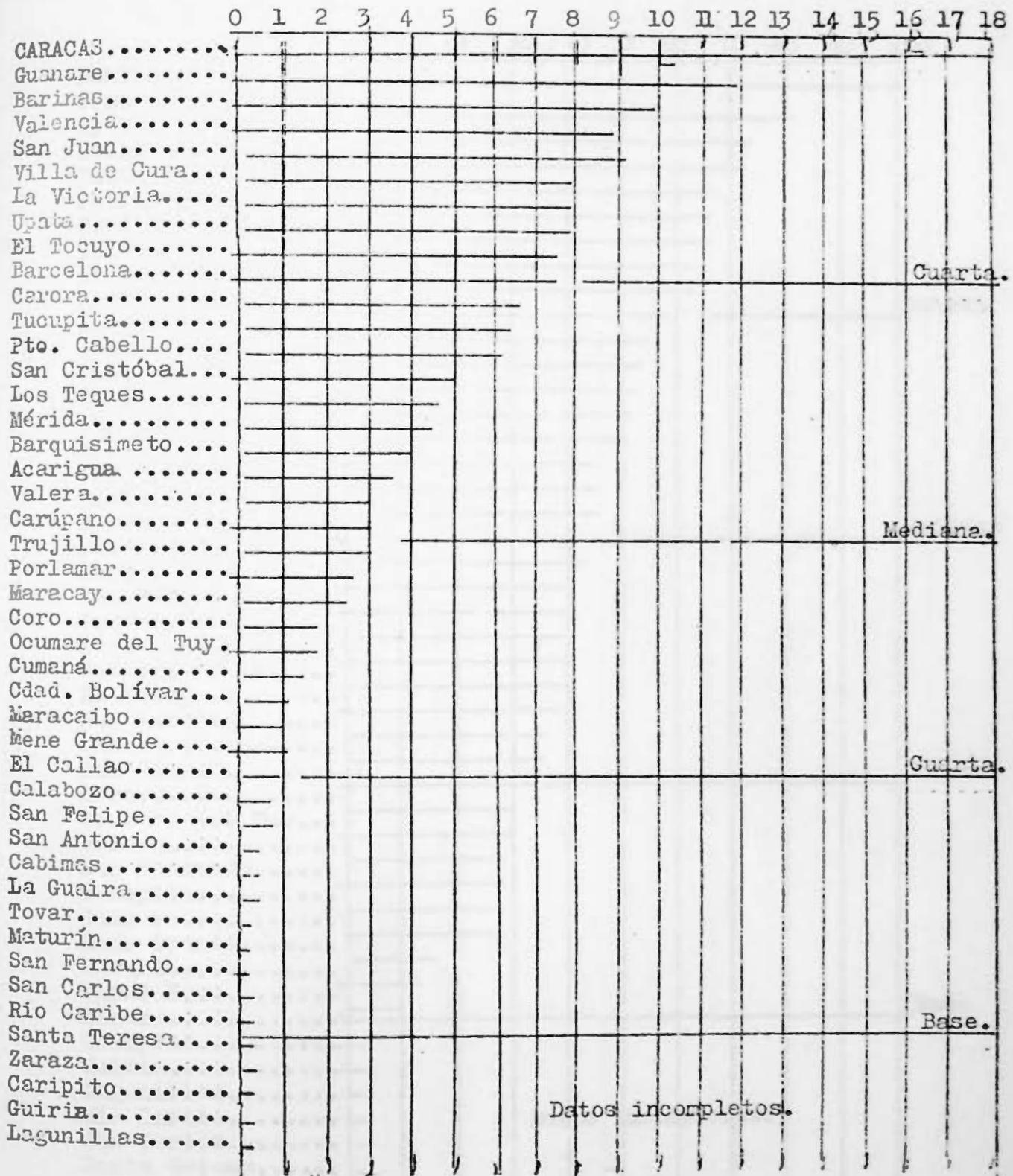


Gráfica N° 5

Porcentaje de partos asistidos en Hospitales y Maternidades

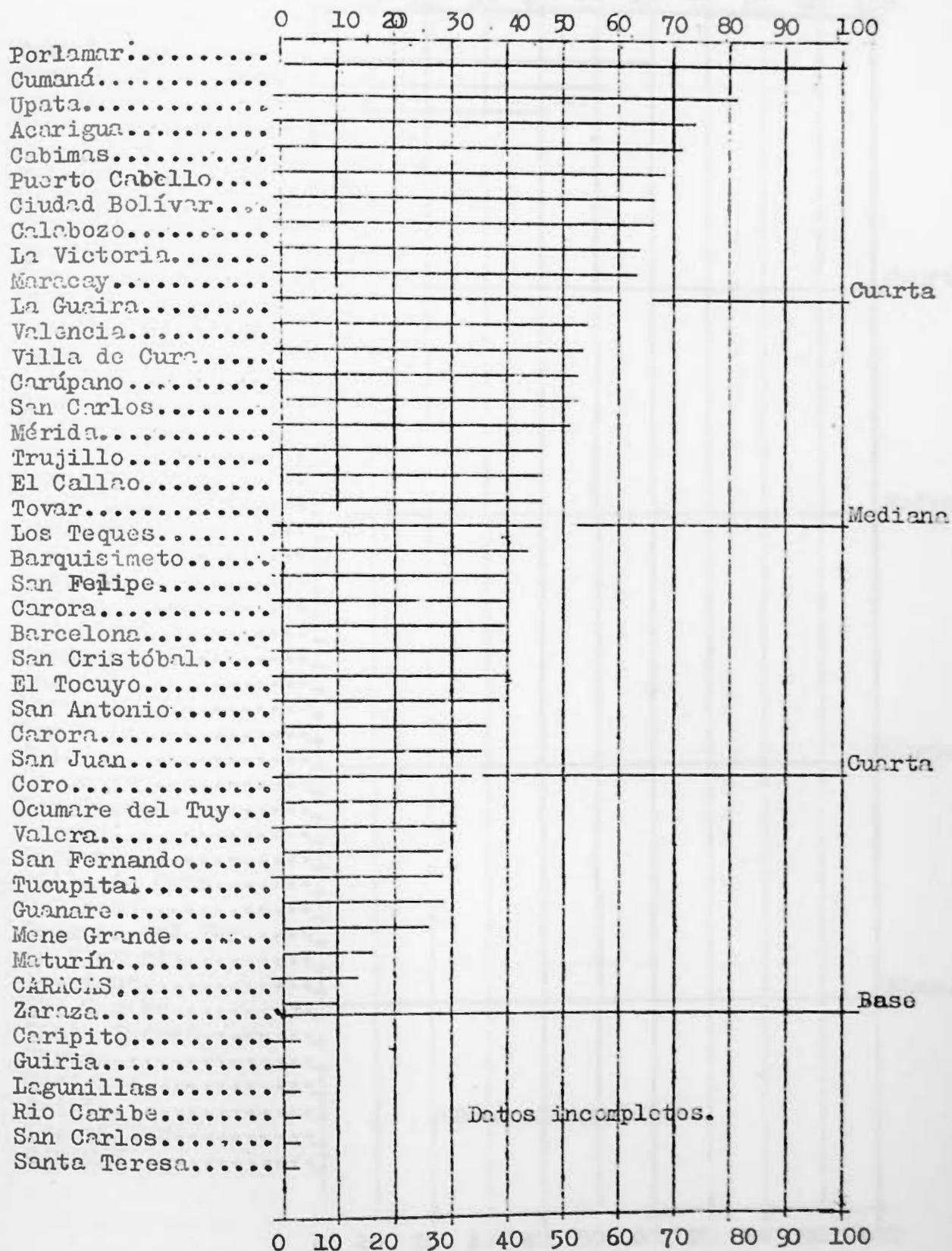


Gráfica N° 6.-



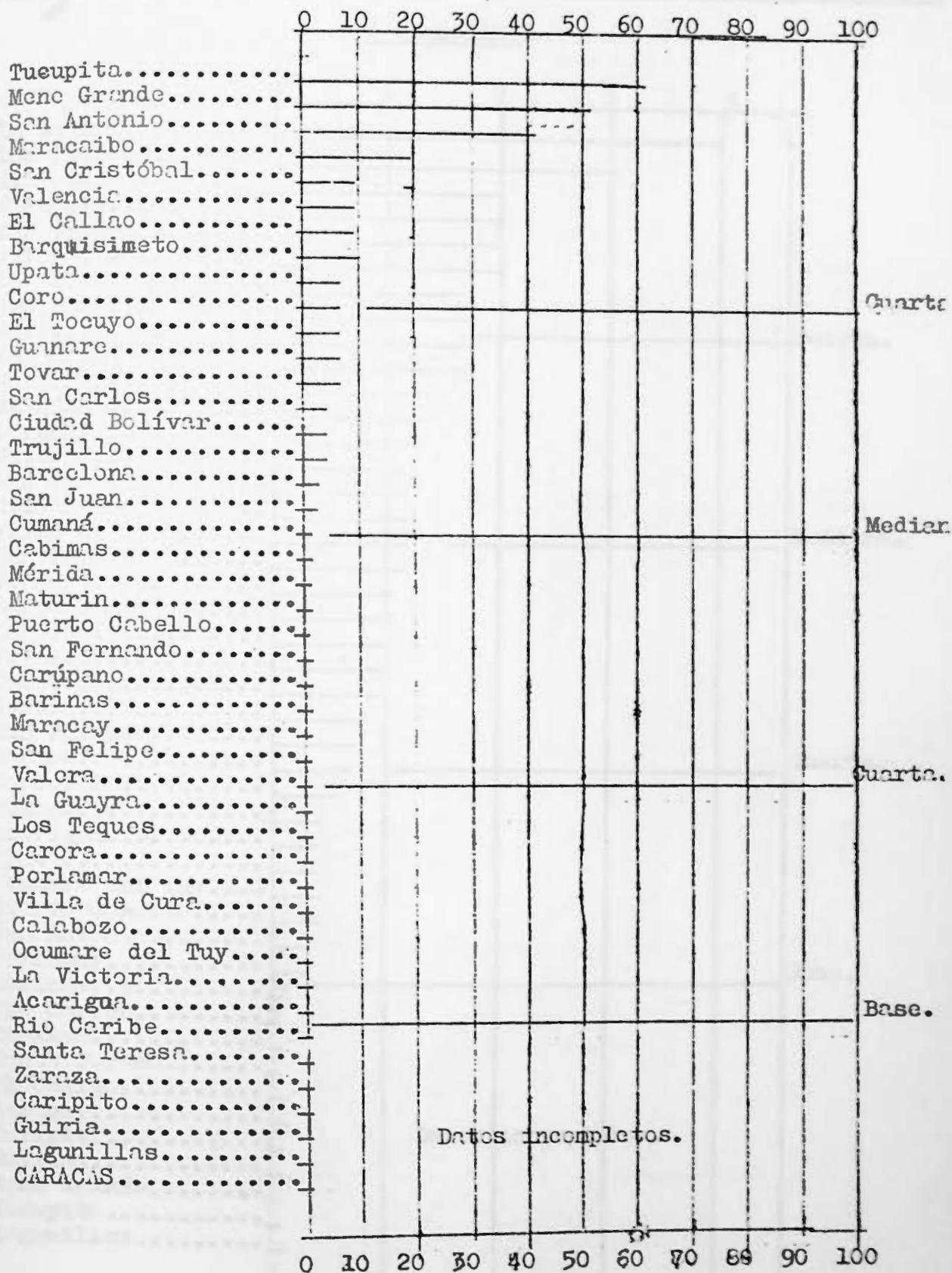
Grafica N° 7.-

Porcentaje de partos asistidos por Comadronas inscritas



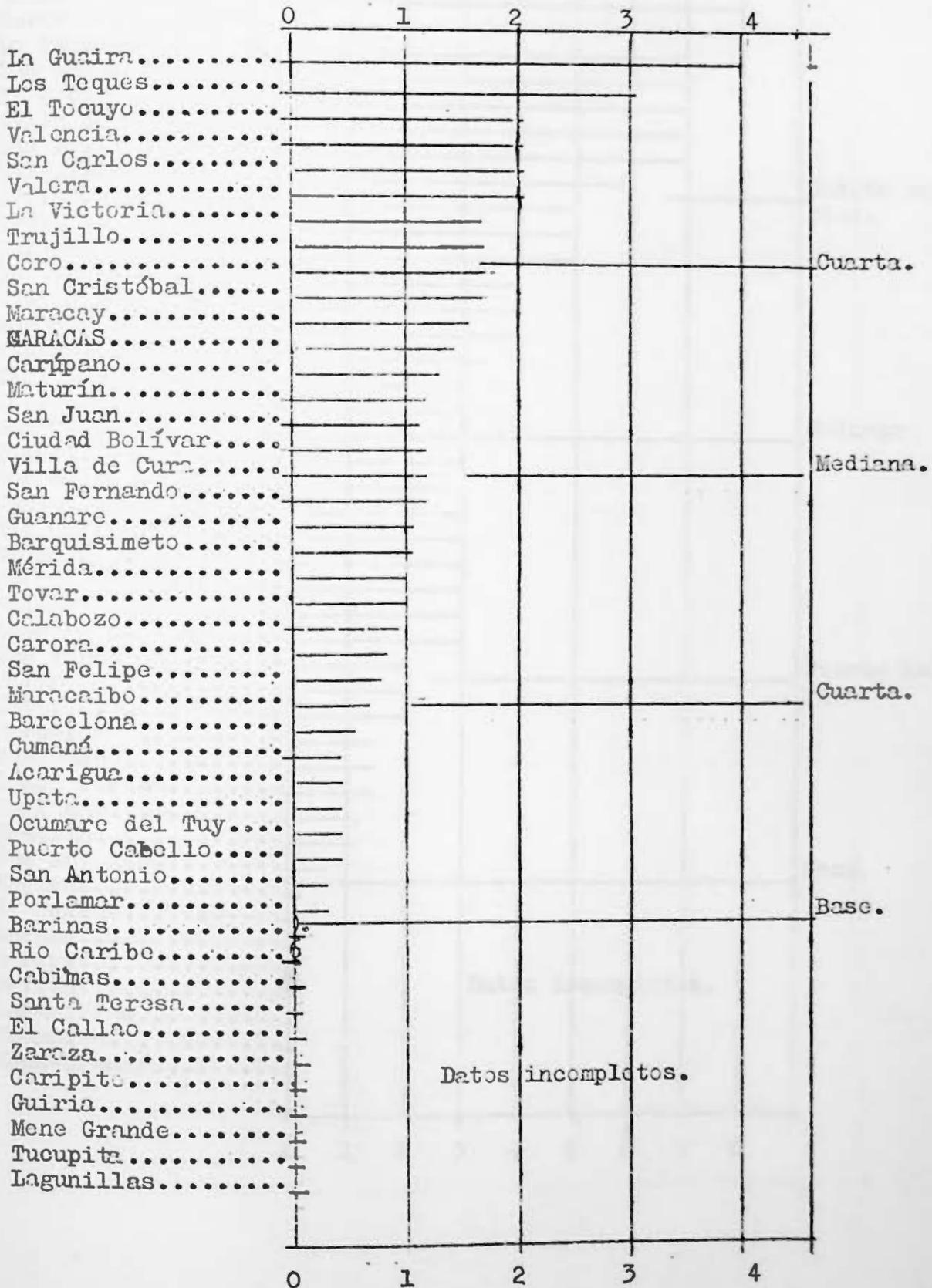
Gráfica N° 8.-

Porcentaje de partos asistidos por Comadronas no inscritas o vecinas



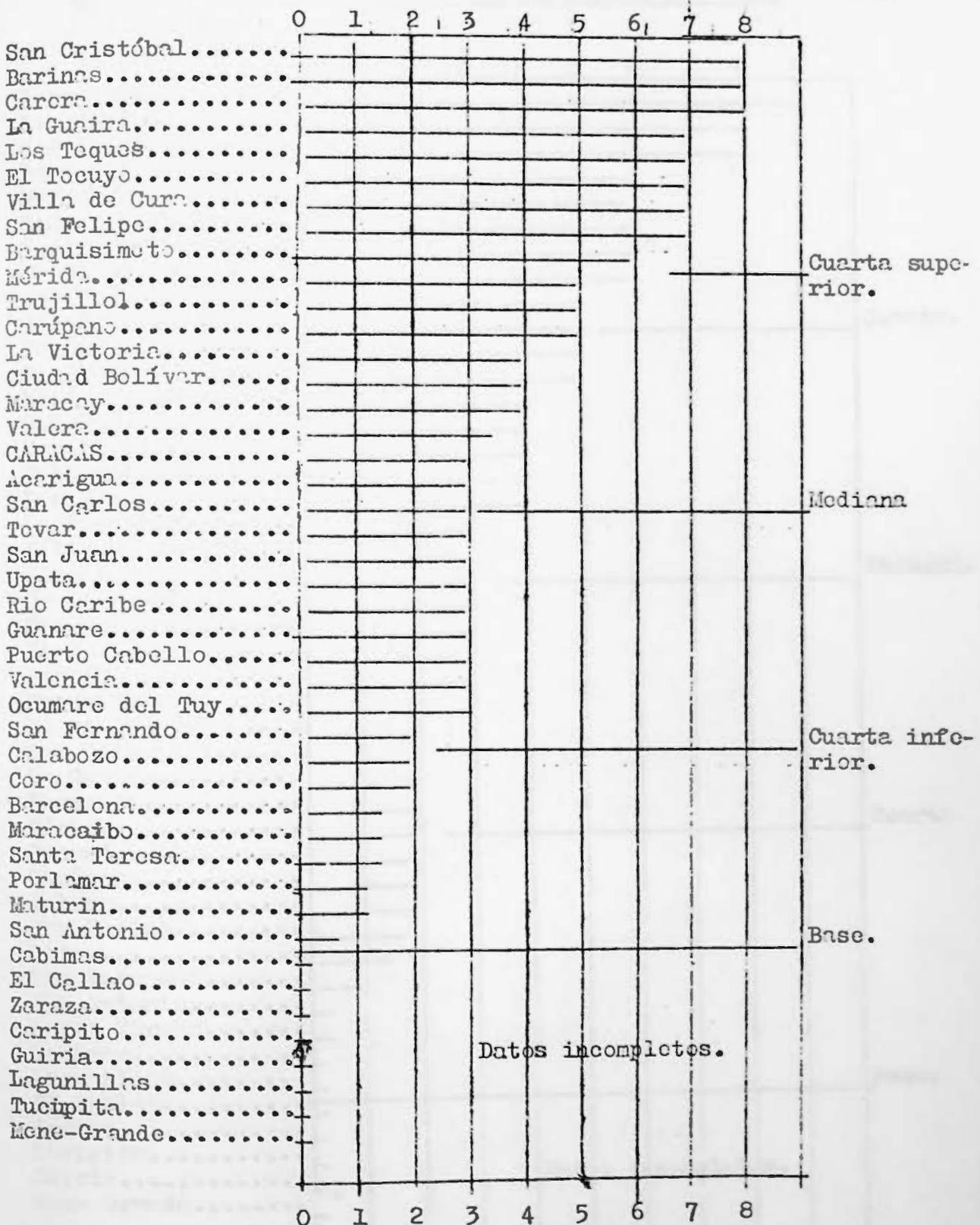
Gráfica N° 9.-

Promedio de visitas a postnatales sobre el total de partes ocurridas
a domicilio.



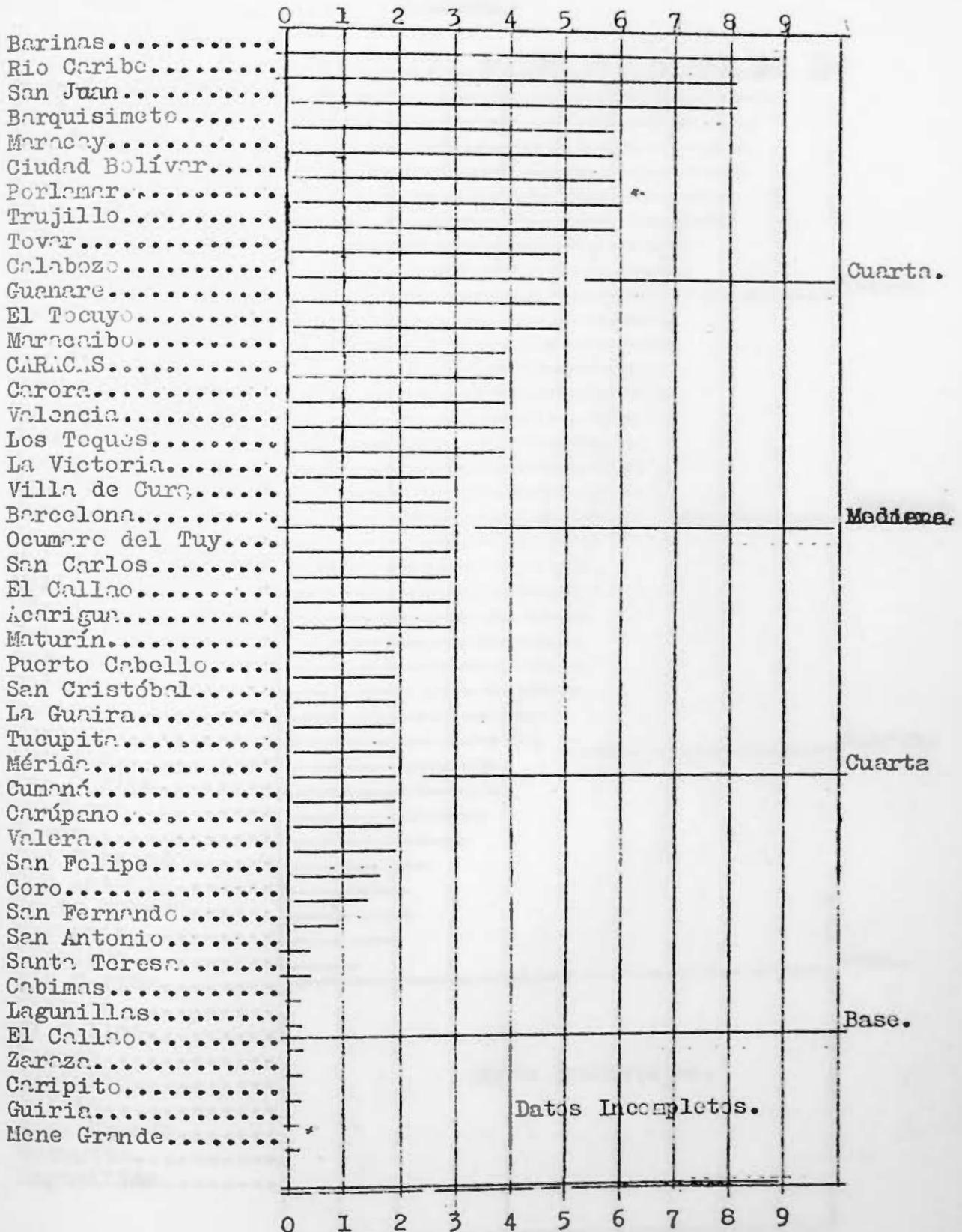
Gráfica N° 10.-

Promedio de Visitas Domiciliarias a Infantiles por caso inscrito.



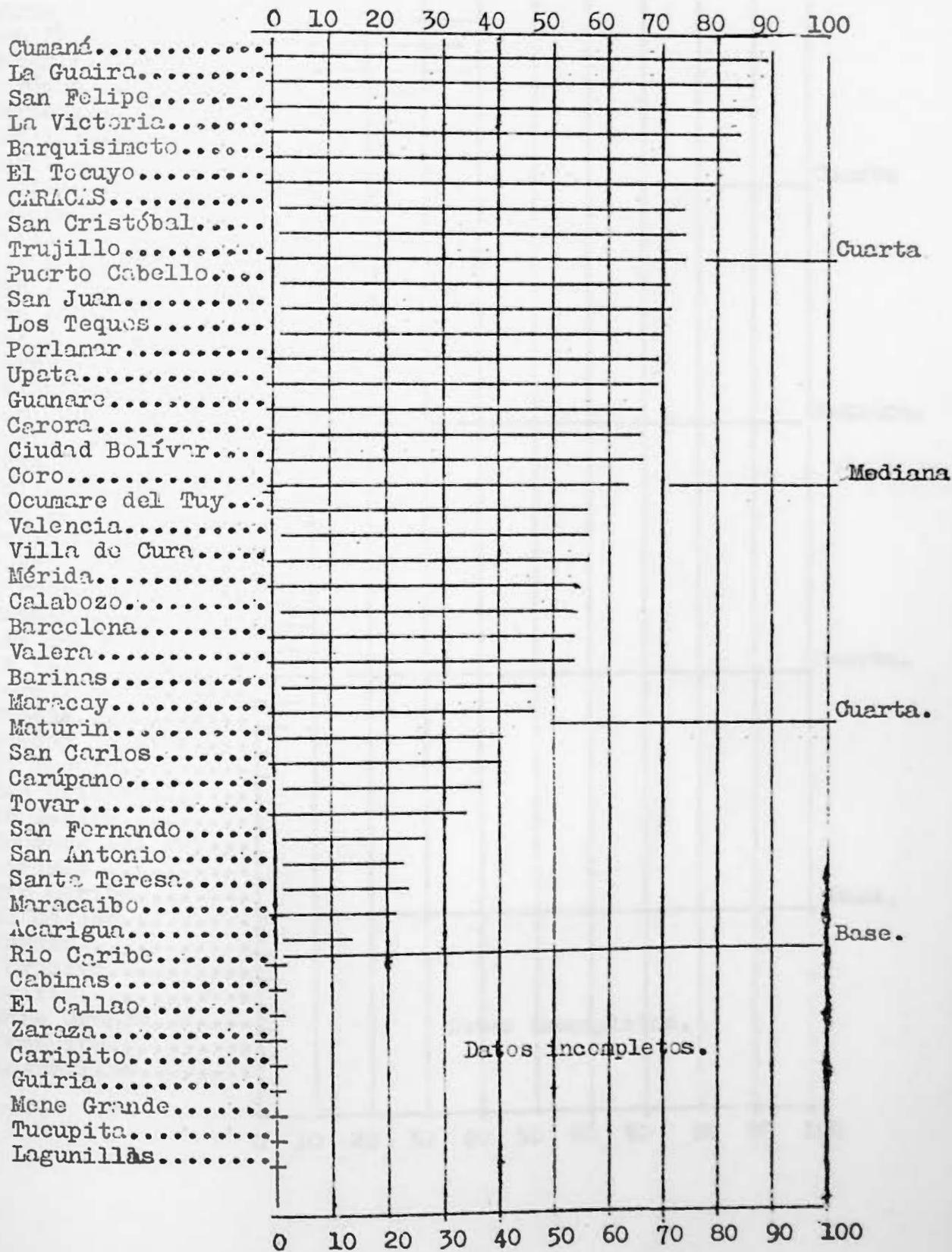
Gráfica N° 11.-

Promedio de exámenes médicos a infantiles por caso.



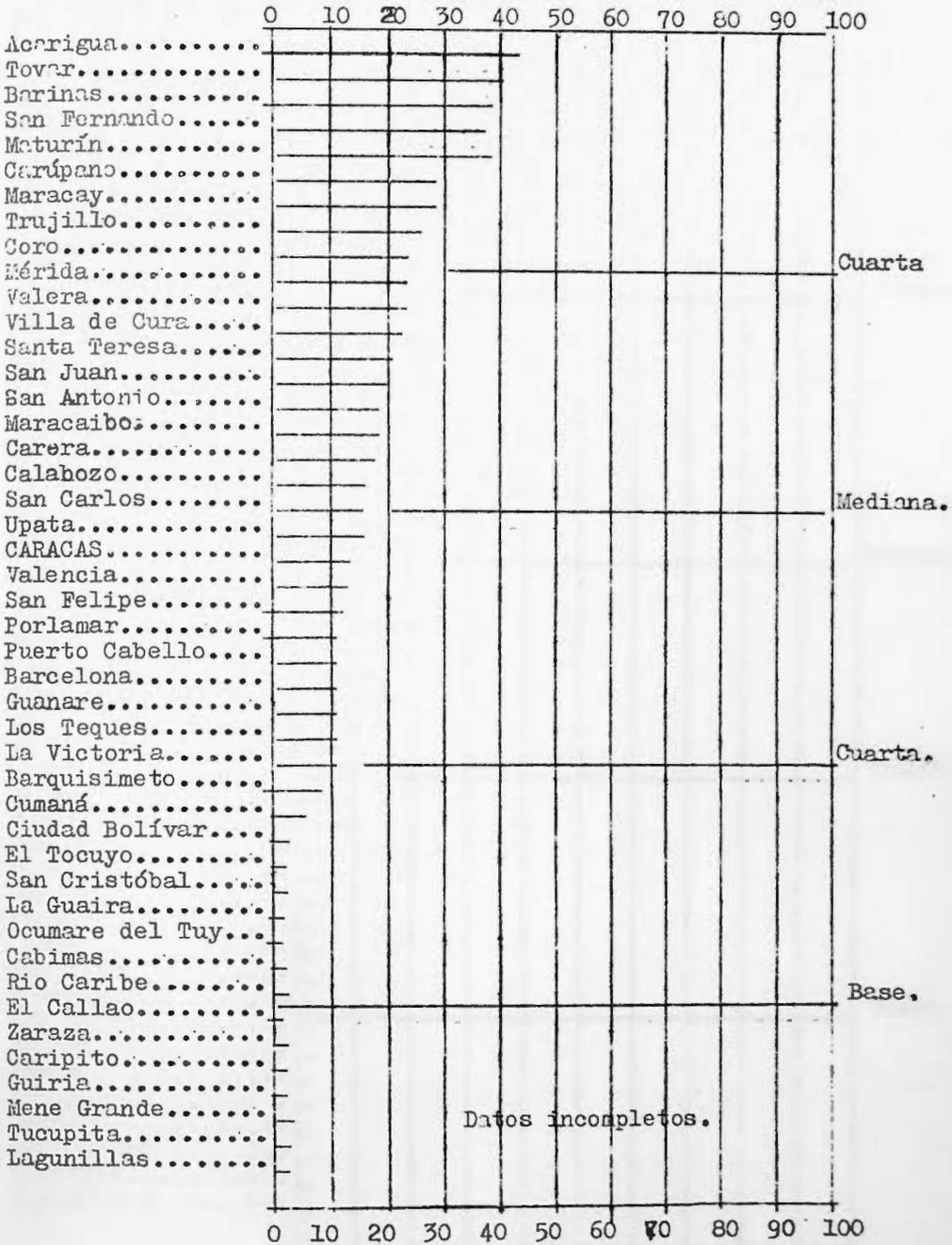
Gráfica N° 12.-

Porcentaje de infantiles menores de 3 meses inscritos en el Servicio.



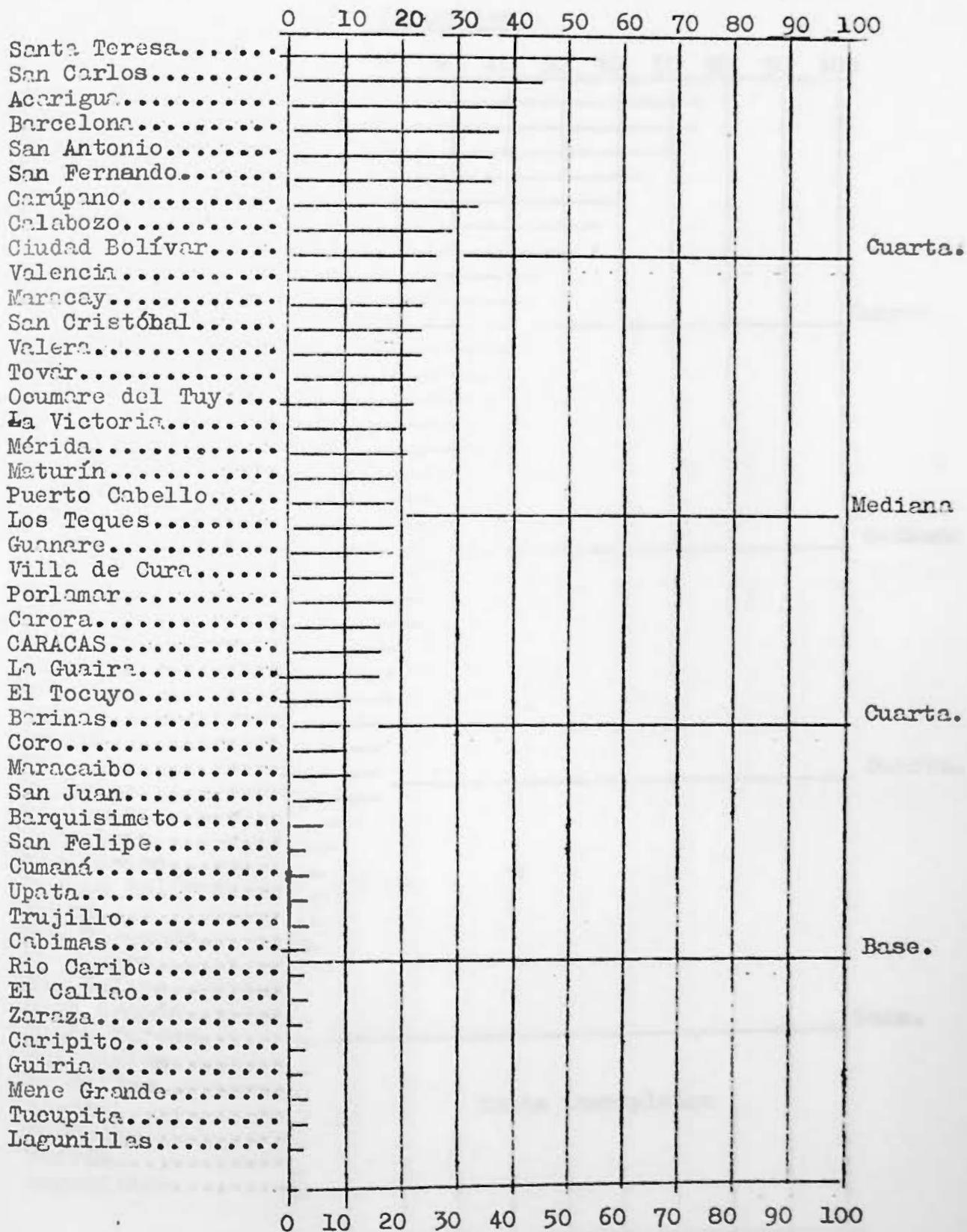
Gráfica N° 13.-

Porcentaje de infantiles inscritos de 3 a 6 meses de edad.



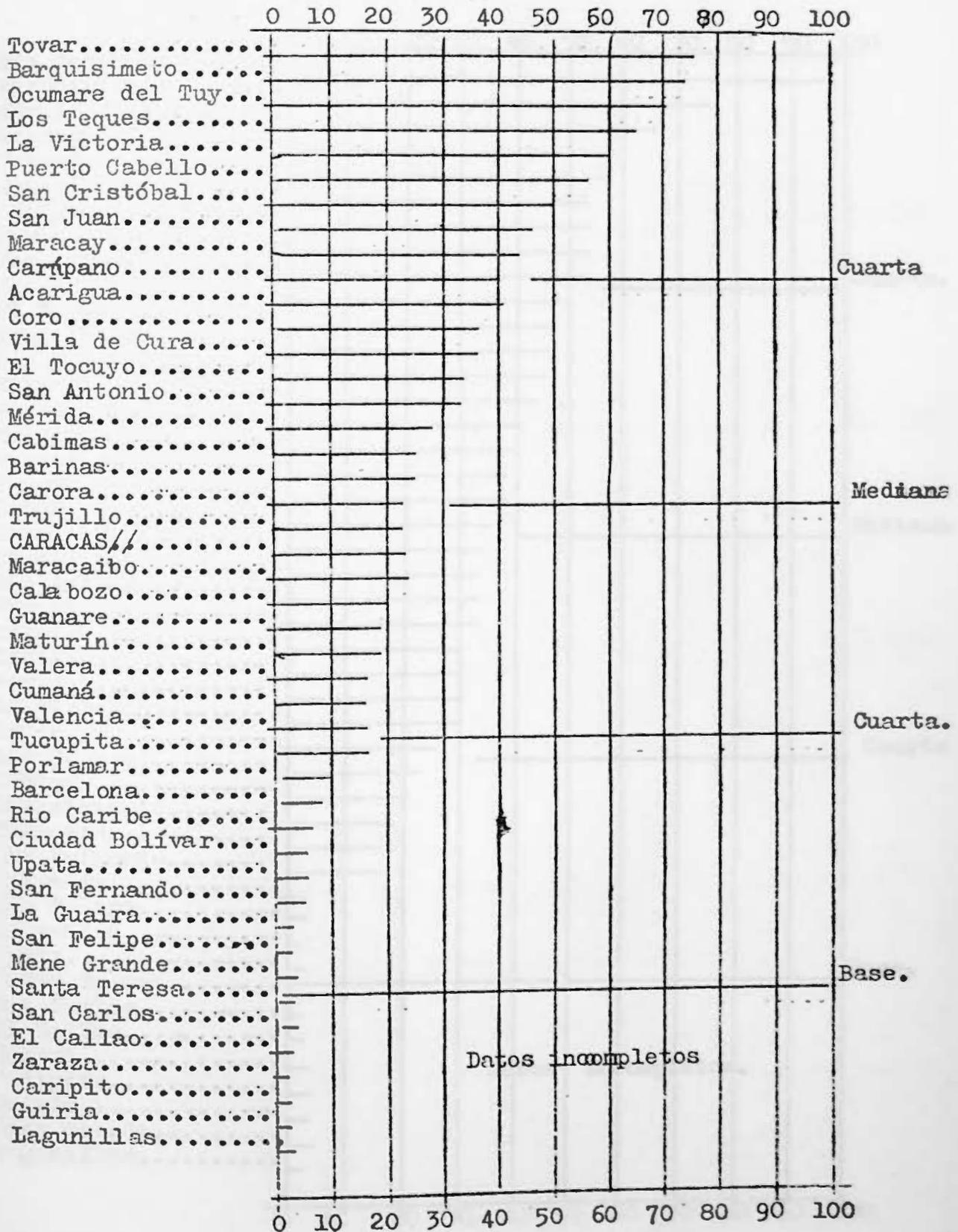
Gráfica N° 14.-

Porcentaje de infantiles inscritos de 6 meses en adelante.



GRAFICA N° 15.-

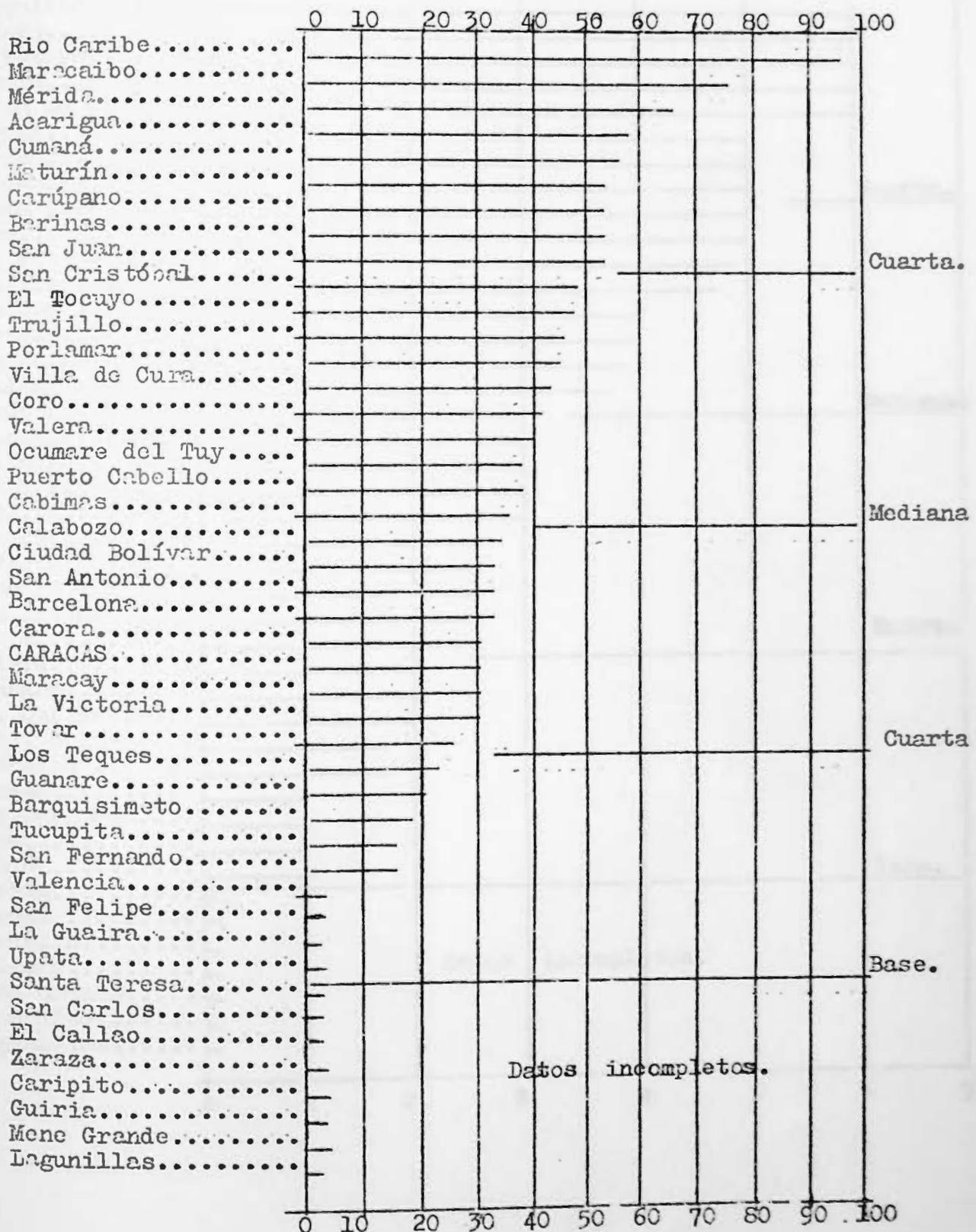
Porcentaje de vacunaciones Antidiftéricas practicadas a
Infantiles.



Gráfica N° 16.-

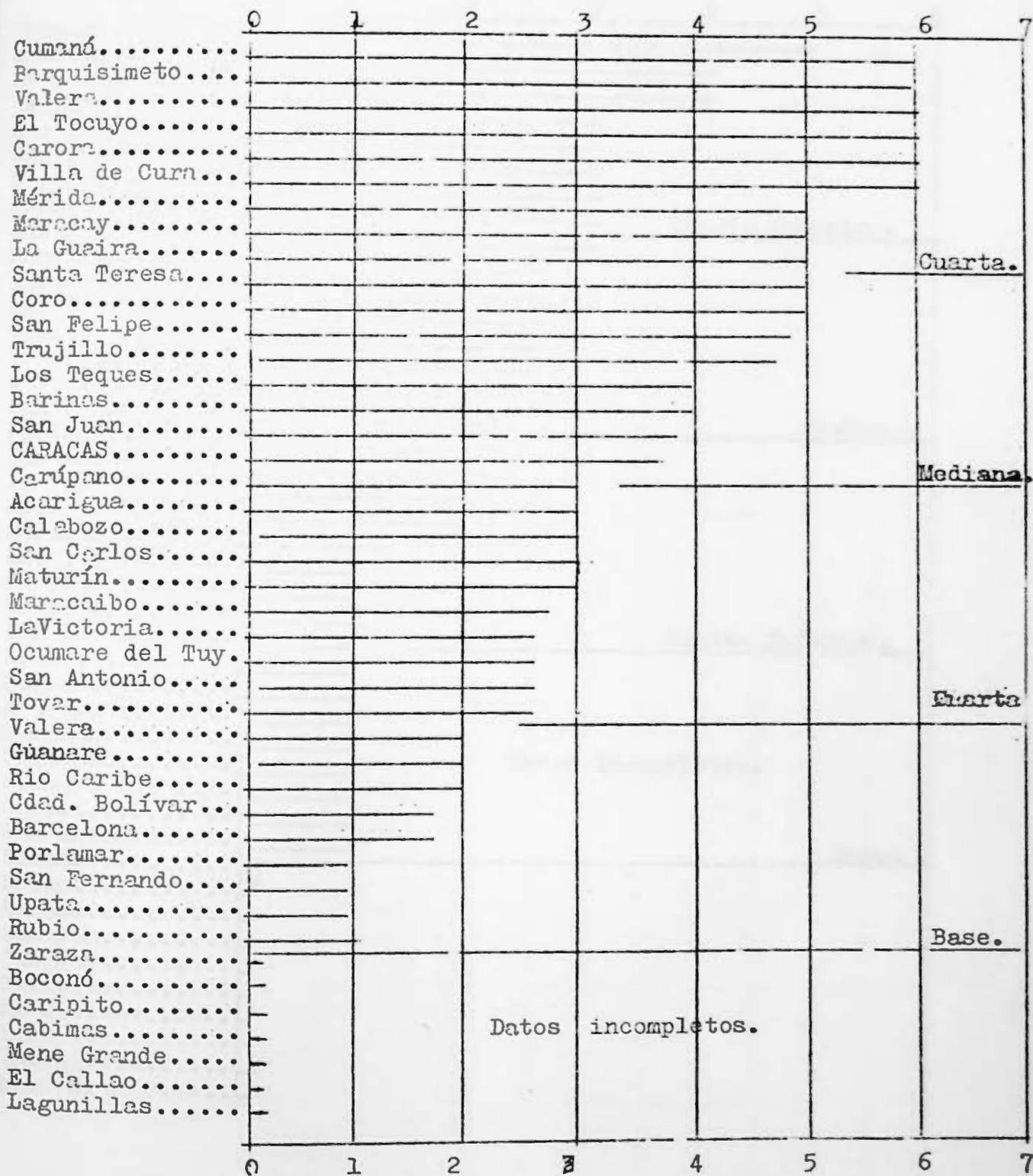
Porcentaje de vacunaciones antidiftéricas practicadas a

Preescolares.



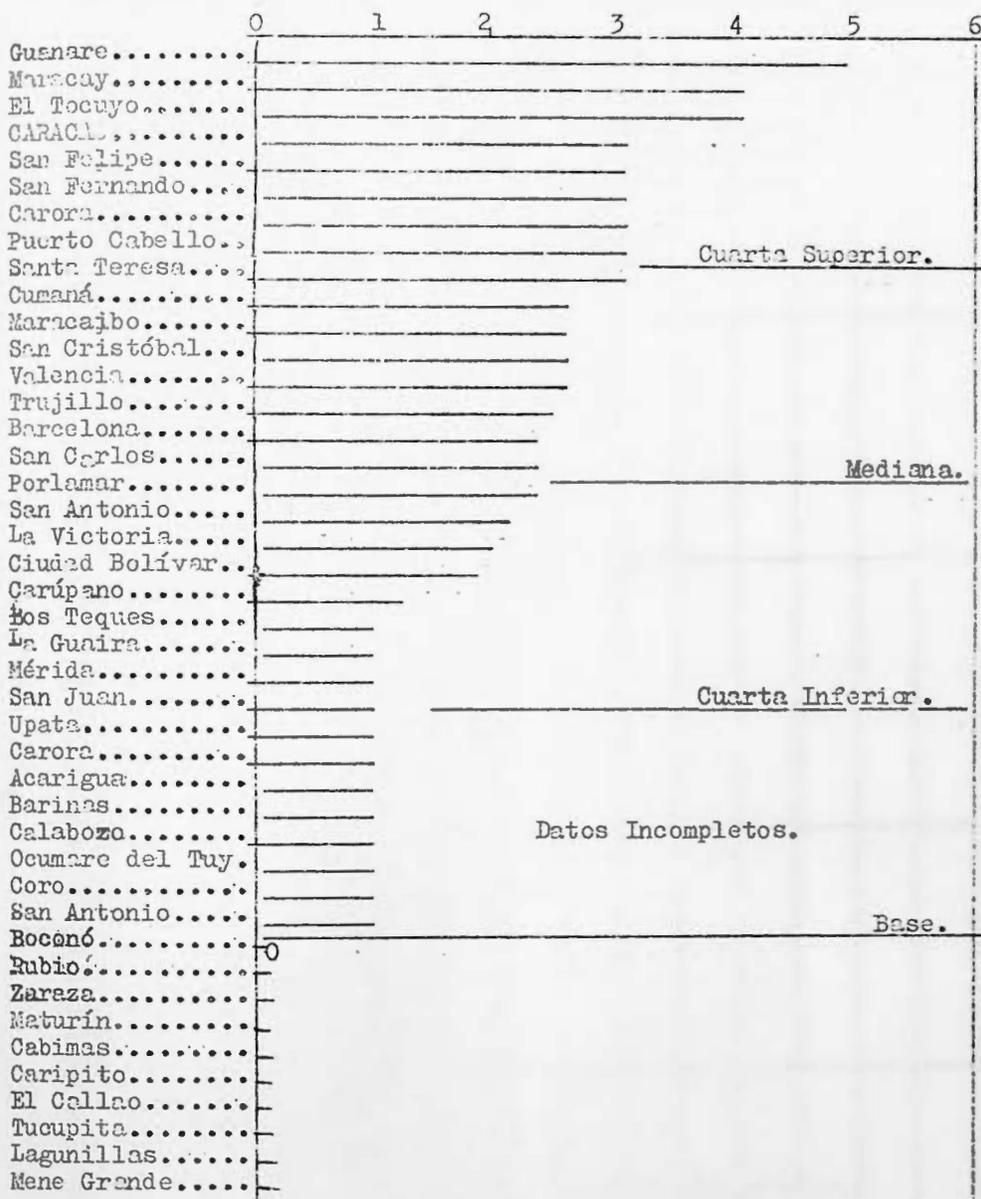
Gráfica N° 17.-

Promedio de visitas domiciliarias a preescolares por casos bajo control.



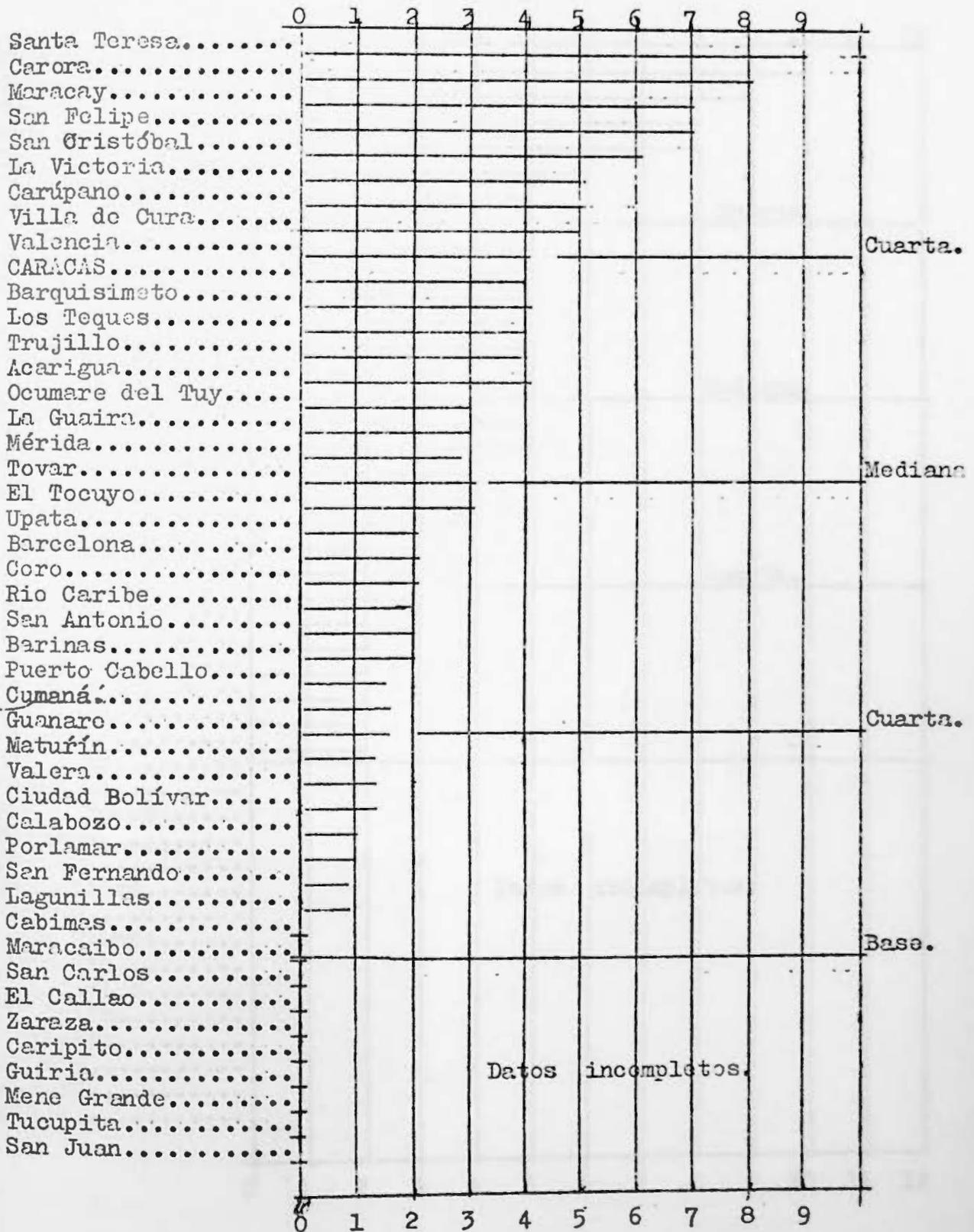
Gráfica N° 18.-

Promedio de Exámenes Médicos a preescolares por caso bajo control.



Gráfica N° 19.

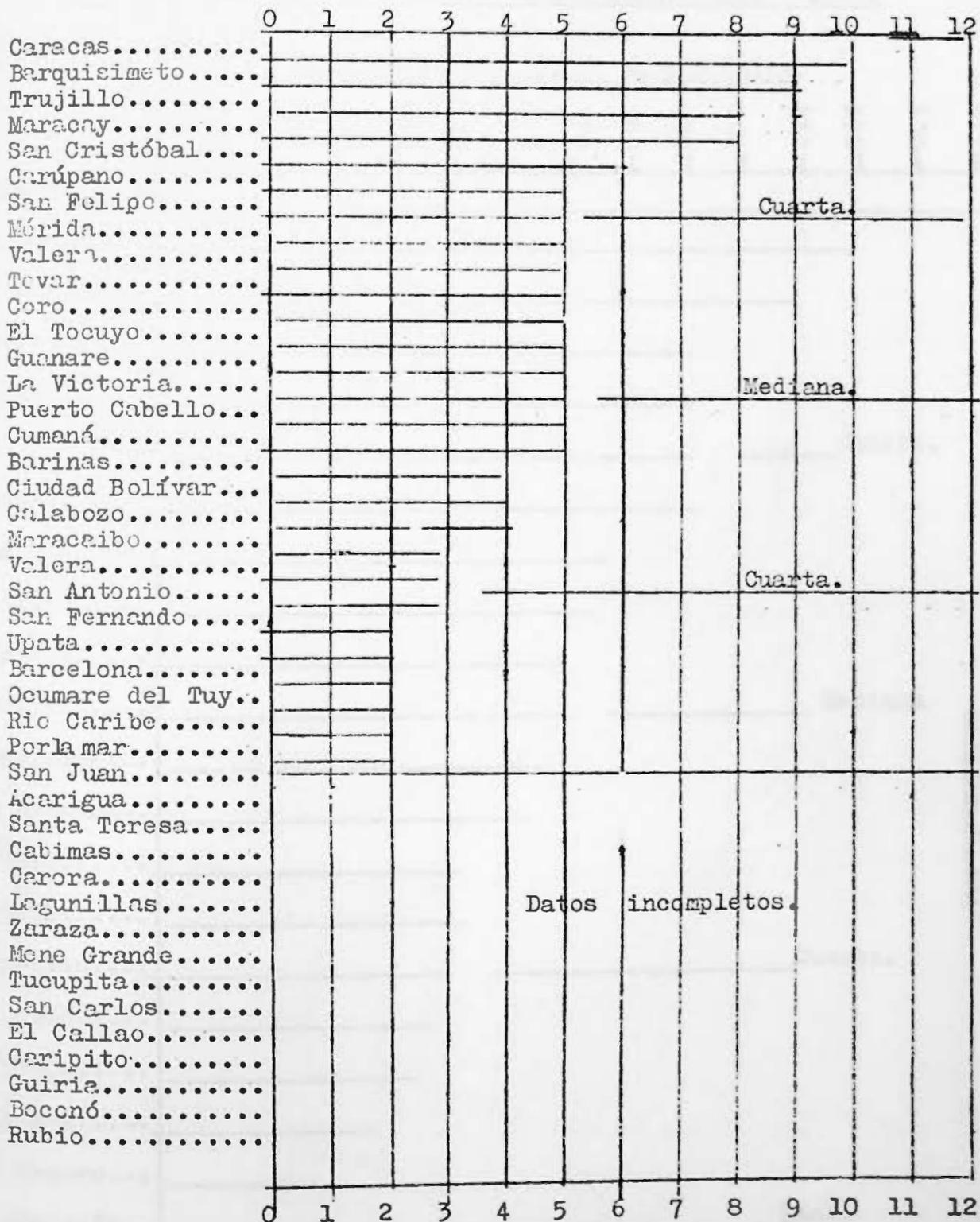
Promedio de visitas domiciliarias por caso bajo control.



Gráfica N° 20.-

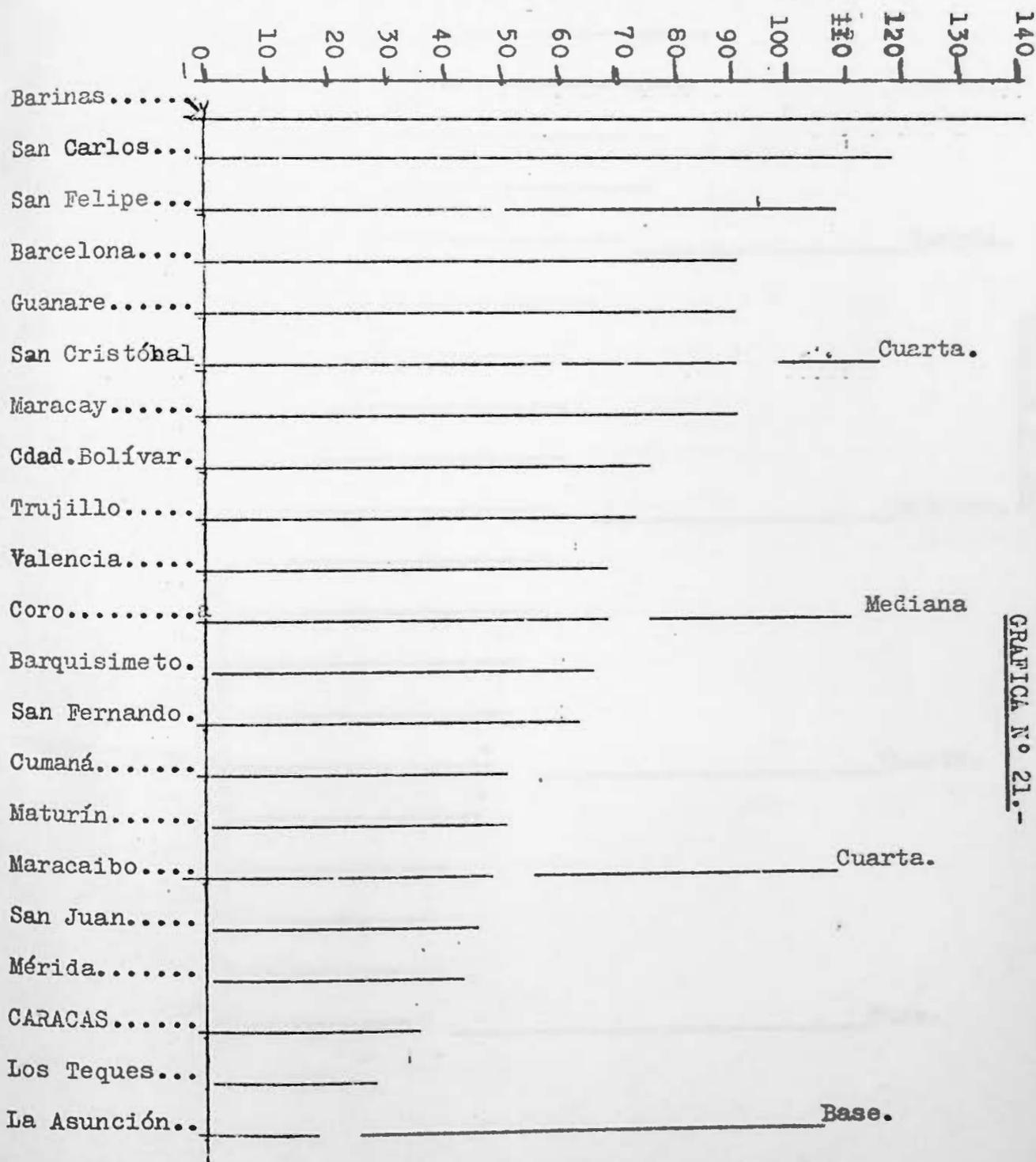
Promedio de Visitas domiciliarias por familia.

bajo control.



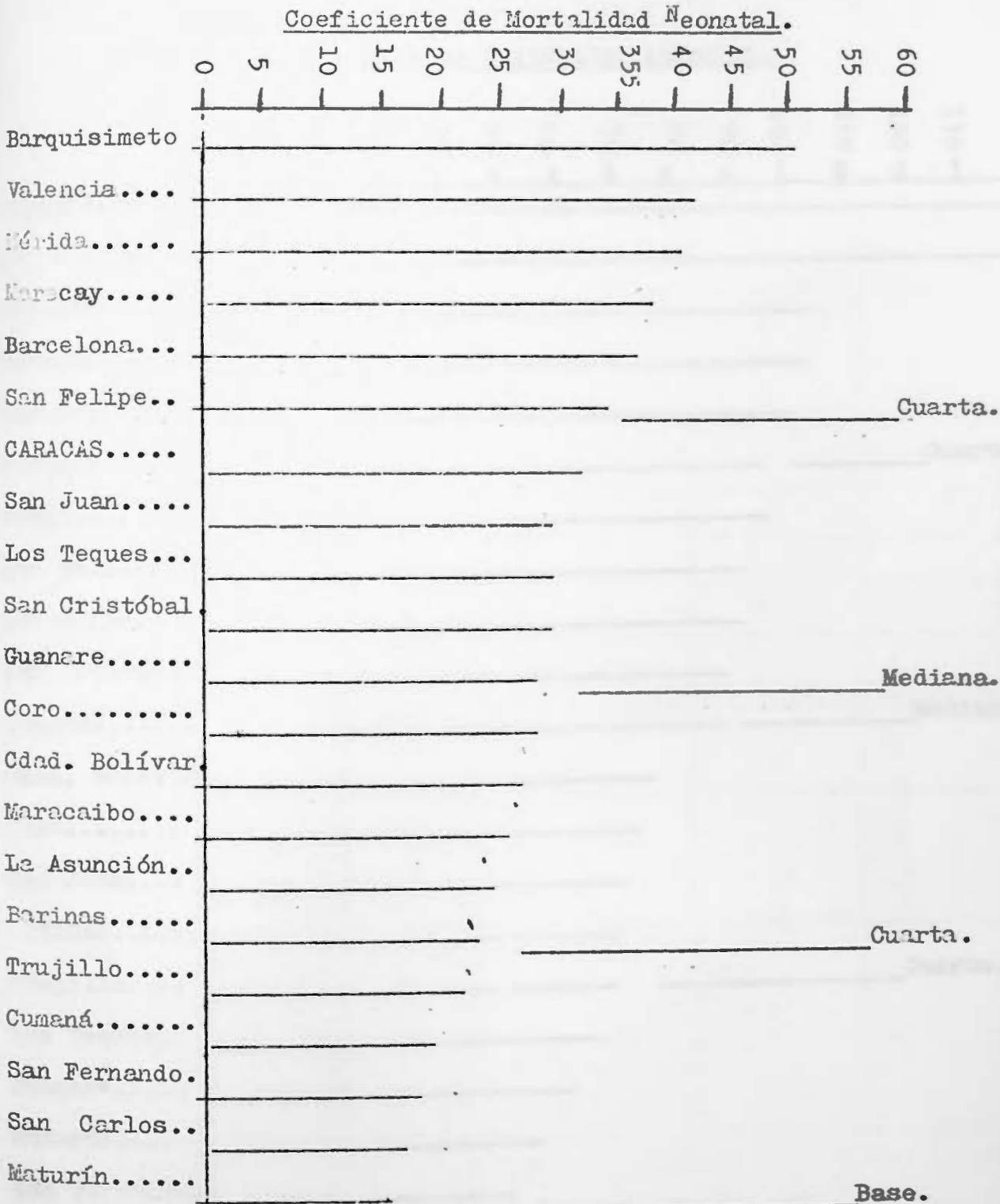
Coeficiente de Mortalidad Materna para Caracas y las ciudades capitales de Estados durante el quinquenio 1942 - 1946.-

Coeficiente por 10.000 parturientas.



GRAFICA N° 21.-

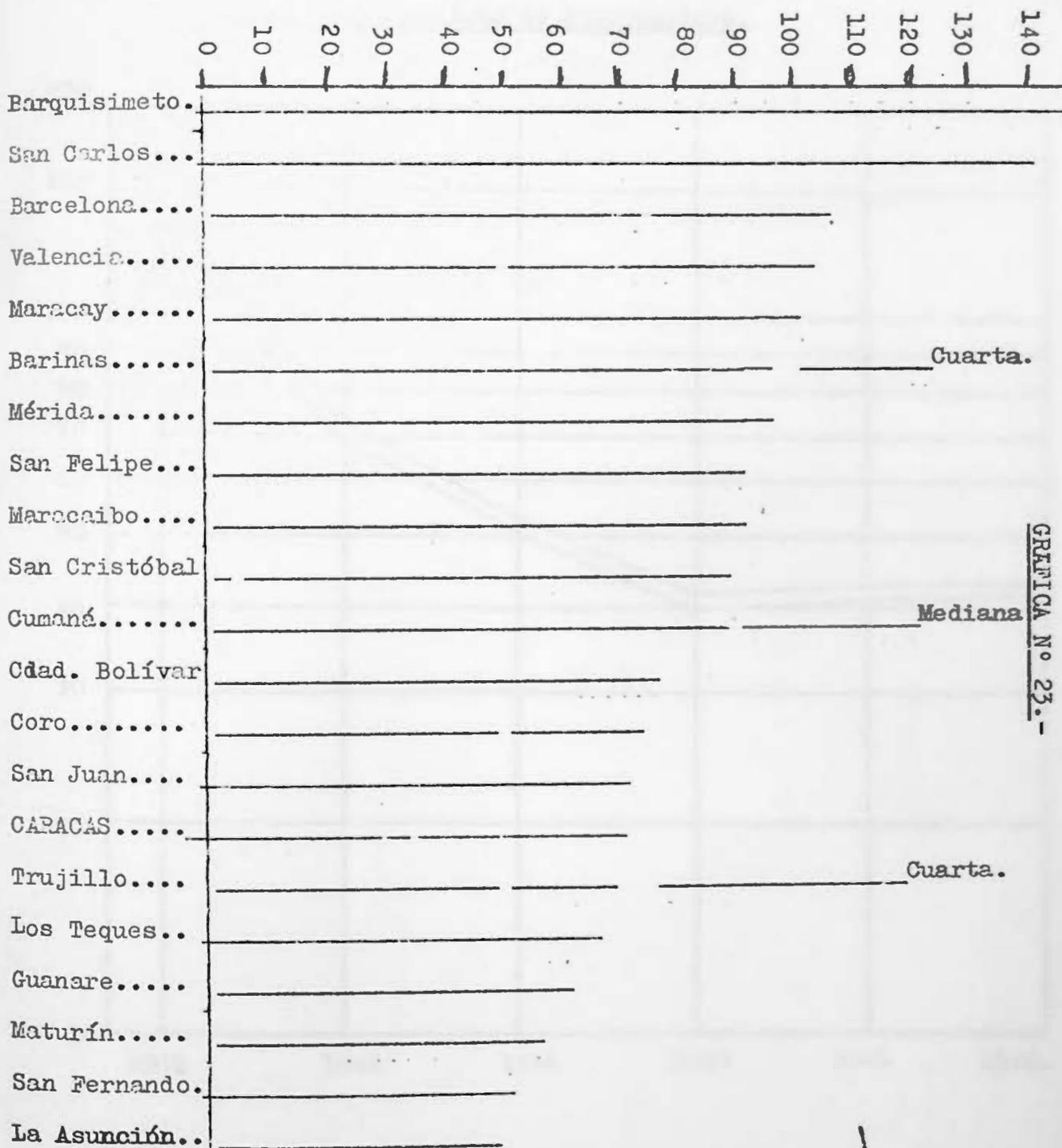
MORTALIDAD NEONATAL OCURRIDA EN CARACAS Y LAS CIUDADES CAPITALES DE
ESTADO DURANTE EL QUINQUENIO 1.942 - 1.946.-



GRAFICA N° 22.-

MORTALIDAD INFANTIL OCURRIDA EN CARACAS Y LAS CIUDADES CAPITALES DE
ESTADO DURANTE EL QUINQUENIO 1942 - 1946.-

Coefficiente de Mortalidad Infantil.



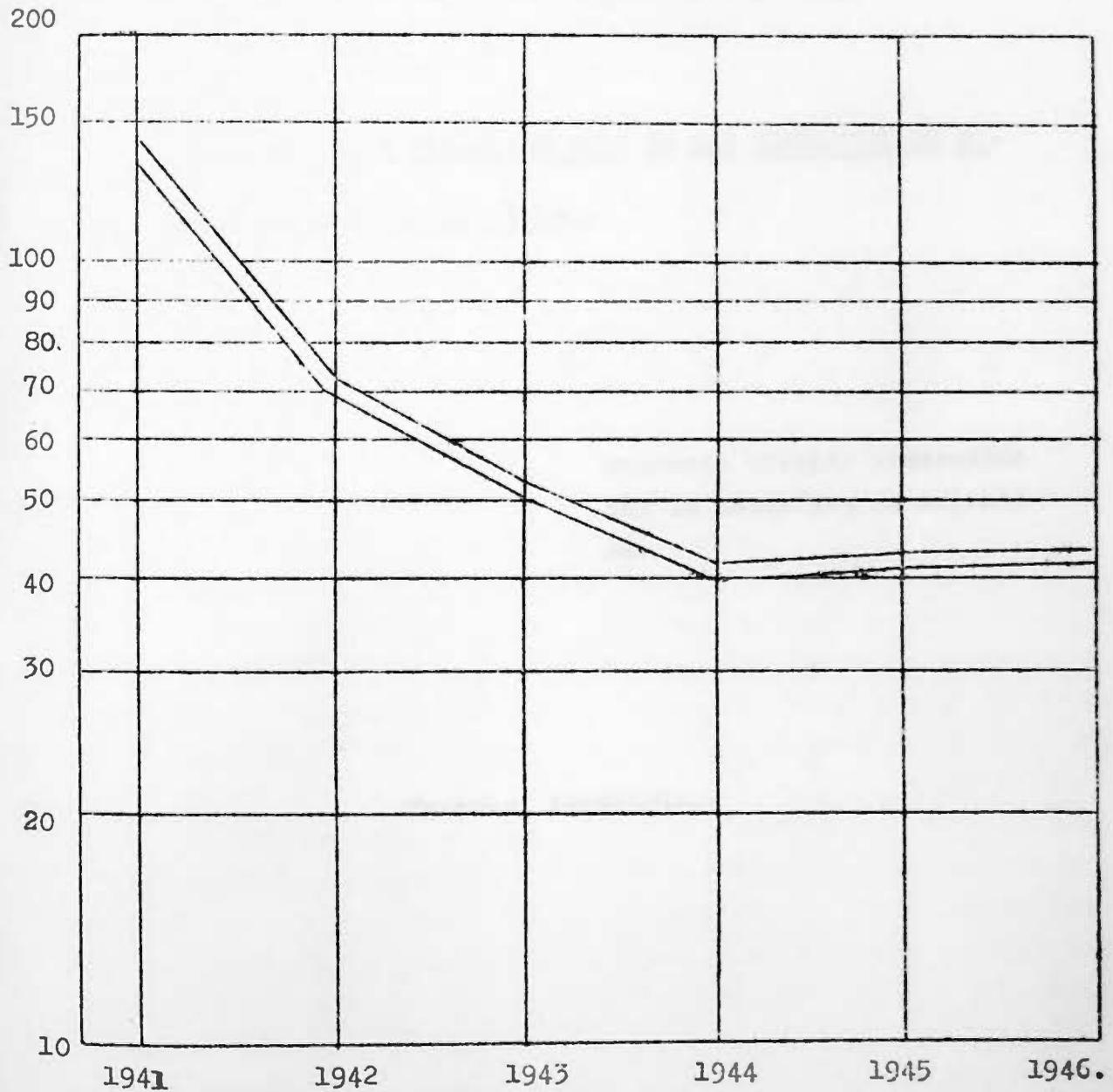
GRAFICA No 23.-

Gráfica N° 24.-

Descenso de la Mortalidad Infantil

en la

Zona del Instituto de Puericultura.



IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO.

ORGANIZACION Y FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE HI-
GIENE MATERNO - INFANTILES.-

Ponencia Oficial presentada
por la República de Argenti-
na.

Caracas, Venezuela.-

La asistencia y protección a la madre y al niño debe ser en carada en forma integral, es decir, bajo el doble punto de vista médico y social y extendida hasta la intimidad del grupo familiar.

Solo es posible cumplir una eficaz asistencia médico-social cuando se ha formado una conciencia sanitaria. Por ello, es indispensable realizar precoz e intensamente una obra educativa y social, que creando un colectivo estado de ánimo especial, permita aplicar los postulados de la higiene y medicina preventiva.

Para que esta obra resulte verdaderamente eficaz, debe hacerse extensiva al mayor número posible de familias. A tal efecto es indispensable crear instituciones especializadas, distribuídas profusamente, y con una organización adecuada al número de habitantes que deban servir y a sus idiosincracias, costumbres y condiciones económicas.

Grandes o pequeñas, las instituciones deberán abarcar el problema en su totalidad; intensificando su acción médica sobre los dos polos fundamentales, la madre y el niño; y su acción social sobre el conglomerado familiar.

Pensamos que el tipo de institución fundamental para el cumplimiento, de esta importante obra debe ser un Centro de Protección Maternal e Infantil, colocado estratégicamente.

Por eso estos centros deben estar ubicados en todos los barrios de las grandes ciudades, en todos los pueblos, cualquiera sea su número de habitantes y hasta en las pequeñas zonas rurales de poblaciones más o menos dispersas. A ellas deben llegar las madres y los niños sin trabas ni prevenciones y encontrar un ambiente amable y grato, de modo que se sientan como en una prolongación de su propio hogar. No debe olvidarse que la concurrencia es voluntaria, facultativa de cada madre, por lo cual debe procurarse que ella sea espontánea, y hasta crear, si fuera posible, la necesidad de esta concurrencia. Es indispensable la colaboración de los padres, para que el Estado pueda realizar su obra ideal destinada al mejoramiento de las generaciones futuras.

En síntesis, los Servicios de Higiene Maternal e Infantil, serán organismos destinados a la investigación científica de los problemas que plantea la vida y la salud del niño a la vez que centros de educación popular sanitaria y de acción curativa e higiénico social, destinados a preservar la salud de la mujer en su condición de madre o futura madre y del niño desde su nacimiento, mediante la práctica de los postulados de la Medicina Social.

... y se encarga a estas instituciones:

a) Prestar atención médica y social a madres y niños, a fin de asegurar a la primera las mejores condiciones para la evolución del embarazo, el parto y el puerperio; y al segundo la vigilancia del normal desarrollo desde el nacimiento y la modelación de su personalidad.

b) Entender en todo cuanto se relacione con la lactancia materna, ejerciendo la inspección de nodrizas y lactarios. Estudiar las características de la alimentación popular y en particular todo cuanto se refiera a la alimentación no específica.

c) Llevar un censo permanente de los niños, desde su nacimiento hasta la segunda infancia, organizado sobre la base de la información que suministre el Registro Civil, de los niños nacidos en el radio de acción de la institución.

d) Reunir en un legajo familiar las encuestas social de la familia y la historia clínica de cada uno de sus componentes a los efectos de coordinar la acción médico social que requiera la misma.

e) Realizar por todos los medios a su alcance, mediante los servicios sociales, una constante labor de educación sanitaria y crear una conciencia social respecto del valor que para la sociedad representa la mujer en su condición de madre o futura madre y la necesidad de asegurar su protección médica, social y legal.

De acuerdo a las orientaciones modernas, la protección debe comprender a la familia, célula elemental de la sociedad, con lo que se aseguraría de hecho la protección materno-infantil. No siendo esto posible en todos los casos, habrá que encerrar la protección a la madre y al niño en dos circunstancias.

1º). En localidades donde existan establecimientos de protección familiar, la protección materno-infantil que es un aspecto de esa protección integral, formará parte de ellos organizada en estrecha interdependencia con los restantes servicios a los que completar en esta parte específica, para mayor efectividad de la obra total.

2º). Donde no existan otros establecimientos preventivo asistenciales de protección familiar, los servicios de higiene materno-infantil se organizarán de tal manera que se asegura la protección al binomio, por que la protección a la madre y al niño es irrenunciable y será siempre el primer paso en todo programa de protección integral.

Estas dos situaciones nos llevan a la imposibilidad de establecer rígidamente un único tipo de institución para realizar la protección materno-infantil. Ella variará de acuerdo a lo que acco-

A estos servicios mínimos indispensables, pueden agregarse los siguientes que los completarán y asegurarán una más eficiente protección materno-infantil. Son ellos:

- a) salas cunas;
- b) recreación infantil;
- c) consultorios de higiene mental;
- d) jardines de infantes;
- e) hogar maternal;
- f) comedor materno-infantil;
- g) etc., etc.,

De todos estos organismos, fundamentales en toda lucha a organizarse, se prestará preferente atención a los siguientes, que de muchos modos pueden considerarse de primordial importancia en el vasto plan de acción a desarrollar:

ESCUELA DE MADRES: La escuela de Madres abarcará con su labor la educación y guía de todas las madres, llegando a ellas con sentido humano, sencillo y práctico, procurando inculcarles valores espirituales y morales que ayuden a consolidar y acrecentar el sentimiento de la familia; contribuyendo a formar en la mujer su conciencia hacia el deber, desarrollando el sentido de la dignidad humana y fortaleciendo así el amor al hogar y a los hijos.-

Tendrá un elevado valor educacional, con miras a difundir el concepto de la maternidad y nociones básicas de puericultura, bregando por la alimentación natural.

La Escuela llevará una acción preventiva profiláctica contra las enfermedades, dando a conocer medidas elementales de higiene.

Será también función importante la formación de la mujer, que por ignorancia o falta de conocimientos prácticos, no llegue por sus propios medios a dar al hogar la sensación de bienestar y tranquilidad. Le inculcará además, dada la fundamental influencia que tiene el medio ambiente en el desarrollo de las nuevas generaciones, la necesidad de que dentro de su medio mantenga en su vivienda el orden y aseo indispensable.

Será arma eficaz la lucha para combatir el curanderismo tético, recalcará la importancia de la vigilancia médica durante el embarazo la debida asistencia en el momento del parto.-

Toda su acción se realizará con una concepción humana y realista de la vida, y por lo mismo, con un elevado sentimiento de bondad y comprensión que constituya un elemento de valor para poder guiar a la mujer en su elevada misión de esposa y madre.-

En síntesis la escuela es un centro de educación.

RECREACION INFANTIL: Tiene por finalidad capital apartar al niño de medios hostiles para su desarrollo normal.-

Brindará juegos al aire libre y de salón adecuados a la edad y a los deseos.-

Bajo el control de los trabajadores sociales realizarán los niños concurrentes sus tareas escolares y en forma amena y alternada con recreaciones que constituyan al mismo tiempo que un entretenimiento una enseñanza.

FINANCIAMIENTO

El financiamiento de estos Centros es de capital importancia para asegurar su normal funcionamiento. Lo ideal sería la creación de un fondo especial con destino a este fin que se podría obtener instituyendo un seguro ad-hoc. Ello, tal vez no sea realizable en todos los países y en forma inmediata por eso entendemos que el problema podría ser resuelto mientras tanto, con la colaboración financiera de todos los interesados, a saber:

1º) Teniendo en cuenta que los servicios procuran resolver los problemas locales, las autoridades respectivas (con la ayuda de cooperadoras, etc.) tomarán a su cargo en todo o en parte el sostenimiento de los servicios. Si la potencialidad económico-financiera no fuera suficiente se requerirá el concurso de:

2º) Las autoridades estatales o provinciales contribuirán con el porcentaje adecuado a sus posibilidades. Si aún así el costo de sostenimiento de los servicios no pudiera ser cubierto totalmente intervendrá:

3º) El poder central quién solventará el déficit existente:

En los países de organización política unitaria este programa no ofrecerá dificultades. En los de organización federal tiene las ventajas de respetar las autonomías provinciales y comunales. Es en este último caso que deberá tenerse presente que la ayuda federal se formalizará bajo convenios con la exigencia que ella solamente será posible cuando los beneficiarios cumplan con un programa mínimo de acción bajo una organización adecuada.

SUMARIO

En esta ponencia se establece:

1° que la protección materno infantil es un aspecto de la protección integral de la familia a la que siempre deberá atenderse.

2° que en todos los casos se asegurará la protección materno infantil.-

3° que para cumplir estos fines se establecerá una serie de servicios básicos que se enuncian.

4° que en condiciones favorables ellos podrán completarse con otros servicios que también se enumeran.

5° que las distintas circunstancias que pueden presentarse (número de población, condiciones económico sociales de las mismas, existencias o no de otros establecimientos, etc.,) impiden la definición y organización de un servicio de higiene materno infantil "TIPO".

6° que el sistema ideal de financiamiento es la constitución de un fondo especial destinado al sostenimiento de estos servicios (Seguro).

7° que mientras no se establezca el seguro deberán concurrir y sostener los servicios propuestos y en el orden que se indica los siguientes poderes:

Locales, Provinciales o Estatales, y Centrales o federales.

Se procurará además interesar a este fin tanto como sea posible a las organizaciones privadas.-

IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

ORGANIZACION Y FIANANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE

HIGIENE MATERNO-INFANTIL

LA EXPERIENCIA DE UN DISTRITO DEL

ESTADO DE MARYLAND

Presentado por el Dr. William J. French

Caracas- Venezuela

LX Congreso Panamericano del Niño
Caracas, Venezuela
5-10 de enero de 1948.

Trabajo presentado por el
Dr. William J. French
Delegación de los EE.UU

Organización y Financiamiento de los
Servicios de Higiene Materno-infantil.

La experiencia de un distrito
del Estado de Maryland

Las ideas sobre la salud pública van cambiando, y ha surgido una nueva filosofía sanitaria que se expande rápidamente a medida que se adelantan y se incorporan nuevos conceptos en la estructura de las prácticas de los departamentos de sanidad modernos. La época en que un funcionario de sanidad consideraba que había cumplido con su deber al vigilar los abastos de leche y agua y la eliminación de aguas negras, al establecer cuarentenas y dominar molestias generales, ha desaparecido prácticamente, para ser reemplazada por el concepto mucho más amplio y positivo de que la Sanidad Pública es una de las fuerzas sociales y educativas de importancia para la promoción de mejores niveles de vida en la colectividad. El saneamiento y la reducción de los peligros a la salud continuarán siempre, pero los programas de salubridad están actualmente enriquecidos y rebustecidos por servicios como los de asistencia materno-infantil, nutrición, medicina social, higiene mental, viviendas, y otros. Para el funcionario de sanidad progresista ya no basta simplemente que el público permanezca sano mediante una obediencia ciega a las instrucciones que le dé, y quiere, más bien, que posea un conocimiento inteligente de los procedimientos empleados y de la relación entre la buena salud y los patrones de vida adecuados.

Una de las primeras lecciones por aprender es que ninguna agencia que trabaje por el bienestar público se basta por sí misma, y esto es aplicable al departamento de sanidad, tanto como a las demás agencias. Que progresa puede lograr un programa de solu-

Las asociaciones de Salubridad celebran reuniones regulares, y los socios prestan servicios individualmente en los centros, ayudando en las clínicas y formando parte de los comités sobre transporte, materiales, etc. Como conocen bien la colectividad, pueden ayudar con eficacia en la solución de muchos de los problemas que se presentan. En esta forma toman una parte activa en el trabajo diario del centro, y por medio de sus reuniones regulares, a las cuales asisten la enfermera y algún otro miembro del departamento de sanidad, se mantiene orientados en cuanto al progreso de las actividades sanitarias, tanto en su zona particular como en todo el condado y el estado. Esta colaboración entre el departamento de sanidad y los vecinos por medio de sus asociaciones de salubridad, es uno de los factores que más poderosamente ha contribuido al éxito sobresaliente de las actividades sanitarias en este condado.

Otro factor ha sido el variado programa presentado y la coordinación de los servicios. Los servicios que se ofrecen son los siguientes:

Conferencias sobre Higiene Materno-Infantil.- Estas son conferencias con un fin cuádruple, a las cuales concurren madres en los períodos prenatales y postnatales, así como niñas y preescolares. Son para niñas sanas, incluyendo a las madres porque creemos en el método de encarar los problemas por unidad familiar, y porque en una colectividad rural, es el más económico desde el punto de vista de tiempo.

Clínicas de podiatría.

Clínicas de reumatismo.

Clínicas de otología.

Clínicas sobre defectos del habla.

Clínicas de higiene mental.

Clínicas dentales.

Clínicas ortopédicas.

Clínicas del tórax

Clínicas de enfermedades venéreas.

Los servicios de laboratorio son proporcionados por medio de una sucursal del Laboratorio del Estado.

El departamento de sanidad es responsable del programa sanitario escolar (una modificación del Plan Astoria), y de la administración del Programa de Asistencia Médica del Estado de Maryland en lo que respecta a este condado. Cuenta también con un servicio de obstetricia, que facilita al médico enfermeras para ayudar en los nacimientos a domicilio, así como enfermeras-parteras que vigilan, imparten instrucciones y atienden partos en ciertos casos. El departamento tiene también un arreglo con el Hospital Johns Hopkins para la hospitalización y asistencia de casos de maternidad que presenten anomalías, y otro con el mismo hospital, por medio de Harriet Lane Home, para la asistencia de prematuras. Todos estos servicios se mantienen unidos por medio de los centros de salubridad y las enfermeras visitadoras en el campo y la oficina central Annapolis. Cada enfermera es una enfermera general en sanidad pública, y es responsable de todo el programa en su distrito, sirviendo aproximadamente a 5,000 personas. Por su medio, los niños enfermos descubiertos en una conferencia de higiene materno-infantil, o en el curso de las exámenes en las escuelas, son referidos al médico de la familia, a una clínica especializada, o a un hospital, según indique el médico encargado de la conferencia. Las visitas domiciliarias las hace la misma enfermera que trabaja en la conferencia o clínica. Algunos centros de salubridad tienen clínicas especiales además de conferencias de higiene materno-infantil, y la enfermera del centro trabaja en todas estas actividades. Ella recibe informes sobre el tratamiento realizado en sus casos en clínicas u hospitales fuera de su distrito, y emplea este material en sus visitas o trabajo de conferencia, conservando toda la información, historias clínicas, etc., un legajo especial para cada unidad familiar. Este sistema abre un panorama extenso y halagador de posibilidades para la corrección de defectos, en que la oficina central de Annapolis ocupa un puesto importante, siendo el centro nervioso y distribuidor a través del cual las actividades locales

de salubridad son coordinados y controladas, lográndose así una mayor cantidad de trabajo correctivo.

Este plan de organización ha resultado sumamente ventajoso, tanto para el público como para los médicos, muchos de los cuales aprovechan con frecuencia las facilidades clínicas y de laboratorio disponibles, enviándoles directamente enfermos para diagnóstico y consulta. Numerosos médicos locales dictan conferencias de higiene materno-infantil y trabajan en otras clínicas. Todas las clínicas especiales están a cargo de especialistas de Baltimore.

El personal del departamento de sanidad comprende un funcionario de sanidad con su asistente, una visitadora médico-social, tres enfermeras jefes, dos enfermeras parteras, y un personal subalterno de veinte enfermeras sanitarias, un técnico de laboratorio con dos asistentes, un técnico de rayos X, un dentista, cuatro inspectores sanitarios, un secretario y nueve oficinistas. El presupuesto asciende aproximadamente a \$ 130,000 al año, procedentes de impuestos locales, estatales y federales, y de contribuciones locales.

Desee hacer hincapié sobre los siguientes puntos: Un personal numeroso y un presupuesto amplio son cosas deseables, pero significan muy poco de no estar reforzados por una filosofía de administración sanitaria que reconozca sus responsabilidades sociales, su mandato de enseñar, y cuyos servicios estén al alcance de todos, sin distinciones sociales, económicas o religiosas. Si se reconoce y sigue esta filosofía, se pueden hacer maravillas con un personal exiguo y con las facilidades más sencillas. El dinero, los edificios y el personal significan poco si los objetivos son vagos y estrechos.

El Condado de Anne Arundel se ha venido empleando por mucho tiempo como centro de preparación para nuevo personal del Estado, estudiantes de la Escuela de Higiene de la Universidad Johns Hopkins, y para enfermeras de la Universidad Católica, la Universidad de Vanderbilt y otras escuelas de enfermería sanitaria, recibiendo con frecuencia visitas de estudiantes extranjeros.

SINDROMES DE CARENCIA

PONENCIA A CARGO DE LAS REPUBLICAS DE HONDURAS, EL SALVADOR,
Y NICARAGUA

CORRELATO VENEZOLANO

COORDINADOR DEL TRABAJO: DR. ERNESTO VIZCARRONDO

REDACTORES: Dres. Pedro J. Alvarez, Guillermo Rangel, Miguel Raga, J. A. Rodríguez Delgado, Germán Lara, G. Barrera Moncada.

SINDROMES DE CARENCIA

Hemos dividido el estudio del presente trabajo en los siguientes puntos:

- 1.- Parte histórica. Dr. Pedro J. Alvarez
- 2.- Etiología y frecuencia. Dres. G. Rangel y Germán Lara
- 3.- Sintomatología, diagnóstico. Dres. Ernesto Vizcarrondo y G. Barrera Moncada.
- 4.- Tratamiento.- Dr. Miguel Raga
- 5.- Profilaxia.- Dr. Rodríguez Delgado
- 6.- Dietas recomendadas.- Dr. Rodríguez Delgado.

CARACAS - VENEZUELA

SINDROMES DE CARENCIA

INTRODUCCION

El perfecto equilibrio del balance nutritivo, indispensable para el logro de un buen funcionamiento orgánico, viene siendo la resultante de la introducción y adecuada utilización de los alimentos, siempre y cuando estas sustancias sean las portadoras de los principios nutritivos básicos: energéticos, plásticos, de reparación y de sostén. Las alteraciones en el metabolismo traducen siempre un déficit en la dieta, alteraciones que serán tanto más acentuadas cuanto más intensamente actúe el factor carencial sobre el mecanismo de la nutrición.

De la mayor importancia es lo que hace referencia al medio y a los factores económicos de las clases más necesitadas. La frecuente irregularidad en la cantidad y, muy especialmente, en la calidad de los alimentos que consumen los sectores de la pobreza, aunado al descuido (por ignorancia o negligencia) de las más elementales normas de higiene, influyen notablemente en la presentación de los cuadros de carencia y de desnutrición en general. El calificativo de hambre aparece muy justificado en la inmensa mayoría de los casos, puesto que pura y simplemente lo que influye en su presentación es la escasa cantidad y deficiente calidad de los alimentos ingeridos. Las carencias vitamínicas y las de los elementos inmediatos representan con mucho, las de mayor valor en la estimación de las carencias, pudiendo existir la falta simultánea de varias vitaminas y la de varios principios inmediatos (proteínas, grasas, hidratos de carbono, sales, agua, etc.) En nuestro medio, tanto las carencias aisladas, como las llamadas policarencias, son productos casi siempre de una extrema ignorancia y a la estrechez de las condiciones económicas en que se debaten nuestras más bajas capas sociales. En el niño, dada su característica muy especial de poseer un organismo en constante e intensa actividad (crecimiento y desarrollo) adquiere inusitado valor la apreciación de los cuadros de déficit nutritivo; en ellos, la determinación del tipo y calidad de alimento utilizado, así como el balance de las dietas en cada una de las diferentes edades, servirán para fijar la serie de factores que influyen en la determinación de las carencias y la manera más racional de evitarlas. El cuadro general de las distrofias (por déficit nutritivo durante el primer año de la vida) y de las hi-

potrofas (trastornos nutritivos crónicos despues del primer año) aparecen siempre ligados a una alimentación deficiente y a la sostenida omisión de algunos elementos indispensables a las necesidades nutritivas del niño.

Dr. Pedro J. Alvarez.

PARTE HISTORICA

Dr. Pedro J. Álvarez.

El Dr. Pastor Oropeza, en un artículo publicado en los Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría (Vol 3. N° 28, 1946), hace una revisión general de los estados distróficos de la segunda infancia. Los cuadros de desnutrición, resultado inmediato de especiales condiciones ambientales, de constitución, de infecciones repetidas y, muy especialmente, de la clase de inanición que ha intervenido en su génesis, podrían engasillarse de acuerdo con la descripción dada por el Dr. Oropeza en: una forma simple, la llamada distrofia farinácea y en los cuadros policarenciales. La forma simple, en que el peso del niño aparece limitado a menos del 10% del normal para su estatura, corresponde a la descripción de "niños pequeños, flacos, de músculos laxos y blandos. Su piel es seca y sudorosa, pies y manos fríos, palidez muy marcada, traducción de una anemia de tipo hipocrómico. Generalmente hay hipertrofia moderada de los ganglios linfáticos superficiales". Como característica muy especial cita la extrema vulnerabilidad de este tipo de niños a las infecciones. El pronóstico es favorable y el tratamiento gira alrededor de una dieta alimenticia prudente y bien balanceada, curas de reposo, estimulantes de las secreciones digestivas y de la nutrición (vitaminas), hierro, etc. Las distrofias farináceas, cuadros directamente responsables del empleo casi exclusivo de los Hidratos de Carbono en la dieta, se presentan en nuestro medio en el segundo o tercer año de la vida, y este hecho lo hace resaltar el Profesor Oropeza en su trabajo, en contraposición a la gran frecuencia con que aparecen estos procesos hipo-nutricionales en el primer año de la vida, en los países europeos y en algunos de Sur América (Argentina). Agrega el Dr. Oropeza que más que el exceso de hidratos de carbono, ejerce una poderosa influencia la carencia de proteínas en la dieta, aunado a la pobreza en sales (hierro) y vitaminas (Holt), en los alimentos. El esquema sintomatológico estaría constituido, para este tipo de niños por: edemas (locales o generales, constituyendo la forma hidrópica; otras veces se observa hipertonia, con exageración marcada de los reflejos, coexistiendo estos síntomas con requitismo y espasmofilia. Con respecto al tercer grupo, o sea, el de los síndromes policarenciales, hacemos referencia de este más adelante.

Interés muy especial ha despertado en nuestro medio el estu-

dio de las carencias. Si bien las carencias aisladas, tales como aquellas que pueden ser capaces de determinar un raquitismo, un escorbuto, una pelagra, etc., permiten dirigir la atención sobre cuadros nosológicos perfectamente dilucidados, interviniendo en su mecanismo intrínseco la omisión de una determinada vitamina, no sucede lo mismo cuando se trata de las denominadas policarencias, ya que lejos de ser posible su apreciación como la resultante de una múltiple carencia vitamínica, su complejidad es tal que, en los momentos presentes, no ha podido aún decirse la última palabra en la serie de factores que intervienen en su aparición.

ESCORBUTO

Con respecto a las carencias aisladas, el Dr. Guillermo Rangel, haciendo referencia a un caso de escorbuto, y cuya historia clínica aparece debidamente estudiada por él en los Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría (Nº 3, Diciembre de 1939), llama la atención sobre lo poco frecuente del Escorbuto entre nosotros, y ello a pesar de estar sometida nuestra infancia, muy frecuentemente a la acción de regímenes francamente escorbutígenos. Para entonces la completa revisión de las fichas clínicas del Hospital de Niños de Caracas, cuyo número alcanzaba a 4754, sólo le permitió encontrar un solo caso estudiado e historiado por los Drs. Gustavo H. Machado y Lya Imber. Al finalizar su trabajo asegura el Dr. Rangel que es casi un lujo hablar del Escorbuto entre nosotros.

Posteriormente, los Dres. Gustavo H. Machado, Ernesto Vizcarrondo y Guillermo Rangel, en un trabajo presentado a las Primeras Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría y publicado en las Memorias de esas mismas Jornadas (1945), aluden igualmente a la notable rareza del Escorbuto en Venezuela, pues sobre un total de 11.426 historias estudiadas en el Hospital de Niños de Caracas, desde Febrero de 1937, hasta Noviembre de 1943, se hallaron solamente seis casos evidentes con rica sintomatología, tanto clínica como radiológica. Agregan no haber encontrado referencias antes de 1931. De los seis casos descritos, el primero es el del Dr. Rangel citado anteriormente; el segundo fué descrito por el Dr. Ernesto Vizcarrondo en una charla clínica en 1942, correspondiendo a un caso de Escorbuto florido, y que fué motivo para describir, por primera vez en Venezuela, los signos radiológicos de Fraenkel, Wimberger y la decalcificación de las diáfisis. En esa misma oportunidad se hizo también el dosaje del ácido ascórbico en el plasma, antes y después de la dosis de prueba.

En los casos de existir cuadros de Escorbuto, asociados a síndromes policarenciales, sólo existen en nuestra literatura un caso citado por el Dr. Miguel Franco en su tesis doctoral, entre 25 policarentes estudiados en su trabajo, y otro caso de manchas petequiales o equinóticas subcutáneas, entre 114 casos de Síndromes, Policarenciales estudiados en la ciudad de Barquisimeto por los Dres. Agustín Zubillaga y G. Barrera Meneada. Los Dres. Machado, Vizcarondo y Rangel hacen la observación de que cuando el Escorbuto se asocia a los Síndromes Policarenciales, aparece por lo regular, tardíamente, mucho tiempo después de haberse iniciado el Síndrome. Los casos relatados por los autores corresponden a cuadros de Escorbuto nosológicamente bien definidos con hemorragias gingivales, petequias y equimosis sub-cutáneas, hematomas sub-periósticos y en un caso, nefritis hemorrágica; dolores en los miembros inferiores, tumefacción dolorosa de las rodillas, rosario costal doloroso, impotencia funcional con fractura del fémur izquierdo en un caso; signos radiológicos de decalcificación; signos radiológicos de Frankel y Wimberger; signos radiológicos de hematomas sub-periósticos en muslos y piernas; anemia moderada en un caso; anemia marcada en otro; fiebre moderada en la mayoría de los casos; la ascorbemia verificada en varios de los niños, dió siempre un índice bajo. El tratamiento fué a base de ácido ascórbico, con cuatro curaciones, una mejoría y una muerte.

Un estudio detenido y bien documentado acerca de la Vitamina C en los niños de Caracas, fué verificado por el Dr. G. Tovar Escobar, en el trabajo del mismo nombre presentado a las Primeras Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría, y publicado en las Memorias de esa Jornadas (1945), dió por resultado la determinación de algunos conceptos de importancia. En primer lugar, refiriéndose a la rareza del Escorbuto entre nosotros, ello no se debe a que la alimentación sea adecuada en Vitamina C, ya que en un gran número de casos encontró, inclusive, cifras que indican Escorbuto clínico, según Kadji. Agrega que aún permanece ignorada la causa que impide la aparición de síntomas clínicos de Escorbuto en niños con reservas muy deficientes de Vitamina C. La utilización de la prueba de Kadji en nuestro medio, dió por resultado la necesidad de modificar el criterio sustentado por el autor, en el sentido de considerar que los índices de Vitamina C inferiores a 0,8 indican depleción grave de las reservas y nó Escorbuto clínico. Como medida de evitar la aparición de deficiencia vitamínica C en nuestros niños, indica la necesidad de administrar jugo de

naranjas o de tomates desde 1 ó 2 meses de edad.

RAQUITISMO

Es muy poco lo que sobre Raquitismo se ha escrito en Venezuela. Nuestra bibliografía sólo hace mención de cuatro trabajos; el primero correspondió al Dr. J. M. de los Ríos, verdadero iniciador de los estudios pediátricos en Venezuela, quien bajo el título de "Lecciones orales sobre enfermedades de la infancia", hace cierto número de consideraciones sobre la enfermedad raquítica. Este trabajo apareció publicado en la Revista de Pediatría "Clínica de Niños Pobres", dirigida por el citado Dr. de los Ríos, y considerada como la primera Revista de este género aparecida en América. El autor llama la atención sobre la rareza del Raquitismo entre nosotros y es de opinión que esta enfermedad debe ser colocada entre aquellas afecciones que atacan profundamente la nutrición general y recomienda para su tratamiento los preceptos higiénicos, la lactancia natural y el aceite de hígado de bacalao. Este trabajo fué publicado en 1900. Posteriormente, en 1907, el Dr. Emilio Ochoa publica en la Gaceta médica de Caracas el trabajo "Algunas consideraciones sobre el Raquitismo" y el cual fué escrito como comentario a un trabajo del Profesor Gregorio Aráoz Alfaro, publicado en 1906, en Argentina, en los Archivos de Medicina de la Infancia. El Dr. Ochoa en su trabajo, si bien es de opinión que el Raquitismo en las regiones tropicales es de poca frecuencia, hace sin embargo la observación de que en las ciudades y pueblos pequeños, con población poco densa, el niño recibe siempre el alimento materno y no existe esa lucha intensa por la existencia, ni existe tampoco esa miseria urbana con todas sus calamidades. Asegura el Dr. Ochoa haber encontrado para su época muchos niños con estigmas de raquitismo, sin haber encontrado jamás esos cuadros típicos que encuadran en las descripciones clásicas. Con respecto a la frecuencia del Raquitismo en Caracas para ese año (1907), fué observada esta enfermedad bajo la forma muy atenuada y por las mismas circunstancias anotadas anteriormente: la poca densidad de población. Agrega que a medida que Caracas aumente en población y cuando comiencen a hacerse sentir las necesidades propias de las grandes ciudades, veremos como el Raquitismo se hará cada vez más frecuente y con manifestaciones clínicas más aparentes y numerosas en cada nuevo caso. Estas apreciaciones del Dr. Ochoa, verdaderas predicciones clínicas, se han venido cumpliendo fielmente en el curso de los años, y de acuerdo con la opinión del Dr. R. Aguir Nieto

on su trabajo "El Raquitismo en Venezuela", publicado en 1940 considera que es necesario acabar de una vez, con la falsa opinión de gran parte de nuestros médicos de que "el raquitismo no existe en nuestro medio". El Dr. Aguiar asegura con especial énfasis que el raquitismo sí existe en Venezuela y por consiguiente se justifica el empleo de las preparaciones a base de Vitamina D como profiláctico del raquitismo en los Consultorios de niños.

Posteriormente al trabajo del Dr. Ochoa, aparece el del Dr. J. de D. Villegas Ruiz, titulado "Etiología y Patogenia del Raquitismo", el cual aunque es de gran mérito por los conceptos allí expuestos, tiene escaso valor nacional, ya que en él no hace mención del Raquitismo en nuestro medio.

En 1938 el Dr. Lorenzo Castillo publica su tesis doctoral "El Raquitismo en Venezuela" en la cual hace numerosos comentarios de interés acerca de las modalidades del raquitismo en nuestro país, sirviéndose para ello de la descripción de ocho casos observados en el Hospital Municipal de Niños de Caracas. En estos niños, la mayoría presentó modificaciones en la tonicidad muscular, especialmente en el abdomen, con rectos ligeramente separados, vientre globuloso, distendido, trasunto de facidez muscular. En el cráneo observó retardo en la osificación de la fontanela anterior. Los ganglios parecieron infartados en todos los casos. Las amígdalas muy frecuentemente hipertrofiadas. En un caso el raquitismo apareció asociado a manifestaciones de policarencia, con edemas en la cara y en los miembros inferiores y lesiones de la piel de aspecto pelagroide.

En 1940, el Dr. R. Aguiar Nieto publica como tesis doctoral un valioso trabajo titulado también "El Raquitismo en Venezuela" y considerado como el más completo en la materia. En él hace una revisión general de la parte bibliográfica, conceptos etiológicos, patogénicos, anatomía patológica, sintomatología, estudios radiológicos, formas clínicas de la enfermedad, diagnóstico, estudios radiológicos, formas clínicas, diagnóstico, tratamiento y profilaxia. El texto del trabajo lleva consigo figuras, cuadros estadísticos, curvas de incidencia, radiografías del esqueleto, diagramas porcentuales, esquemas para las encuestas. Las encuestas hacen referencia a las ciudades de Caracas, Maracay, Valencia, Barquisimeto, Maracaibo, San Cristóbal, Curaná, y Mé-

rida.

Como métodos profilácticos se acoge a los propuestos por el Prof. Gregorio Aráoz Alfaro en su artículo "Lucha social contra el Raquitismo y las distrofias infantiles" o sea, aquellos que se refieren al niño considerado en la colectividad y los que hay que aplicar separadamente.

La amplia y detallada exposición del Dr. Aguiar Nieto ha tenido la especial importancia de llamar la atención acerca de esa enfermedad que hasta entonces se consideraba como muy rara en Venezuela y que todo lo contrario, es bastante frecuente en nuestro país. Los aspectos clínicos, radiológicos y de modificaciones humorales (calcemia, fosfatemia, anemia, etc.) son allí revisados con gran cuidado, permitiendo etiquetar cada caso de raquitismo observado, evitando dudas en el diagnóstico preciso de la enfermedad.

PELAGRA

Con relación a la Pelagra podemos mencionar específicamente el trabajo de Rafael Medina Jiménez aparecido en 1902 en el Boletín de los Hospitales y titulado "De la pelagra en los enagenados". En 1924, el Dr. Félix Lairret dió a publicidad su tesis doctoral "Sobre un caso de Pelagra". Ambos trabajos fueron verificados en personas mayores de 12 años y se salen por lo tanto del radio de acción de la Pediatría. Otros trabajos fueron publicados posteriormente, pero en ellos se hace mención más precisa de cuadros de pellicarencia y de cuyo estudio clínico pudo comprobarse la existencia de un factor de carencia P.P, con signos relacionados con la piel y el pelo. Como trabajo fundamental relacionado con la Pelagra en nuestro medio, debemos citar el del Dr. Angel Emilio Govea "Contribución al estudio de la Pelagra en Venezuela". Fué publicado en 1942. En dicho trabajo el Dr. Govea hace en primer término una exposición suscita de la bibliografía nacional y extranjera. Se extiende luego en importantes consideraciones acerca de la etiología y de la patogenia, con relación al sexo, edad, ocupación, estaciones que más predisponen a contraer la enfermedad, y otros factores como las infecciones y las intoxicaciones, los parásitos por su acción expoliatriz (en especial el necátor). La tuberculosis, el paludismo, la sífilis y el alcoholismo, todos actúan preparando el terreno, debilitando aún más al niño desnutrido, y haciéndolo

presa fácil de las carencias vitamínicas y sus consecuencias.

En los diez casos descritos en su trabajo hace especial referencia de las modificaciones observadas en la piel, consistentes en placas de hiperpigmentación en forma del clásico criterio pelagroso. Estas zonas aparecen predominantemente en las partes expuestas a la luz. La piel es rugosa al tacto y brillante: con ranuras descamación en pequeñas escamas: en otros casos la exfoliación es a grandes colgajos de epitelio. Llaman la atención acerca de la simetría con que se presentan las placas de criterio. El pelo es de escasa vitalidad en la mayoría de los casos, ralo y sin brillo. Los exámenes hematológicos mostraron una anemia en casi todos los casos.

El Dr. Govca se muestra de acuerdo en la utilización del ácido nicotínico como sustancia básica en el tratamiento de la pelagra; pero considera que el trastorno va siempre ligado a una carencia alimenticia integral, en especial de las proteínas, de las sales, de las grasas y de todas las otras formas vitamínicas.

Habla con especial esmero en la influencia de factores sociales: económicos, higiénicos, de escasez de productos de primera necesidad y su alto costo. Para luchar contra la pelagra es necesario mejorar el standard de vida del obrero y masas trabajadoras aumentando el salario, y haciendo llegar la cultura en conceptos de higiene y profilaxia.

LOS SÍNDROMES POLICARENCIALES

Los Síndromes policarenciales han merecido, por su innegable importancia en nuestro país, una atención muy especial por parte de los pediatras, fisiólogos, dietistas, y en general de los médicos encargados de los problemas de la nutrición en Venezuela.

Como trabajos de verdadera importancia debemos citar, en primer lugar, el publicado por el Dr. Pastor Oropeza y el Dr. Carlos Castillo en el Boletín de los Hospitales, Nos. 6, 7 y 8 del año de 1938. En este estudio los autores relatan dos observaciones de niños con trastornos digestivos, edemas y lesiones de la piel. La edad era 4 años en los dos casos. Ponon de relieve la alimentación a todas luces deficiente a que estaban sometidos los niños y la cual consistía exclusivamente en feculentos. Como resultado de esta dieta unilateral se asistió al desencadenamiento-

to de cuadros que asemejan mucho a los descritos como distrofias farináceas. La observación predominante fué la de que los niños objeto de las observaciones estaban sometidos a un régimen carente en algunos principios básicos, tales como vitaminas grasas y en especial proteínas.

Posteriormente, en 1939, apareció la tesis doctoral del Dr. Miguel Franco "Los Síndromes Policarentales". En este trabajo el Dr. Franco hace una extensa y bastante completa exposición de la parte histórica, las causas, los síntomas clínicos, datos de laboratorio, interpretación de los resultados obtenidos en la dosificación de las proteínas, el tratamiento, la dietética, tratamientos coadyuvantes y las conclusiones. Hace resaltar el Dr. Franco la importancia del papel jugado por el escaso suministro de alimentos, y éstos con gran frecuencia de muy mala calidad. Las proteínas sanguíneas, siempre bajas, daban siempre al examen una modificación en la fórmula serina-globulina, con disminución de la serina y aumento de la globulina. Estas modificaciones serían el reflejo fiel de la escasez de las proteínas ingeridas en los alimentos. Los edemas serían explicados por el exceso de hidratos de carbono y la poca cantidad de proteínas y vitaminas en la dieta. Los tejidos se sobrecargan de glucógeno y absorben una cantidad exorbitante de agua. Cita también el Dr. Franco las alteraciones muy frecuentes encontradas en la piel de los policarentes; ésta se torna seca, áspera y sin brillo; frecuencia de lesiones de tipo pelagroide, con descamación epitelial. Manifestaciones hemorrágicas, bajo la forma de pequeñas manchas petequiales y a veces como verdaderas sufusiones hemorrágicas. El pelo sufre también evidentes transformaciones: es fino, lacio, con facilidad. Las uñas presentan estrías transversales y a veces signos de atrofia. El sistema nervioso está tomado en el sentido de la apatía e indiferencia que muestran los niños con policarencia. Los reflejos aparecen casi siempre muy disminuidos y hacia el período final, abolidos totalmente. Existen con frecuencia cuadros de anemia e hiperleucocitosis. Los parásitos intestinales intervienen con frecuencia en el cuadro general, en especial los áscaris, los tricocefalos y el necátor.

Para concluir, el Dr. Franco enumera una serie de conclusiones, de las cuales las más importantes son las siguientes: los niños examinados, entre las edades de 1 y $\frac{1}{2}$ a 10 años, presentan los signos de edemas, trastornos digestivos, alteraciones en el pelo, trastornos nerviosos, trastornos del desarrollo y modificaciones

de las proteínas sanguíneas, signos que coinciden con los descritos por otros autores en cuadros semejantes. En la clase pobre es donde se presenta con la mayor frecuencia, por la falta de una alimentación adecuada y la ausencia de conocimientos en higiene infantil. Atribuye el síndrome a una carencia alimenticia y vitamínica, asociada a una exagerada absorción de glúcidos e insuficiente ingestión de prótidos y lípidos. Las modificaciones observadas en las proteínas sanguíneas se caracterizan por: una disminución de la proteína total, disminución de la serina, aumento de la globulina y alteraciones de la relación serina-globulina. Recomienda la administración de una alimentación bien balanceada en los principios inmediatos, la administración de vitaminas, y en especial las vitaminas A, B, C y D.

En 1943, con motivo de la celebración de las Primeras Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría, los Dres. Agustín Zubillaga y G. Barrera Moncada, presentaron un interesante trabajo titulado: "Síndromes policarenciales en la infancia". En dicho trabajo hacen un recuento de gran interés acerca de los problemas básicos del síndrome. El estudio se hizo sobre 114 casos de policarencia presentados entre los niños internados en el Hospital infantil "Camejo Acosta" de Barquisimeto, desde Julio de 1940, hasta Noviembre de 1943. Hacen incapié los autores en lo bastante frecuente de este tipo de enfermedad y consideran que es uno de los más graves problemas médico-sociales de los niños de ciertos medios venezolanos, manifestando que la incidencia de la enfermedad es la manifestación directa del bajo nivel cultural y de las precarias condiciones económicas de las regiones de donde es más frecuente.

Al hablar del concepto del vocablo ponen especial énfasis en considerarlo como manifestación de un cuadro nutritivo crónico que aparece en niños mayores de un año de edad, y caracterizado por trastornos digestivos, edemas locales o generales, lesiones especiales de los tegumentos, alteraciones del sistema nervioso, del psiquismo y del desarrollo general, con ciertas modificaciones sanguíneas (tanto del plasma como de los elementos figurados) y que se presentan en niños que reciben una alimentación rica en Glúcidos, pero carente o deficiente de proteínas, lípidos y vitaminas.

Al describir el síndrome, habla de modo especial del período de estado en que hacen su aparición los signos de la cabeza (alteraciones del pelo, estado de la fontanela anterior y de las su-

turas; circunferencia craneana) síntomas de la cara (ojos, nariz y boca). Alteraciones de la piel y del tejido celular subcutáneo (piel, los pliegues cutáneos, el signo del rascado, olor a cuero curtido de la piel, los edemas). Abdomen. Trastornos digestivos, inapetencia, diarrea. Síntomas del aparato circulatorio, del sistema óseo-muscular; del sistema nervioso y del psiquismo. Dosificación de las proteínas sanguíneas. Numeración globular, dosificación de la hemoglobina y valor globular; resultado de exámenes de heces practicados; investigación radiológica de las extremidades de los huesos largos. Consideración sobre tratamiento y evolución.

Este trabajo es considerado entre nosotros como uno de los más completos que se haya escrito sobre la materia entre nosotros.

En el año de 1946, el Dr. Pastor Oropeza publica en los Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, un trabajo titulado "Los estados distróficos de la segunda infancia (Síndromes policarenciales)" y en el cual al hablar específicamente de los cuadros policarenciales, cita al Profesor Scroggie de Chile que califica al síndrome como "Síndromes o distrofias policarenciales". Más adelante se refiere sucintamente al trabajo de los Dres. Zubillaga y Barrera Moncada, haciendo una exposición del cuadro clínico tomado directamente del citado trabajo.

Ramón Zubillaga (tesis doctoral, 1947), apunta nuevos datos estadísticos sobre los síndromes policarenciales en el Hospital de Niños "Daniel Canejo Acosta" de Barquisimeto. Señala que la frecuencia del síndrome ha tenido un aumento del 8,4% (período 1940-1943) a 14,52% en el lapso 40-47, siendo, la incidencia mayor entre uno y dos años de edad y la sintomatología es más o menos parecida a la descrita por Agustín Zubillaga y G. Barrera Moncada. Es muy importante el hecho de que el índice de letalidad es también más elevado (19,88%) en que las anteriores publicaciones de Zubillaga y Barrera (15,7%), insistiendo en que la mortalidad es aún más alta entre los reingresados (64,%), aunque afortunadamente los reingresos son pocos frecuentes (29 reingresos sobre un total de 530 policarenciales estudiados).

En 1946, el Dr. Guillermo Teruel publica su tesis doctoral en los Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría (Vol. 8, Nº 28, 1946) "Algunas consideraciones sobre el aspecto macroscópico e histopatológico de la piel de los síndromes policarenciales". Describe el Dr. Teruel en su tesis, en primer lugar, el material de estudio. Habla luego del aspecto normal de la piel, y

por último de la histopatología. Las biopsias para el material de estudio fueron tomadas de ciertas regiones especiales, entre ellas: cara de extensión de brazos y muslos, región glútea, zona paravertebral, especialmente la región dorsal. Se usó en todas las láminas la coloración de Hemalun. Se encontraron datos muy interesantes, tanto en la epidermis como a nivel de la dermis. Pudo encontrar el autor una hiperqueratosis en todos los casos examinados. Le llamó especialmente la atención el estado de adelgazamiento, epidérmico, casi constante, siendo a su vez el límite superior muy irregular. Había zonas de paraqueratosis en algunos casos. Encontró aumento muy acentuado del pigmento en la capa basal y parte inferior del cuerpo mucoso de Malpigio. También observó aumento del pigmento a nivel de la capa papilar. Consideró de interés la presencia en algunos casos, de un infiltrado perivascular de células redondas, que a veces era muy acentuado. También había infiltrado periglandular sudorípara y perifolicular con alguna frecuencia. Apreció también el aumento de células conjuntivas en el dermo.

En el mismo número de los Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría citado anteriormente, aparece un trabajo del Dr. Jesús María Gamboa (tesis doctoral) "Alteraciones del cabello en los síndromes policarenciales". La importancia de este trabajo se fundamenta en la observación frecuente que existe, por parte del pelo de los niños policarentes, de modificaciones del color, brillo y vitalidad en general. El pelo, como es signo corriente en este tipo de enfermedad, cae con bastante frecuencia y ello es indudablemente una manifestación de que serios compromisos en la fisiología del cuerpo cabelludo y de los folículos pilosos se hayan instalados, produciendo las modificaciones señaladas. El trabajo del Dr. Gamboa reúne una serie de datos interesantes, entre los que cita: modificación del color del cabello en un policarente; puede el pelo hacerse escaso, o desaparecer por completo. Las alteraciones en la piel pueden asociarse a las encontradas en el pelo. Se comprobó que todos los niños objeto de estudio, estaban siendo alimentados en una forma muy insuficiente. La conclusión básica reside en el factor higiénico-social que impera en todos los casos donde existe el síndrome, con todo su doloroso cortejo de síntomas. Las alteraciones del cabello en lo que respecta a la etiología, marchan estrechamente unidas a las causales generales de cualquier caso de policarencia proteica y vitamínica. Concluye el autor diciendo que el estudio microscópico del pelo demuestra alteraciones de la pigmentación en sus puntos extremos, precisamente donde se

ha modificado el calor.

Respecto al valor indudable que representa el estado de balance en los regímenes dietéticos; conviene citar los trabajos que hacen referencia muy especialmente a las proteínas sanguíneas y su relación con el valor proteico de la alimentación. A este respecto citaremos en primer lugar el trabajo de los Dres. H. García Arocha, F. De Venanzi y J. A. Cartaya "Investigación sobre el estado de nutrición protídica de la madre y del niño en el Distrito Federal". En este trabajo los autores se limitan a emitir juicios y apreciaciones sobre 833 investigaciones, las cuales fueron practicadas desde 1941 hasta 1942. Investigaron los prótidos plasmáticos en 90 madres y 90 recién nacidos. Investigaron también los prótidos de la leche en 60 madres y sus respectivas protidemias. Y por último, los prótidos plasmáticos de 533 niños de edad escolar. Como conclusión de importancia, la cual resume los tres aspectos investigados, es la de que: las madres, los recién nacidos y los niños estudiados por los autores; presentan un marcado déficit en su nutrición proteica. Este déficit se explica por la desproporción existente entre el poder adquisitivo de las masas populares y el precio de los alimentos. Se invoca una legislación y una estructuración económica que garantice el cumplimiento de las normas que la Fisiología, la Higiene y la Dietética han precisado para una alimentación racional adecuada.

El Dr. de Venanzi, en un trabajo publicado en las Memorias de las Primeras Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría (Vol. IV. 1945) relata las observaciones practicadas en 60 mujeres de la clase obrera de diferentes edades. La recolección de las muestras se efectuó entre el 2º y el 17 día de la lactancia. Se titula el trabajo "Algunas investigaciones sobre el aspecto de nutrición proteica durante los primeros días de la lactancia". En el curso del estudio de los casos presentados, los senos y las placentas eran clínicamente normales. Cantidad de leche escasa en el 56,2% regular en el 20% y abundante en el 22,9%. Tasa proteica de la leche, cifra media 22,71 grs. por 1000; la mayoría entre 17 y 20 grs. Protidemia media 5,73 grs% (Valor medio en las mujeres embarazadas: 5,91; en las mujeres sin actividad reproductora: 6,63%.

No parece existir relación entre protidemia y cantidad de leche secretada, entre protidemia y tasa proteica de la leche.

En los días siguientes al parto la protidemia varía muy poco; la cantidad de proteínas de la leche va descendiendo.

Comparando las protidemias y las proteínas de la leche con el paso del recién nacido, se comprueba que las protidemias se mantienen uniformes; en cambio las proteínas de la leche son en mayor cantidad cuando es menor el peso del feto.

No se evidenció relación de interés entre la cantidad de proteínas de la leche y el número de partos,

El Dr. José Avelino Cartaya en un estudio titulado "Estudio comparativo de la protidemia de la madre y en el recién nacido" publicado en las Memorias de las Primeras Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría (Vol. IV. 1945) habla de las investigaciones efectuadas en 90 madres de la Casa de Maternidad "Concepción Palacios". De ellas, 68 presentaron hipoprotidemia. Las protidemias de las madres y de los recién nacidos no son sensiblemente iguales. La madre hipo-protidéica nutre mal al producto de la concepción. Cuando la madre es hi-protidéica el feto le roba sus propios prótidos. Concluye manifestando que es de innegable importancia proteger la nutrición de la madre, en beneficio de ella misma y del producto de la concepción.

Correa en 1947 presentó su Tesis Doctoral sobre la protidemia de las mujeres embarazadas, encontrando, como en lo previamente señalado por Cartaya, una disminución de las cifras. Además, los estudios fraccionados mostraron que la disminución recae sobre la seroalbina, lo cual constituye una evidencia más para pensar que la causa de la disminución es la deficiencia protídica.

ETIOLOGIA Y FRECUENCIA DE LOS SINDROMES DE CARENCIA

CARENCIA PROTEINICA Y SINDROME POLICARENICIAL

Drs. Guillermo Rangel y Germán Lara.

Hasta el momento de los casos bien estudiados por autores venezolanos se refieren a carencia proteínica, síndromes policarenciales, carencia C, raquitismo, otras carencias en vías de estudio, pero sin poder dar datos concretos, por ser insuficiente el material estudiado.

En cuanto a los síndromes carenciales en que se encuentra el factor proteína de origen animal en déficit, podemos ir desde los casos en que el factor proteína plasmática únicamente está baja, reveladora de una insuficiencia en el aporte alimenticio, hasta los cuadros complejos de policarencia, motivadas a una alimentación única a base de hidratos de carbono, o en predominio, con una ingestión Cero o mínima de los otros elementos.

Es tan resaltante el síndrome policarencial que basta decir que constituye el 3,67% de ingresos y el 11,48% de mortalidad entre las muertes por todas las causas en el Hospital Municipal de Niños J.M. de los Ríos, y que la deficiencia proteínica es tan frecuente en nuestra población económicamente necesitada, que ya desde el momento de su nacimiento son carentes proteínicos, como lo han comprobado los Doctores H. García Arocha, F. de Venanci y J. A. Cartaya, en su interesante trabajo "NUTRICION PROTIDICA DE LA MADRE Y EL NIÑO EN EL DISTRITO FEDERAL" y el Doctor J. A. Cartaya en el "ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PROTEIDEMIA EN LA MADRE Y EN EL RECIEN NACIDO".

He aquí algunos datos tomados de esos trabajos: "En noventa recién nacidos las cifras extremas fueron 4,14 gramos % y 8 grs. % de prótidos y la mayor frecuencia de protidemia fué encontrada en escala que va de 5,50 a 5,74 grs. %, estas cifras coinciden con una proteidemia de las madres baja, y le permiten afirmar a los autores que la proteidemia de las madres y de los recién nacidos estudiados, son muy semejantes. Uno de los autores (Cartaya) dice: "En estos casos, a la madre le queda muy poco que sacrificar en nombre de su hijo, y éste paga las consecuencias de la pobre alimentación de su progenitora".

En lo referente a niños de 0 a 12 años, extraemos algunos datos del trabajo sobre "SINDROMES POLICARENCEIALES EN LA INFANCIA" de los Doctores A. Zubillaga y G. Barrera Moncada: "De un total

de 995 casos hospitalizados, con diagnóstico definitivo, en el Hospital Infantil "Camejo Acosta" de Barquisimeto 8,4% son síndromes policarenciales (5º lugar). Dicen los autores: "Únicamente se le observa en sujetos de la clase menesterosa, cuyo régimen alimenticio está compuesto casi de un modo exclusivo a base de caraotas, maíz, papelón y sal, al que se agrega en los niños pequeños raciones de leche. Como se ve, es éste un régimen hipocalórico, escaso en prótidos, principalmente en los de origen animal, escaso de lípidos y vitaminas y rico en glúcidos.

En la mayoría de nuestras observaciones del Hospital de Niños de Caracas hemos constatado una alimentación similar, a lo que agregamos que muchos son alimentados hasta después del año al pecho exclusivamente, agregando cuando ya materialmente no tiene leche, guarapos (agua azucarada) caldos de caraotas, o cuando la madre no tiene suficiente leche desde los primeros meses, le dan guarapos, cocimientos de harinas, manteniendo esta alimentación hidrocarbonada y le dan pequeñas raciones de leche "Cuando consiguen".

Los Doctores Zubillaga y Barrera al hacer el estudio de una de las dietas mas frecuentes, encuentran que está compuesta por:

Prótidos	Lípidos	Glúcidos
23,30 grs.	7,61 grs.	96,07 grs.

Expresadas en calorías de la manera siguiente:

% sobre el total de calorías

89 Calorías suministradas por prótidos	16%
68 " " " " Lípidos	13%
<u>384</u> " " " " Glúcidos	71%
541	

"Donde se puede ver no solamente el déficit energético, ya que un niño de segunda infancia del cual es la dieta a que nos referimos, necesita cerca de 1.000 calorías diarias, sino también la mala proporción en que están distribuidas dichas calorías, pues como se sabe, la ración normal debe estar constituida por 50% calorías de hidratos de carbono, 35% calorías en grasa y 15% de calorías en proteínas".

En cuanto a la frecuencia para Zubillaga y Barrera, representa el 8,4% sobre el total de enfermedades diagnosticadas en niños de 0 a 12 años en el Hospital "Camejo Acosta" de Barquisimeto. Investigando la frecuencia dentro de los grupos de edades: "Se puede ver que mientras en menos de un año no se presentan ninguna vez, en cambio entre los grupos de un año a 30 meses, 31 meses a 6 años y 7 a 12 representan el 18,3%, el 11,1% y el 1,9% de frecuencia

dentro de todas las enfermedades presentadas en cada grupo de edades. Datos posteriores basados en una revisión mas amplia (1940-1947) en que están incluidos los casos anteriores, el Br. R. Zubillaga en "datos estadísticos acerca de los síndromes policarenciales observados en el Hospital Infantil "Daniel Canejo Acosta" Barquisimeto. Tesis doctoral. Diciembre 1947. dice: De 3650 historias de ingresos julio 1940 a agosto 1947, 530 tienen el diagnóstico de síndromes policarencial, o sea 14,52%, cifra que corresponde con la dada por los Dres. Zubillaga y Barrera en su trabajo en el mismo Hospital (1940- 1943) de 8,4%, revela un aumento de la enfermedad ocurrida durante los cuatro últimos años. El porcentaje según las edades para esos casos es:

1º	0, a 12 meses	0%
2ª	1, a 2 años	29,43%
3º	2, a 7 "	22,04%
4º	7, a 12 "	7,73%

El Br. R. Zubillaga coincide con las estadísticas de los Dres. Zubillaga y Barrera, al asignar al 2º grupo de edad, que él limita a 24 meses y ellos a 30, el porcentaje mayor de carenciados. El último lugar corresponde según las dos estadísticas, a los comprendidos entre los 7 y los 12 años.

Con respecto a Caracas el Dr. Miguel Ruiz "CONSIDERACIONES SOBRE PATOLOGIA INFANTIL CARAQUEÑA" 1940. Trabajo realizado en el Hospital de Niños de Caracas da 3,46% y 3,87%, dentro de las enfermedades presentadas en los dos grupos de mayor frecuencia, a lo que agregamos nosotros, que de una revisión de las historias, de hospitalizados por todas las causas, desde enero 1940 al 30 de septiembre de 1947, en el Hospital de Niños de Caracas tenemos:

Número de hospitalizados durante ese lapso; 14.163.

Número de síndromes de policarencia hospitalizados en el mismo lapso:

521.....3,67%

Clasificados por edades los síndromes policarenciales tenemos los grupos:

1º	0,	a 12	meses	0	Casos	0%
2º	1,	a 2	años	268	"	51.43%
3º	2,	a 7	"	227	"	43,57%
4º	7,	a 12	"	26	"	4,99%

Concluimos diciendo, que la frecuencia de acuerdo con las edades, entre los casos hospitalizados en el Hospital de Niños de Caracas, coinciden con las dadas por los Dres. Zubillaga y Barrera,

siendo los grupos 2° y 3° los de mayores frecuencias y entre éstos el 2° el más frecuente.

Para dar una idea del déficit proteínico en los niños de edad escolar copiamos algunos párrafos del trabajo de los Drs. H. García Arocha, F. de Venanci y J. A. Cartaya "INVESTIGACION SOBRE EL ESTADO DE LA NUTRICION PROTIDICA DE LA MADRE Y EL NIÑO EN EL DISTRITO FEDERAL" "Comprende el estudio de 533 niños, que fueron clasificados en cinco grupos de acuerdo con su procedencia económico-social. Por consiguiente, la mayor o menor posibilidad para la consecución de alimentos es la base de la clasificación".

"De los 533 niños estudiados, tan solo 194 de ellos, o sea 36,99%, acusaron una protidemia por encima del mínimo normal esto es, 7 grs. %. Las cifras medias más altas y los porcentajes más elevados de normalidad corresponden a los grupos cuya característica social es la holgura económica, y las cifras medias más bajas y los porcentajes menos elevados de normalidad, corresponden a los grupos cuya característica social es la miseria.

CARENCIA. C.

La carencia C estudiada por el Dr. Guillermo Tovar Escobar "LA VITAMINA C EN LOS NIÑOS DE C.R.A.C.S" 1943. En un grupo de 63 niños de 8 meses a 12 años repartidos en cuatro grupos: 1° 11 niños policarentes; 2° 12 niños con trastornos nutritivos agudos o crónicos; 3° 30 niños sin diarrea y con parasitosis o enfermedades varias; 4° 10 niños sanos de Casa-Cuna de 8 a 35 meses.

Las conclusiones al respecto fueron las siguientes: en el 81% de los policarentes encontró deficiencia marcada de vitamina C.

En el 62 % del total de niños examinados obtuvo resultados que indican deficiencia de las reservas de la Vitamina C, índice de que la nutrición de los niños de la clase pobre es inadecuada en lo que respecta a este factor alimenticio. Del grupo de niños sanos, sólo uno presentó resultados inferiores a lo normal.

Las deficiencias en Vitamina C dando el escorbuto infantil, es muy rara en nuestro medio, según el estudio que sobre el particular publicara el Dr. G. E. Rangel R. 1939 "Sobre un caso de escorbuto" y el trabajo posterior de los Dres. G. H. Machado, E. Vizcarrondo, y G. Rangel R. "Contribución al estudio del escorbuto infantil". Sobre 11.426 ingresos en el Hospital de Niños de Caracas (1937-1943) solamente encontraron seis casos. La rareza no se debe a que las reservas de ácido ascórbico sean adecuadas en nuestros niños, según lo demostrado en lo dicho anteriormente por el Dr. G. Tovar. E, que encontró cifras inferiores a 0,15 mg. % de ácido as-

córbico en el plasma, o índices inferiores a 0,80, cifras correspondientes al escorbuto clínico según Kofji, sin manifestaciones del síndrome escorbuto.

El Dr. Tovar aún en el grupo de los policarentes que estudió con cifras inferiores a 0,20 mg.% no encontró escorbuto clínico.

En los casos estudiados por los Dres. G. H Machado, Vizcarrondo, Rangcl, cuatro estuvieron a alimentación materna exclusiva durante el 1º trimestre, uno hasta el 3º, y otro hasta el 5º, de ahí en adelante fueron sometidos a alimentación artificial, 5 con leche en polvo completa y uno con leche de vaca más agregados de harinas: maíz, avena. En cuanto a diluciones encontramos uno con dilución a la tercera parte de la normal, otro a las dos terceras, un tercero a dilución normal, los tres restantes sin especificar. La mayoría a excepción de uno, no habían tomado jugos de frutas, ni comido legumbres ni verduras frescas.

RAQUITISMO

En referencia a la etiología y frecuencia del raquitismo en nuestro medio copiamos algunos datos extraídos del "RAQUITISMO EN VENEZUELA." Dr. R. Aguiar Nieto. 1940. Trabajo del Instituto Nacional de Puericultura y del Hospital de Niños de Caracas:

"El Raquitismo en nuestro medio concuerda con el decir de los clásicos: es una enfermedad de la primera infancia, en noventa y un raquítics de la encuesta sobre mil niños tomados al azar, según los trimestres que corresponden a los tres primeros años de vida, podemos sacar las conclusiones siguientes: empieza a manifestarse la enfermedad a fines del tercer mes, para ir aumentando progresivamente hasta llegar al séptimo trimestre, y luego la curva de frecuencia cae en crisis, para continuar su descenso hasta el 11º y 12º trimestre (33 a 36 meses), en que su aparición es muy rara".

"Predomina la frecuencia del sexo masculino en nuestro medio, sobre el sexo femenino en un 10% de los casos".

"En nuestro país, el color moreno es el predominante, motivo que justifica el gran porcentaje de raquítics en los niños de aquel color, 50,55% siendo en los blancos de 43,96% y en los negros, cuyo número es muy bajo en la encuesta de 5,49%".

"En todas las observaciones, nos hemos dado cuenta del gran desequilibrio alimenticio, existente en los niños: éstos eran destetados muy temprano o muy tardíamente: 27,47% de nuestros raquítics no recibieron lactancia natural: 30,70% recibieron lactancia materna y por un tiempo menor de cinco meses, 6,59% recibieron

lactancia mixta y 35,16% fueron lactados entre 6 y 12 meses, siendo la proporción mucho mayor con lo que respecta al último porcentaje, en aquellos niños alimentados naturalmente durante el 10° y 12° mes".

"La mayor parte de los niños, una vez destetados, eran casi siempre sometidos a un régimen alimenticio a base de: caldo de legumbres, caracas, pan de raíz, arroz, pasta, leche en poca cantidad guarapos, (agua con azúcar o papelón). Los jugos casi nunca eran administrados y nuestro pueblo, tiene la creencia de que son perjudiciales muchas veces; cuando se les administran, se les suspenden al tener el niño el menor trastorno, catarro nasal por ejemplo o bien se lo dan después de someterlo a cocción".

"La carencia solar, constituye un factor importante en ciertas regiones, en otras no, como factor raquitógeno. En nuestro país, las capitales de estado donde se realizó la encuesta, gozan de un gran promedio "hora sol" y, sin embargo, la frecuencia del raquitismo varió entre 4 y 20%; parece tener más importancia en nuestro medio el factor alimentación".

"En Caracas, donde el porcentaje de raquíticos llegó a 7 % en un total de 300 niños examinados al azar, podemos comprobar que es una ciudad que goza de un gran porcentaje de horas sol 2578, 26 en el año 1939, su altura 922 metros sobre el nivel del mar, la temperatura media anual es de 3°. 20,6"

"Sólo en un 10% de los casos encontré un Kahn positivo, en el niño o en la madre, pero no había en dichos casos, signos evidentes de sífilis. El 53,85% de las observaciones tenía un Kahn negativo y el resto 35,16%, sin tener signos evidentes de sífilis, no se les practicó el examen de sangre.

SIGNOS CLINICOS DE LOS SINDROMES POLICARENCIALES

(Por el DR. G. BARRERA MONCADA.)

Antecedentes alimenticios

En todos los casos se encuentran grandes déficit alimenticios en relación al régimen establecido para la época en que aparece la enfermedad. Entre 114 casos (1) encontramos que los enfermos habían tenido durante algún tiempo los siguientes tipos de dietas:

Alimentación deficiente: 34%

Esta contiene pocas proteínas a base de caracas, arepa, papelón, etc., sin nada o muy poco de carne, huevos, leche y frutas.

Alimentación insuficiente: 4%

Alimentación variada, pero escasa.

Alimentación deficiente 62%
e insuficiente.

Dentro de este último grupo el 75% tenía en su alimentación una deficiencia proteínica y vitamínica. El consumo de carne, leche, etc., y frutas era aproximadamente dos veces por semana y en el resto, o sea un 25%, había una carencia proteínica vitamínica total, es decir, que el consumo de los anteriores alimentos no era ni una vez por semana.

El período de tiempo entre el momento que empieza esta clase de alimentación y la aparición de la enfermedad variaba desde 4 meses hasta 2 años.

Sexo y edad.

En otra parte de este correlato se ha especificado la frecuencia por sexo y edad; recordando ahora, que todos los trabajos venezolanos están acordes en considerar la mayor prevalencia de la enfermedad para el grupo de edad comprendida entre 2 y 7 años, sin que se haya demostrado mayor selectividad para determinado sexo.

Alteraciones del crecimiento:

Peso, talla y diámetro bi-iliaco

Los valores del peso se encuentran alterados pues casi todos estos enfermos se presentan, en el momento de la admisión, con grandes edemas, sin embargo, es tal grado de desnutrición a que llegan estos niños, que casi todos ellos (94% en el trabajo de Zubillaga y Barrera) presentan déficit en el peso, pues el edema (uno de los primeros síntomas ostensibles de la enfermedad) ha sido precedido de un largo período de adelgazamiento o hiperdestrucción orgánica

debido a la pobreza calórica de la dieta.

Otro tanto sucede con la estatura y la amplitud del diámetro bi-iliaca casi siempre sub-normales; en nuestro trabajo(1) se encontró un 96% de niños policarentes que presentaban una estatura inferior a la media normal y el 100% tenían un diámetro bi-iliaco sub-normal, anotándose diferencias desde 1 hasta 4 centímetros por debajo de los valores medios de diámetros bi-iliacos para niños sanos.

Síntomas de comienzo

La historia de la mayor parte de los policarentes relata algunos síntomas digestivos (sobre todo, crisis diarreicas) desde algunas semanas o meses antes de aparecer los edemas; en efecto, la hinchazón local que se va haciendo generalizada lentamente es el síntoma ostensible que primero aparece y que más mueve la preocupación de padres o representantes por llevar al enfermito a la consulta médica.

Síntomas del período de estado

Tipos: hipotrófico y distrófico

Scroggie ha podido individualizar dentro de estos síndromes dos tipos: el hipotrófico y el distrófico. El tipo hipotrófico con estatura por debajo de lo normal, cinturón escapular más desarrollado que el pelviano, grandes pliegues cutáneos y los niños, a pesar de su edad, no andan sino que permanecen con las piernas inmóviles. En el tipo distrófico entran los niños con retardo ligero del crecimiento pero que gatean o andan y en los que el enflaquecimiento constituye el síntoma capital. En estos últimos el edema del comienzo es localizado en forma de manguito mientras que el edema de los del tipo hipotrófico suele ser generalizado. Entre nuestros casos es difícil clasificarlos algunas veces, de acuerdo a estos dos tipos, pero casi siempre se encuentra mayor predominio del tipo distrófico.

Alteraciones del cabello

Las alteraciones del cabello son casi siempre constantes en estos enfermos.

Estas alteraciones se refieren a la cantidad, color y aspecto del cabello. En relación a la cantidad del pelo se observa enrarecimiento general, llegando algunas veces hasta casi desaparecer en toda la cabeza (ver fotografías) desprendiéndose fácilmente en mechones con la menor tracción. Otras veces se han observado zonas de alopecia. Las modificaciones del color del cabello son muy interesantes y variadas, difíciles de describir pero fácilmente apre-

ciables en el enfermo o a través de fotografías. Se encuentran mechones de cabello que presentan diferente color en su extremo distal y en un mismo cabello se puede ver diversas tonalidades cromáticas. Al lado de estas heterocromías se encuentran zonas cabelludas que no presentan ninguna modificación del color. En cuanto al aspecto del cabello, se observa pérdida de su suavidad y brillo normal.

El estudio microscópico del cabello (Dr. Espín) "demuestra alteraciones de la pigmentación en los puntos extremos de los cabellos, precisamente donde se ha modificado el color"2.

Fontanela anterior y circunferencia craneana

Algunas veces hay retardo en el cierre de la fontanela anterior y en varios casos la circunferencia craneana es más pequeña que lo normal.

Síntomas de la cara

De los ojos: En la mucosa ocular es muy frecuente la hiperemia conjuntival y algunas veces se tiene la impresión de una sequedad de esta mucosa por escasa secreción lagrimal. Las manchas de Bitot y la xerosis, descritas por autores extranjeros, no han sido señaladas por ninguno de los investigadores venezolanos. En ocasiones llama la atención lo escaso de las pestañas.

En la nariz resalta mucho la sequedad de la mucosa nasal que muy pocas veces se acompaña de prurito.

En la boca: hay signos de estomatitis rosada, las encías están subidas de color formando un cierto ribete en el sitio de implantación de los dientes. Es muy frecuente que las papilas de la lengua estén considerablemente atrofiadas, dando a este órgano un aspecto pálido y despulido. Las ulceraciones de la boca son muy raras casi nunca se observan las manifestaciones escorbúticas de la boca. Si se han comprobado en pocos signos de arriboflavinosis (ver fotografías) no descritas por autores del exterior manifestados por fisuras múltiples de los labios, más acentuados hacia la comisura y aspecto grasoso de la piel naso-labial. En muy pocos casos la fórmula dentaria está retrasada.

Alteraciones de la piel.

En el 72% de los casos (1) hemos encontrado alteraciones de la piel. Esta presenta un aspecto macroscópico diverso de acuerdo a la región observada: ya sea en los sitios en los que cubre al edema o ya en las zonas de escaso pániculo adiposo. En los períodos del comienzo agudo del edema el color de la piel es rosado intenso con matices rojo violeta y su aspecto es brillante (ver fotografías en colores) una vez pasada esta época de agudeza edematosa la piel con-

tinúa cubriendo al edema pero su color se torna pálido, violáceo y su aspecto persiste brillante ligeramente estriado cuando dicho edema comienza a fundirse, apareciendo descamación poco tiempo después de desaparecida la edematización. En las zonas de pániculo adiptoso reducido, la piel es seca, pálida formando arrugas o pliegues que se localizan en las zonas de mayor amplitud de movimiento: pliegues glúteos (los más frecuentes), del codo, triángulo de Escarpa y de la axila (ver fotografías).

Hemos investigado (1) el "signo de rascado" descrito por Scroggie y que consiste en "pasar suavemente por la piel, la uña o cualquier instrumento punzante, con el cual se forma una línea blanca que desaparece entre 3 y 12 horas (normal 15 a 20 minutos), sobre esa misma raya pasadas las 24 horas aparece una costra o línea costrosa interrumpida a veces por parte de piel sana" en casi la mitad de los casos se encontró tal signo presente.

Una de las modificaciones más importantes de la piel es la referente a las zonas de hiperpigmentación cutánea tan frecuente en los policarentes. Algunas veces, macroscópicamente, con lesiones muy parecidas a las de la pelagra pero en otras ocasiones tales zonas hiperpigmentadas se presentan con caracteres bien netos, clínicamente poco conexos con los de la pelagra. Estas hiperchromias de nuestros enfermitos son muy difusas, de color bronceado o pardo obscuro, localizadas en diversos sitios: miembros, tórax, abdomen. Casi nunca se ven en la cara, no tienen un límite neto, ni el ribete ni la localización única (partes descubiertas del cuerpo) característica de las lesiones de pelagra. (Ver fotografías en colores)

Las lesiones hipocrómicas son menos frecuentes pero también suelen presentarse. Estas zonas de hipocromia limitadas por delgado marco hiperchromiódan a cualquier extensa región del cuerpo un aspecto muy curioso, como de un manto con dibujos variados en cuyo caso la superficie cutánea toma un color que recuerda al del café con leche. (Ver fotografía en color).

Durante el período de descamación aparece prurito que hace que los pequeños pacientes se rasquen con insistencia.

Se ha señalado también el olor tan particular que presenta la piel de estos carenciados como a "cuero curtido". (1). Por lo demás, las infecciones cutáneas son muy frecuentes sobre todo las piodermis.

RESUMEN HISTOPATOLOGICO DE LAS LESIONES CUTANEAS (Dr. Teruel)

- 10.- Hiperqueratosis más o menos acentuada a nivel de los folículos y poros sudorales.
- 11.- Adelgazamiento epidémico con límite superior irregular.
- 12.- Aumento del pigmento a veces acentuado en la capa basal y parte inferior del cuerpo mucoso de Malpighi en concordancia con el aspecto macroscópico que presenta fuerte hiperpigmentación. También observamos aumento del pigmento en la capa papilar del dermo.
- 13.- Paraqueratosis en algunos casos.
- 14.- Infiltrado perivascular a células redondas a veces muy acentuado. Infiltrado periglandular sudoríparo y perifolicular algunas veces.
- 15.- Aumento de células conjuntivas del dermo.

Edemas.-

Los edemas constituyen uno de los síntomas de mayor frecuencia de estos síndromes. Entre 114 casos los encontramos presentes en un 80% y Teruel entre 132 casos lo observó en un 74,2%. Este edema aparece casi siempre primero en las extremidades inferiores, luego en las extremidades superiores y cara, ocupando en último lugar al tronco y abdomen. Es un edema blanco, frío, a veces cianótico. En ocasiones es tan escaso que hay que buscarlo muy cuidadosamente en los malcolos por la depresión al dode. Generalmente es localizado en forma de bota o de manguito en los pies (ver fotografías) y parte de piernas y otras veces se generaliza a muslo y cara. En la cara se manifiestan por el aspecto de hinchura que le da a ésta, (ver fotografías en color), siendo difíciles de notar, sin embargo, a veces a depresión del dode sobre el plano duro de la frente, los descubre. Es muy frecuente ver el contraste entre la hinchazón de cara y miembros y el aspecto esquelético de tórax y abdomen. (Ver fotografías).

Síntomas digestivos

El aspecto del abdomen es variable, ya ligeramente excavado, flácido, con total ausencia del pániculo adiposo ya es globuloso, con gran timpanismo, o bien mate como en la enfermedad celiaca.

La inapetencia muchas veces presente debe estar en parte condicionada psíquicamente; es una manifestación más de la apatía. Los vómitos son generalmente del tipo dispéptico, rara vez del tipo nervioso.

La diarrea constituye un síntoma importante; en efecto, las diarreas afectan profundamente el estado general del enfermo;

tienen estos pacientes una situación tan labil, que no pueden resistir la pérdida de agua, iones y volumen líquido que la diarrea supone y en algunos casos avanzados se precipita la muerte. En los enfermitos con abdómen celiaco hay aumento del peso diario de las deposiciones en una de nuestras observaciones (1) se obtuvo un peso medio de 600 gramos de heces en 24 horas.

Los trastornos digestivos los observó Franco (4) con carácter agudo en el 20% de los casos, Zubillaga y Barrera los encontraron presentes en el 16% de los enfermos y el Br. Ramón Zubillaga revisando 530 historias clínicas de policarentes encontró el síntoma diarrea en un 25% de dichas Historias.

Aparatos: circulatorio y respiratorio.

El tórax se presenta con frecuencia en forma de cubudo invertido y fácilmente depresible, el rosario costal algunas veces está presente (10% de nuestras observaciones); la auscultación y la percusión pulmonar es normal. La prueba de Mantoux la encontramos (1) positiva en un 15% (entre 66 casos). Rara vez se ha presentado examen radiológico imagen pulmonar patológica.

Respecto al aparato circulatorio se observan pocas modificaciones clínicas. "Al electro-cardiograma y en las tres derivaciones clásicas se observa algunas veces aplanamiento y hasta la inversión de la onda T (Dr. Gil Yepes)" (5). En los casos de cierta gravedad se presentan fenómenos angiostásicos que se traducen por petequias o lesiones purpúricas, cianosis locales o sufusiones sanguíneas diseminadas.

Sistema óseo-muscular y nervioso. Psiquismo.

Llama la atención la laxitud y ligera atrofia de ciertos músculos sobre todo en los miembros inferiores.

Con mucha frecuencia hay abolición de los reflejos rotuliano y aquileo, más de aquel que de este último. En casi la mitad de los casos encontramos (1) el reflejo rotuliano abolido. Los reflejos pupilares son normales.

Psiquismo.— Las alteraciones del psiquismo son muy aparentes; lo que siempre predomina es la indiferencia, el niño permanece inmóvil, estatuario, continúa por algunos minutos en la posición que le asigne el médico; otras veces son irritables, se contrarían por el menor motivo. Se observa también insomnio y pérdida del control para la micción y defecación.

Investigaciones complementarias.

Dosificación de proteínas plasmáticas

Resumiendo en promedios los resultados de la dosificación de proteínas plasmáticas de las observaciones publicadas (Zubillaga y Barrera, Franco, casuística de Gamboa y Teruel) respecto a policarentes, se tienen los siguientes datos:

Número de casos	Autores	P R O M E D I O S			
		Proteínas	Serinas	Globulina	Relación seri-globu.
11	Zubillaga-Barrera	6,99	3,8	3,4	1,1
11	Franco	8,51	4,0	4,4	1,0
9	Casuística-Teruel-Gamboa.-	7,2	3,9	3,2	1,1

Como se ve en el cuadro anterior surian a 31 casos publicados en los que se ha practicado la investigación de prótidos obteniéndose en todo este total el siguiente promedio:

Proteínas totales: 7,5 Serina: 3,9. Globulina: 3,6; y relación Serina-globulina: 1,1.

O sea que la relación serina-globulina siempre está por debajo de las medias normales, las serinas disminuídas y las globulinas aumentadas. Las proteínas totales se mantienen a nivel normal en todos los promedios de los casos.

Numeración globular.

Las cifras para glóbulos rojos casi siempre son bajas fluctuando entre 3 y 2 millones por centímetro cúbico para la mayor parte de casos. La hemoglobina casi siempre baja la hemos encontrado entre 38% y 75% (1) y Franco halló en más de la mitad de los casos entre 30% a 80% de hemoglobina. Respecto a glóbulos blancos generalmente se mantienen los aspectos normales, señalándose a veces hiperleucocitosis ligera.

Examen de heces

Franco encontró 71% de parasitosis intestinal entre policarentes (al examen microscópico de heces, 25 casos). Zubillaga-Barrera hallaron el 63% de frecuencia entre 73 pacientes y el Br. Ramón Zubillaga en la revisión de 530 historias clínicas de policarencias señala en un 67% la frecuencia de parasitosis intestinal

Investigación radiológica de las extremidades de huesos largos

En la investigación radiológica de los huesos largos se ha observado en muchos de los casos presencia de líneas transversales en las epífisis y hasta en las zonas de crecimiento de los huesos.

Otras veces se encuentran signos de descalcificación. (Ver radiografías y fotografías).-

Porcentajes de frecuencia de los principales síntomas presentados en 114 casos de síndromes policarenciales (Zubillaga y Barrera)

	<u>Síntomas</u>	<u>Porcentaje</u>
Alteraciones del desarrollo	Diámetro bi-iliaco reducido (investigado en 30 casos).....	100%
	Talla subnormal.....	96%
	Peso ".....	94%
Edema (local o generalizado).....		80%
Alteraciones del pelo (escasez, color heterogéneo. etc.).....		73%
Modificaciones de la piel (seca, áspera, descamación)...		72%
Hiperemia conjuntival y secreción lagrimal escasa.....		50%
Reflejo rotuliano abolido.....		50%
Signo del rascado (investigado en 30 casos).....		48%
Líneas transversales en los huesos largos (investigación radiológica en 17 casos).....		41%
Glositis atrófica.....		40%
Rosario costal		33%
Hiperpigmentación cutánea.....		23%
Tórax depresible o deforme.....		20%
Síntomas digestivos (vómitos o diarrea).....		16%
Ribete pigmentado de las encías.....		10%
Signos de estomatitis.....		10%
Fontanela abierta (persistencia).....		9%

R E F E R E N C I A S

- 1.- Zubillaga y Barrera Moncada. Síndromes policarenciales en la Infancia.- Primeras Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría. Volumen IV; página 203, 1945.-
- 2.- Gamboa Jesús María. Alteración del cabello en los síndromes policarenciales.- Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. Volumen 8, N° 28; página 1611, 1946.-
- 3.- Teruel G. Algunas consideraciones sobre el aspecto microscópico e histopatológico de la Piel en los síndromes policarenciales.- Archivo Venezolano de Puericultura y Pediatría. Volumen 8, N° 28; página 1583, 1946.-
- 4.- Franco Miguel. Síndromes policarenciales.- Tesis Doctoral 1939.-
- 5.- Oropeza Pastor. Los estados distróficos en la segunda infancia. Archivo Venezolano de Puericultura y Pediatría. Volumen 8, N° 28; página 1570, 1946.-

CARENCIAS ESPECÍFICAS

CUADRO CLÍNICO MÁS FRECUENTEMENTE OBSERVADO ENTRE NOSOTROS

Dr. Pedro J. Alvarez

Para la descripción sintomatológica de cada una de las carencias aisladas, haremos una breve descripción de cuadro clínico del raquitismo, la pelagra y el escorbuto, tomando como guía, en lo que respecta al raquitismo, el trabajo del Dr. R. Aguiar Nieto para la pelagra, el Dr. Angel Emilio Govea y para el escorbuto, el trabajo de los Dres. Gustavo H. Machado, Ernesto Vizcarrondo y Guillermo Rangel, por ser los trabajos citados los que engloban en el sentido más amplio y preciso el cortejo sintomático de nuestras carencias aisladas.

RAQUITISMO

El Dr. R. Aguiar Nieto en su trabajo "El Raquitismo en Venezuela, llama ante todo la atención acerca de la importancia de verificar en el enfermo sospechoso, un examen lo más minucioso posible, dada la circunstancia de que esa enfermedad no se presenta en nuestro medio con la multitud de síntomas con que puede observarse en otros países; todo lo contrario, los síntomas son de mediana intensidad, y son muchas veces en que el diagnóstico es necesario h

cerlo por la coexistencia de pocos datos entre sí.

Se refiere en primer lugar a las alteraciones óseas. Con respecto al cráneo, hace una importante observación y es aquella de que en 1000 niños examinados no logró encontrar el craneotabes ni una sola vez. Posteriormente, y ya finalizado su trabajo logró hacer una observación de craneotabes bastante evidente. A su vez recibió un informe del Profesor Pastor Oropeza, donde éste lo ponía en conocimiento de otro caso en que existían signos claros de craneotabes. De todos modos se destaca el hecho de lo muy poco frecuente del craneotabes en nuestros niños raquíuticos.

A propósito de los signos fontanelares, el Dr. Aguiar Nieto encontró un retardo del cierre de la fontanela anterior en un 45,75% de los casos. En la ciudad de Cumaná, Venezuela, hecho notable según el Dr. Milton López Henríquez, la fontanela se cierra frecuentemente a la edad de 7 meses, excepcionalmente a los 10 meses.

Hace destacar la frecuencia entre nosotros, de las deformaciones craneanas, especialmente el braquicefalismo y el dolicocefalismo, el caput quadratum, y otras deformaciones; este signo es tan frecuente en ciertas regiones que incluso se la ha llegado a considerar como dependientes de factores raciales o familiares, más que como signos de raquitismo. En la encuesta practicada encontré un porcentaje de 38,46% de deformaciones craneanas.

En lo que hace referencia a las alteraciones dentarias, el Dr. Aguiar Nieto es de la misma opinión del Dr. Vidal Jordana, es decir que, la causa más frecuente del retardo de la dentición es el raquitismo, y es de imperiosa necesidad pensar en la posible influencia de un factor raquitógeno, cuando la dentición no hace su aparición en la edad correspondiente. Entre nosotros, el Profesor Zamorani, sustenta la misma opinión del Dr. Vidal Jordana, pero tiene en cuenta que un retardo en la dentición lo puede dar cualquiera otra afección o bien causas hereditarias o familiares. Las irregularidades de la dentición podrán ser referidas al raquitismo cuando forman parte de un síndrome raquíutico evidente, y no podrán ser referidas a otras causas capaz de perturbar el desarrollo de los dientes.

Habla luego de las deformidades del tórax y de la columna, que según la ley de Wicland es el segundo grupo de síntomas en aparecer. Al hacer mención del rosario costal lo considera como uno de los signos de más frecuente observación entre nosotros, después de la hipotonía muscular, el cual alcanza la mayor frecuencia en nuestro medio. Encontró el rosario costal en un 92,30% de nuestros raquíuticos. Hace resaltar el autor la forma de botones redondeados del ro-

sario costal auténticamente raquítico, de otras formas ligeramente prominentes en el límite osteo-cartilaginoso de las costillas; también habla de necesidad de diferenciar el rosario costal raquítico, del que se presenta en el escorbuto, tomando en cuenta que éste es siempre doloroso. La depresión anormal del tórax la encontró en un 69,23% de sus observaciones.

Entre las deformaciones del tórax, encontró el tórax en quilla, en pecho de paloma y en embudo, haciendo una frecuencia total del 9,89% de los casos. Logró la observación del surco de Harrison.

Entre las deformaciones de las extremidades encontró el abultamiento de las epífisis cubitales y radiales, dando el signo llamado, pulsera radial. Habla también del rodete supramalcolear tibial, engrosamiento situado por encima del maléolo y en forma de anillo. Tuvo oportunidad de observar repetidas veces la tibia en lámina de sable.

Las alteraciones musculares, que según Degwuitz, no es un signo patognomónico ni específico del raquitismo, ha sido en cambio para el Dr. Aguiar, de acuerdo con sus observaciones, el signo predominante, bajo la forma de la hipotonía muscular, la cual alcanzó como se apuntó anteriormente, el 97,86% en todos nuestros raquíticos. Afirma el Dr. Aguiar que debe dársele a este signo un valor de primer género en nuestro medio. Agrega que esa hipotonía desaparece casi siempre los primeros días que siguen al tratamiento anti-raquítico.

Hace mención especial del vientre de batracio, en que además de la parosia de la musculatura abdominal, hay parosia de las paredes intestinales, motivo del meteorismo y de la constipación que es un hecho frecuente en la enfermedad.

Con respecto a los trastornos del aparato linfático, encontró poli-adenitis generalizada en un 84,61% de sus observaciones. Encontró también hipertrofia de las amígdalas y del bazo en un 7,69%.

Entre los trastornos humorales, encontró en primer lugar, anemia, con disminución de la hemoglobina y de los glóbulos rojos. Logró la apreciación de formas eritroblásticas inmaduras. Existió también la alteración de la forma leucocitaria, por una linfocitosis relativa.

Puso el Dr. Aguiar, esmero especial en la apreciación de la tasa de fósforo en la sangre de sus casos estudiados: encontró una fosforemia inferior a 4 milig.%, en un 75%, de los casos y una calcemia inferior a 9 milig. en un 68,70%.

Frecuencia sintomatológica en los raquíuticos, según encuestas realizadas en el país tomada del trabajo de R. Aguiar Nieto.

<u>Signos</u>	<u>Porcentaje</u>
Hipotomía muscular.....	97,86%
Rosario costal	92,30"
Vientre flácido	75,82"
Sudor (fuera del ejercicio).....	70,32"
Tórax blando	69,23"
Anemia	65,93"
Fontanela abierta	41,75"
Deformación del cráneo.....	38,46"
Retardo de la marcha	17,58"
Deformidades del tórax.....	9,89"

Entre otros síntomas se observaron frecuentes trastornos digestivos, sudores en una proporción del 70,32%, y trastornos de orden nervioso (intelectuales y psíquicos). A este respecto pudo observar la apatía e indiferencia que frecuentemente presentan los raquítics, hasta el punto de pasar horas enteras en una posición determinada. Anota como síntoma frecuente las estereotipias, tales como el espasmo salutatorio, y otras disquinesias análogas.

El Dr. Aguiar Nieto en su trabajo pone especial atención en lo referente al aspecto radiológico de las modificaciones raquítics del esqueleto. Además de su importancia para el diagnóstico también lo tiene y mucho para fines del control de tratamiento. Después de una sonera descripción de las imágenes más frecuentemente encontradas en la enfermedad raquítics, menciona las fracturas en tallo verde. Pone igualmente de manifiesto la importancia de practicar sistemáticamente la radiografía de la muñeca, ya que es la de más fácil ejecución e interpretación. Describe igualmente las técnicas más apropiadas para hacer esta radiografía, la cual consiste en: tomar la radiografía de la muñeca con el antebrazo del lactante en supinación y con la mano flexionada, para conseguir que los extremos óseos del cúbito y del radio se apliquen bien a la película. Afirma el Dr. Aguiar haber encontrado todas las formas radiológicas que describen los tratados al respecto, tales como ensanchamiento de las extremidades, aspectos despeinados, imagen en pico de águila, imágenes en cúpula, cáliz o copa, sinuosidades de la línea de osificación, etc. mostrando al mismo tiempo varias placas radiográficas tomadas en los niños observados. También hace interesantes consideraciones acerca de la diferenciación radiológica entre el raquitismo, la sífilis congénita y el escorbuto.

Pelagra

El Dr. Angel Emiro Gover, en su interesante monografía titulada "Contribución al estudio de la pelagra en Venezuela", hace un recuento sintomatológico de la Pelagra, describiendo la enfermedad en sus aspectos de síndrome gastro-intestinal, de síndrome cutáneo, de síndrome hematológico y de síndrome nervioso. Al hablar del síndrome gastro-intestinal hace referencia a la anorexia, y a un estado nauseoso especial que puede incluso llegar al vómito, haciéndose éstos, a veces increíbles. Llama también la atención acerca de la

frecuencia de trastornos de tipo gastro-enterocolíticos, con heces diarréicas, abundantes y muy fétidas. Estos trastornos ceden al instituirse una dieta adecuada. Al lado del cuadro gastro-intestinal, el Dr. Govea ha observado la presencia de alteraciones en la boca muy características. Ha encontrado fisuras a nivel de las comisuras labiales. La mucosa lingual roja. En un caso pudo constatar, junto con el Dr. Vizcarrondo una lengua pelagrosa típica, con región anterior y bordes de color rojo subido, papilas fungiformes destacándose nítidas sobre la superficie lingual. Además de las glositis y estomatitis frecuentes, se observa también hinchazón de las encías que sangran con facilidad.

En lo referente al síndrome cutáneo, describe las placas de pelagra como muy parecidas al eritema solar. Señala la vulnerabilidad de todas las regiones de la piel. Hace la apreciación de que el eritema pelagroide no es sino la "traducción objetiva del edema de las papilas del dermis con dilatación de los capilares, así como alteración de la fina capa colágena superficial del corium, apareciendo ulteriormente ingurgitación del propio epitelio capilar y fragmentación de la susodicha capa colágena con algunos acúmulos eosinófilos". Las placas, de un color rojo oscuro, de intensidad variable, presentan una ligera infiltración edematosa y sensibilidad extrema a la luz; con el tiempo el edema se va haciendo cada vez más discreto, el eritema va cediendo terreno a una zona pigmentaria, y ya en plena fase de sequedad, iníciase una descamación en colgajos laminares. Afirma el Dr. Govea en su trabajo haber encontrado estas formas evolutivas en todos los niños pelagrosos examinados. Las zonas expuestas a la luz son las más afectadas (cara, cuello y extremidades). Llana la atención acerca de la simetría de las lesiones. Con respecto al edema que pueden presentar los niños pelagrosos, ello aparece claramente explicado por la irregularidad en la alimentación en el sentido de ser ésta formada casi exclusivamente de hidratos de carbono, y pobre en proteínas, sales y vitaminas. Los síndromes policarenciales, presentan con frecuencia asociaciones con signos de pelagra, puesto que con gran frecuencia actúan reunidas varias causas carenciales.

Al hablar del síndrome hematológico, el Dr. Govea, afirma haber encontrado por otros autores, o sea, que puede tratarse a veces de una anemia simple, sin características propias, derivada de la inaniación, de las hemorragias intestinales, diarreas, etc. Por lo general la anemia es de tipo macrocítico chipertónica. Otros han encontrado anemia microcítica en el 80% de los casos.

Los síndromes nerviosos del cuadro de pelagra aparecen caracterizados por trastornos psíquicos y neurológicos. Cita el Dr. Govca tales modificaciones en algunos casos, presentados por Medina Jiménez, Gil Rincón, Raúl Ramos Calles y Lorenzo Castillo. Habla principalmente del insomnio, la excitabilidad, la agitación, como manifestaciones frecuentes en sus casos.

ESCORBUTO

Dr. Ernesto Vizcarrondo

El cuadro general del Escorbuto presentado en el trabajo de los Dres. Gustavo H. Machado, Ernesto Vizcarrondo y Guillermo Rangel, no muestra mayores diferencias del que presenta en los casos descritos en los textos clásicos.

Cuando el Escorbuto aparece en clínica aisladamente, sus manifestaciones aparecen precozmente, en tanto que en los síndromes poliarciales es de aparición tardía y de un pronóstico reservado en la mayoría de los casos.

Los síntomas señalados entre nosotros se encuentran descritos en el trabajo de los Dres. Machado, Vizcarrondo y Rangel, y son, por orden de frecuencia los siguientes:

- 1). Llanto.— Expresa sufrimiento del enfermo, es caso continuo, con exacerbaciones cuando se ejecutan movimientos activos o pasivos.
- 2).— Impotencia funcional.— En la mayoría de los casos existe actitud de flexión permanente, raras veces el miembro inferior puede estar en rotación externa y abducción; cuando existen fracturas siempre se le ha visto localizada en los miembros inferiores.
- 3).— Fiebre.— La fiebre es poco elevada (alrededor de los 38°) irregular, sin características especiales y de corta duración.
- 4).— Palidez.— Se la ha observado en todos los casos, y está en relación con el grado de anemia.
- 5).— Gingivitis hemorrágica.— Este síntoma se caracteriza por una tumefacción equinótica de las encías, a veces acompañada de períodos sanguíneos, espontáneos, o provocados por la exploración. Aparece la gingivitis a nivel de la implantación de los incisivos; en un caso pudo observarse la gingivitis al hacer erupción los caninos.
- 6).— Tumefacción de los miembros inferiores. Se localiza en la mayoría de los casos a nivel de la extremidad inferior del muslo; viéndose en ocasiones en las porciones superiores del muslo; (en

casos con fractura). La tumefacción es dura al tacto, provoca dolor; a veces la dureza es tal, que se confunde la tumefacción con una osteonclitis.

7).- Rosario costal. Siempre comprobamos este síntoma, acompañado de dolor a la palpación, distinguiéndose así muy fácilmente del rosario raquíptico.

8).- Hemorragias de la piel.- Es muy importante señalar que este síntoma es poco frecuente y aparece bajo la forma de equimosis subcutáneas, o de petequias en número variable.

9).- Edema.- Es poco frecuente. Sólo fué visto en un caso, acompañado de una glomerulo-nefritis hemorrágica.

En el cuadro siguiente se expresa la frecuencia respectiva de los signos clínicos;

<u>SINTOMA</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Llanto.....	100%
Impotencia funcional.....	100%
Fiebre.....	100%
Palidez.....	100%
Gingivitis hemorrágica.....	33,3%
Tumefacción dolorosa.....	66,6%
Rosario costal doloroso.....	66,6%
Hemorragias en piel.....	33,3%
Edema.....	16,6%

Examen radiológico del esqueleto.- En el trabajo de los Dres. Machado, Vizcarrondo y Rangel, se tomó como guía para la descripción de los signos radiológicos, la tesis de A. Chevalier sobre este asunto.

Según Machado, Vizcarrondo y Rangel, los signos más frecuentemente encontrados fueron los de Wimberger y la decalcificación de las diáfisis; luego el de Fraenkel y los hematomas sub-periósticos.

La decalcificación de las diáfisis consiste en un adelgazamiento de la cortical, pero en un caso pudo observarse un aspecto vítreo muy característico.

En cuanto a los hematomas subperiósticos, se hace resaltar el hecho de que cuando es difuso y no está aún enquistado, es muy difícil reconocerlo. Los signos condrocostales son difíciles de apreciar y en un caso pudo comprobarse una fractura del cuello quirúrgico del fémur.

A continuación exponemos la frecuencia de los signos radiológicos hallados entre nosotros (Machado, Vizcarrondo, Rangel):

SIGNOS

FRECUENCIA

Decalcificación de diáfisis.....	83%
Signo de Wimberger.....	83%
Signo de Fraenkel.....	66%
Hematomas subperiósticos.....	33%
Fracturas.....	16%

AVITAMINOSIS A

Sobre la Avitaminosis A realizó un detenido estudio el Dr. De Venanzi, y sobre ese trabajo hemos extraído los datos que se exponen a continuación:

Frecuencia.- Casi todo el trabajo se refiere a sujetos adultos; sólo aparecen en él 186 estudiantes del Liceo Andrés Bello.

Hiperqueratosis folicular.- Este síntoma se encontró en 161,8 por 10.000 de los estudiantes del Liceo donde se hizo el estudio.

Las curvas adaptométricas.- Encuéntranse por debajo de los valores considerados como normales.

Existe un alto porcentaje de individuos con valores muy bajos de Vitamina A y de caroteno en el suero. Sobre 200 sujetos estudiados, se encuentra una cantidad de Vitamina A de 77 U.I.%. Pudo apreciarse un 78,5% de sujetos por debajo de 100 U.I. La cantidad de caroteno fué de 125 U.I.

La adaptación de la oscuridad se encontró baja en más de 60 sujetos aparentemente normales y se estableció una relación entre dicho descenso y el consumo de la leche. Entre los alimentos que proporcionan Vitamina A en Venezuela, la leche constituye la fuente más importante de dicha vitamina. El análisis de nuestra alimentación muestra la escasez de los alimentos que se consideran más ricos en Vitamina A y caroteno.

SINDROME POLICARENCIAL

Dr. Miguel Raga

Tratamiento.-

No se puede establecer un tratamiento de rutina igual para todos los casos. Este depende de las condiciones en que se encuentre el paciente a su entrada al hospital.

Para comenzar diremos que el Hospital no es el sitio apropiado para el tratamiento de niños con trastornos nutritivos crónicos. Las razones son obvias. El ideal sería mantenerlos completamente aislados del resto del hospital, o mejor en sitios especiales fuera de la ciudad con personal ad-hoc.

También hay que hacer énfasis en el hecho de que la lucha contra los síndromes policarenciales, debe enfocarse directamente hacia sus causas fundamentales: económicas y sociales; en una palabra levantar el nivel educativo y económico de nuestra población. Es muy frecuente el hecho, observado por nosotros, de niños que salen del hospital en inmejorables condiciones nutritivas y que tarde o temprano vuelven a regresar en iguales o peores condiciones que la primera vez.

El tratamiento propiamente dicho que en este hospital se somete a los niños que padecen de "síndrome policarencial" puede resumirse en la forma siguiente:

1) Sin excepción, a todos se le administra vitaminas a altas concentraciones, por ejemplo:

Acido ascórbico: 100-200 ng. diarios.

Cloruro de Tiamina: 10 " "

Complejo B: lcc. interdiario, generalmente mezclado con Extracto de Hígado.

Acido nicotínico: 100 ng. diarios.

Levadura de cerveza 8-12 tabletas diarias.

Concentrado de Vitaminas A y D por vía oral. Tan pronto como mejoran de los trastornos nutritivos agudos.

2) Como la mayor parte de estos paciente son traídos al hospital ya por trastornos nutricionales agudos o trastornos del aparato respiratorio, es **INDISPENSABLE** tratar primero estos focos infecciosos. Para ello nos valamos de los antibióticos que en los últimos años han contribuido muy eficientemente a disminuir la mortalidad en este tipo de pacientes. Los trastornos digestivos que en su mayor parte son causados por infecciones debido a Shigelas o Salmonelas, ceden en su mayoría a la Sulfadiazina o a la sulfasuxidina; la primera droga la administramos por vía oral a la dosis de 0.10 grms.

a 0,20 grms. por kilo de peso, la segunda a la dosis de 0,25 grms. por kilogramo de peso. Estas drogas se administran a intervalos frecuentes (cada 3 ó 4 horas) ininterrumpidamente, hasta que las evacuaciones se hayan modificado en carácter y frecuencia. Nunca por más de 7 días seguidos. Los trastornos del aparato respiratorio los tratamos con Penicilina (20.000 a 30.000 unidades I.M. cada 3 horas) o con sulfadiazina o ambas.

3) La dieta bien dirigida es esencial.

La alimentación inicial, debe ser baja en cantidad y del bajo valor calórico. Un aumento demasiado rápido puede provocar severos trastornos digestivos con vómitos y diarrea. Al comienzo se administra una dieta pobre en grasas y relativamente rica en proteínas o hidratos de carbono. Generalmente se usa leche albuminosa con 5 o 10% de dextronalto y si ésta no es tolerada se administra leche acidificada o simplemente leche semidescremada, luego leche completa.

El valor calórico se va aumentando paulatinamente. El tratamiento curativo en los casos no complicados se reduce a suministrar temporalmente una dieta de alto valor calórico, particularmente rica en proteínas, en la cual la mayor cantidad de proteínas, consiste de leche, carne y huevos.

Los doctores Zubillaga y Barrera Moncada en su magnífico trabajo recomiendan la dieta siguiente:

Primero: Desde el comienzo hasta desaparición de los edemas suministro de 600 a 800 gramos diarios de solución normal de leche albuminosa con 5% de dextronalto, lo que da un total aproximado de 375 a 400 calorías repartidas en 22% de proteínas, 43% de hidratos de carbono y 35% de grasa.

Segundo: Luego, establecimiento de uno de los regímenes siguientes, que llamamos A y B.

REGIMEN TIPO A.-

Primera comida:

200cc. de leche albuminosa más 16 gramos de harina y 10 gramos de dextronalto. Esto produce alrededor de 139 calorías distribuidas así:

8 gramos de proteína	32 calorías
5 gramos de glúcidos	20 calorías
5.4 gramos de lípidos	48 calorías
16 gramos de harina (arroz)	56 calorías
10 gramos de dextronalto	37 calorías

Segunda comida:

100cc. leche albuminosa	50 calorías
sopea especial 100 gramos de verduras	75 calorías
Hígado molido 15 grms. 20 calorías	75 U.I Vit.A 2.5 ng. niaci na.

Tercera comida:

200cc. de leche albuminosa	100 calorías
20 grms. arrozena	75 calorías
60cc. de jugo de naranja	30 calorías (36 urg. V. I. C.)

Cuarta comida:

200cc. leche albuminosa	100 calorías
16 gramos de harina	56 calorías

El porcentaje de distribución de estas calorías es el siguiente:

Prótidos	19%
Glúcidos	55%
Lípidos	69%

REGIMEN TIPO B.-

Se diferencia del regimen tipo A, en que se añade un huevo en la segunda comida y se aumenta a 100 gramos la cantidad de hígado en la misma comida.

4) Aquellos que tienen marcadamente disminuidas las proteínas del suero reciben plasma (30 a 50 gramos por kilo de peso) 2 a 3 veces semanales. Ultimamente hemos usado el anigen por vía intravenosa o subcutánea pero nuestra experiencia es tan corta que no tenemos un criterio claro acerca de la dosis y los resultados.

5) En los casos de anemia severa, hacemos transfusiones repetidas de sangre total, a las mismas dosis del plasma. Las transfusiones de sangre las empleamos también liberalmente aun sin existir severa anemia. Conocido es su papel anti-infeccioso general y como complemento para la pronta renutrición del PACIENTE

PROFILAXIA DE LOS SINDROMES DE CARENCIA

Dr. J. A. Rodríguez Delgado

La deficiencia proteínica o déficit calórico y vitamínicos de las dietas usadas en la alimentación del niño pobre, son las causas determinantes de estos Síndromes Hiponutritivos; pero los factores determinantes de este déficit alimenticio los encontramos por encuestas efectuadas al efecto en:

1.- El bajo nivel económico del hogar proletario cuyas entradas no son suficientes para el abastecimiento, amén de la carestía de productos primarios para la alimentación, y

2.- En el bajo nivel cultural de nuestra clase pobre que ignora por completo lo relativo a alimentación y dieta.

La Profilaxia la podemos resumir así:

a) Elevar al poder adquisitivo de la clase trabajadora y abaratar los productos alimenticios, bases de la alimentación (leche, huevos, frutas, cereales, carnes, legumbres, etc.)

b) La capacitación de nuestro pueblo en asunto de higiene (labor de los Centros Materno-infantiles) y dietética de sus hijos, futuros ciudadanos (labor tenaz y constante por medio de charlas, conferencias, etc.).

c) Intensificar los Institutos de protección al niño económicamente débil: Casas-Cunas, Jardines de Infancia y Comedores Escolares.

En nuestro país es indudable que actualmente existe una lucha social por mejorar las condiciones económicas y vitales de nuestra clase trabajadora y hace poco fue creado el Instituto de Alimentación Popular que técnicamente dirigido, esperamos dé los resultados positivos que todos anhelamos.

Ya hay organizada una red muy numerosa de Comedores Escolares con regímenes dietéticos reglamentados, que alimentan a 23.210 niños en la República.

La Comisión Nacional de Abastecimiento, se ha ocupado de mejorar el abastecimiento de productos alimenticios de primera necesidad y de la regulación de sus precios, tratando de evitar la inflación en lo posible al respecto, con las graves consecuencias en la nutrición del pueblo.

Dietas recomendadas

(Tomadas del Instituto de Alimentación Popular)

Es entre 1 y 10 años que se ha encontrado el mayor número de Síndromes de Carencia y hemos tomado las siguientes dietas elaboradas en el Instituto de Alimentación Popular y que cubre las necesi-

dades calóricas entre un 40 a 50% por hidrato de carbono, 30-35 a 40% por grasas y 15 a 20% por proteínas, amén de las necesidades vitamínicas.

Alimento	Proteínas	Grasas	Hidratos de carbono	Calorías
Leche	3.5	4.0	5.0	65
Yogur	3.5	4.0	5.0	65
Queso	18.0	25.0	3.0	400
Carne	20.0	10.0	0.0	250
Pescado	20.0	10.0	0.0	250
Huevo	12.0	11.0	0.0	150
Arroz	7.0	0.5	75.0	130
Pasta	7.0	0.5	75.0	130
Legumbres	20.0	0.5	40.0	120
Frutas	0.5	0.5	10.0	40
Verduras	0.5	0.5	10.0	40

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

© 1980 por el autor. Todos los derechos reservados.

ISBN 84-203-1234-5

DIETA PARA NIÑOS (VARON O HEMBRA)
DE 1 A 2 AÑOS.

Alimentos	Cantidad en Grs.	VITAMINAS											UNIDADES	
		Calorías	Prótidos Grs.	Calcio Mgs.	Fósforo Mgs.	Hierro Mgs.	U. A. I.	Bl. Mgs.	Ribof. Mgs.	Niacina Mgs.	Mgs. C:	ácidas	básico	
Cereales.....	80	197	5,6	38	115	1,1	110	0,259	0,080	-	-	-	-	
Jugo de carne.....	30 (1)	11	3	11	175	4,0	35	0,070	0,070	-	-	-	-	
Leche.....	800	536	26	860	720	1,5	1.200	0,360	1,600	14	14	16,0	16,0	
Mantequilla.....	20	146	0,2	4	4	-	800	-	-	-	-	-	-	
Huevos (yema).....	25	85	3,9	37	136	2,1	900	0,090	0,150	-	-	7,5	-	
Papas.....	25	12	0,6	3	13	0,3	10	0,030	0,015	8	8	-	3,8	
Verduras y raíces.....	50	37	0,5	14	23	0,1	1.175	0,035	0,021	8,5	8,5	-	5,3	
Tomates.....	50	11	0,5	6	10	0,1	500	0,050	0,025	30	30	-	2,8	
Frutas cítricas.....	100	50	1,0	26	18	0,4	400	0,060	0,050	60	60	-	6,0	
Azúcar.....	10	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
T O T A L		1.125	41	1.019	1.214	9,6	5.130	0,954	2,011	8	120	23,9	33,9	
Requerimiento normal		1.100	36	800	900	6	2.000	0,600	0,900	6	50			

Porcentaje calórico provisto por leche 48%
 " " " " "prótidos 15%
 " " " " "lípidos 40%
 " " " " "Glúcidos 45%
 Cuociente ceto-anticetógeno 0,33
 (1) 30 grs. de jugo se obtienen 100 grs. de carnes

Porcentajes de prótidos de origen animal
 " " " " "hierro
 Relación calcio fósforo:
 Predominio básico (Unidades)

81%
 81%
 0,83
 10

DIETA PARA NIÑOS (VARON O HEMBRA)
DE 4 a 6 AÑOS

Alimentos	Cantidad neta gramos	Calorías	Prótidos gramos	Calcio Mgs.	Fósforo Mgs.	Hierro Mgs.	VITAMINAS					UNIDADES		
							A. U.I.	B1 Mgs.	Ribcf. Mgs.	Niacina Mgs.	C. Mgs.	ácidas	básicas	
Cereales.....	150	370	10,5	72	216	2,1	207	0,150	-	-	15,0	-	-	
Carnes.....	65	119	11	7	165	3,1	628	0,396	5,8	4,5	5,4	-	-	
Leche.....	900	603	30	990	810	1,7	1350	1,800	1,8	16,2	-	18,0	-	
Huevo.....	10	39	2	93	68	0,1	200	0,050	-	-	0,3	-	-	
Mantequilla.....	20	146	0,2	4	4	-	800	-	-	-	0,1	-	-	
Huevos.....	125	33	3,2	13	50	0,7	175	0,075	0,2	-	3,6	-	-	
Papas.....	50	25	1,3	6,5	25	0,5	20	0,030	0,7	15	-	3,9	-	
Verduras y raíces.....	100	75	1,0	30	47	0,3	2350	0,043	0,2	17	-	10,4	-	
Hortalizas.....	25	6	0,5	3	5	-	250	0,013	-	15	-	1,4	-	
Frutas cítricas.....	50	25	0,5	13	9	0,2	200	0,025	-	30	-	3,0	-	
Otras frutas.....	100	69	2,7	8	28	0,6	200	0,060	-	8	-	7,8	-	
Grasas.....	10	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOTAL		1.640	63	1.233	1.420	9,3	6.580	2,642	8,7	106	24,4	44,5		
Requerimiento normal		1.600	54	1.000		8	2.500	1.200	8	50				

Porcentaje calórico provisto por leche 36%
 " " " " "prótidos 15%
 " " " " "lípidos 38%
 " " " " "glúcidos 47%

Porcentaje de prótidos de origen animal 72%
 " " " " "hierro 60%
 Relación calcio-fósforo " " " " " " 0,8
 Predominio básico (unidades) 20,1

Costo de las dietas por Unidad
de 4 a 6 años

Alimentos	Cantidad neta Grms.	Valor Es
Cereales.....	150	0.225
Carne.....	65	0.195
Leche.....	900	0.675
Queso.....	10	0.050
Mantequilla.....	20	0.160
Huevos.....	25	0.300
Papas.....	50	0.050
Verduras.....	100	0.050
Tomates.....	25	0.050
Frutas cítricas.....	50	0.075
Azúcar.....	10	0.010
Manteca.....	10	0.030
Total.....		2.170

Costo de las dietas por Unidad
de 3 años

Alimentos	Cantidad neta Grms.	Valor Es
Cereales.....	100	0.150
Carne.....	40	0.120
Leche.....	800	0.600
Mantequilla.....	15	0.120
Huevos.....	25	0.300
Papas.....	25	0.025
Verduras.....	50	0.025
Tomates.....	50	0.120
Frutas cítricas.....	50	0.075
Otras frutas.....	100	0.030
Azúcar.....	10	0.010
Accite.....	10	0.080
Total.....		1.905

RACIONES ALIMENTICIAS (1)

(revisadas 1945)

Recomendadas por el Consejo Nacional de Investigación de Estados Unidos

	Calorías	Proteína gm	Calcio gm	Hierro mg	Vitamina A. U. I. 2	Tiamina mg.	Riboflavi- na mg.	Niacina mg.	Ácido as- córico mg.	Vitamina ⁵ D	U. I.
Embarazo (seg.mtd).	2500 ⁶	85	1,5	15	6000	1.8	2.5	13	100	400a800	
Lactancia.....	3000	100	2.0	15	8000	2.0	3.0	20	150	400a800	
Niños hasta 12 a. ⁷											
Menor de 1 año ⁸ ...	100/2	35/2	1.0	6	1500	0.4	0.6	4	30	400a800	
	2Lb.1k,	2Lb.1k.									
1-3 años (13 k)....	1200	40	1.0	7	2000	0.6	0.9	6	35	400	
4-6 años (19 k)....	1600	50	1.0	8	2500	0.8	1.2	8	50	400	
7-9 años (25 k)....	2000	60	1.0	10	3500	1.0	1.5	10	60	400	
10-12 años (34 k)....	2500	70	1.2	12	4500	1.2	1.8	12	75	400	

1.-Meta tentativa a la cual debe aspirarse al disponer regímenes dietéticos prácticos; puede alcanzarse por medio de una buena dieta a base de alimentos naturales. Dicha dieta aportará además otros minerales y vitaminas, cuyos requisitos son menos conocidos.

2.-La ración depende de la cantidad relativa de vitamina A y carotina. Las raciones de la tabla están basadas en el principio de que aproximadamente 2/3 de la vitamina A en la alimentación corriente en los Estados Unidos está representada por la carotina y que ésta representa la mitad o menos del valor de la vitamina A.

3.-Para adultos (excepto embarazadas y lactantes) que reciben dietas en 2000 calorías o menos (tales como dietas de adelgazo las raciones de tiamina, riboflavina y niacina pueden ser 1, 1.5 y 10mg. respectivamente. El hecho de dar valores para diferentes niveles calóricos para tiamina, riboflavina, y niacina, no denota que se puedan estimar estos valores dentro de 500 calorías, sino que se dan para simplificar los cálculos. Otros miembros del complejo B son también necesarios, aun cuando no se puedan dar sus valores. Los alimentos que faciliten cantidades adecuadas de tiamina, riboflavina y niacina, suplen también suficiente cantidad de las otras vitaminas del grupo B.4.-A las personas que no tienen oportunidad de exponerse a los rayos solares y para los ancianos, les conviene ingerir pequeñas cantidades de vitamina D. Otros adultos tienen probablemente poca necesidad de vitamina D 5.- Durante el último período del embarazo, la ración debe aumentarse aproximadamente 20% sobre el nivel anterior. El valor de 2500 calorías representa la ración para las embarazadas de vida sedentaria.

6.- Las raciones para los niños están basadas en las necesidades para el año medio cada grupo (2, 5, 8, etc), representando una actividad moderada y un peso promedio del año medio del grupo etario.

7.- Las necesidades de las criaturas aumentan cada mes con el tamaño y la actividad. Las sumas dadas son aproximadamente para 6 a 8 meses. Los requisitos dietéticos para algunos factores tales como proteína y calcio son menores si aquéllos se derivan en su mayor parte de la leche humana.

Síntesis de los labores de la Comisión
Nacional de Abastecimiento al Respetto.-

En vista de que el problema de la alimentación popular y alza del precio en los artículos de primera necesidad se ha agudizado más aún en la post-guerra que durante ésta, nuestro Gobierno creó la Comisión Nacional de Abastecimiento, con el objeto de controlar y mejorar precios y todo lo relacionado en productos vitales en la alimentación popular, al mismo tiempo que otros Organismos se ocupan de mejorar y aumentar la producción nacional (Corporación Venezolana de Fomento).

Regulación de precios en artículos alimenticios.

1943-(24-2-43)-1945-1946.

Precios que fueron regulados y que hoy están en libertad.

<u>Artículos</u>	<u>Precio de compra</u>			<u>Precio de venta</u>	
Arroz	Es	90,00	%	Es	1,00 Kg.
Caraoatas	"	90,00	"	"	1,1,00 "
Maíz en concha	"	45,00	"	"	0,50 "
Maíz pilado	"	54,00	"	"	0,60 "
Azúcar	"	80,00	"	"	0,90 "
Manteca	"	275,00	"	"	3,00 "
Queso	"	375,00	"	"	4,50 "
Papelón	"	90-100,00	"	"	1-1,10 "
Pastas alimenticias	"	100,00	"	"	1,20 "
Sal molida	"	12,00	"	"	0,15 "
Mantequilla	"	775,00	"	"	8,50 "
Harina de trigo	"	65,00	"	"	0,75 "
Carne					2-3,50 "

Precios fuera de regulación

<u>Artículos</u>	<u>Año 1947</u>			<u>Precio de venta</u>	
	<u>Precio de compra</u>			Es	Kg.
Arroz	Es	105,00	%	Es	1,20
Caraoatas	"	130,00	"	"	1,50
Maíz en concha	"	50,00	"	"	0,60
Maíz pilado	"	55,00	"	"	0,65
Azúcar	"	95,00	"	"	"
"	"	100,00	"	"	1,20
Manteca	"	"	"	"	"
(continúa regulada)	"	275,00	"	"	3,00
Manteca	"	340,00	"	"	3,80
"	"	480,00	"	"	4,80
"	"	"	"	"	5,50
Queso	"	450,00	"	"	6,00
"	"	500,00	"	"	0,90
Papas	"	70,00	"	"	1,00
"	"	80,00	"	"	1,80
Papelón	"	160,00	"	"	2,00
"	"	175,00	"	"	1,45
Pastas alimenticias	"	135,00	"	"	1,50
"	"	"	"	"	"

<u>Artículos</u>	<u>Precio de compra</u>	<u>Precio de venta</u>
Sal molida	Es 12,00 ¢	Es 0,15 kg.
Mantequilla	" 90,00 "	" 10,00 "
Harina de trigo	" 100,00 "	" 1,10 "

Como vemos, estos artículos alimenticios al dejarlos a precio de libre venta han aumentado sus valores y el Gobierno a través de los Organismos Comisión Nacional de Abastecimiento y Banco Agrícola y Pecuario ha tomado algunas medidas entre las cuales citamos las siguientes, con el objeto de controlar el alza de precio o tratar de conseguir la estabilidad de éstos.

Leche en polvo.- Está hoy de libre venta; pero para abaratarla ha sido exonerado de derechos de aduana y se ha ensayado la venta al detal, de leche reconstituída a precio más barato.

Carne.- Antes de la guerra, la carne valía a Bs 1,50 kg., durante la guerra y en la post-guerra, según la calidad subió y fué regulada a Bs 2,00 kg. y para sostener este precio el Gobierno pagaba una prima a los ganaderos (compraba a Bs 1,30 kg. y vendía a Bs 1,00 kg.).

Es un hecho la traída de carne congelada de Argentina y su precio de venta será más barata, cuestión primordial en la alimentación del pueblo.

Las frutas importadas han bajado de precio, ya que el impuesto aduanero ha sido bajado de Bs 1.00 kg. a la suma de Bs 0,10 kg.

En vista de que la supresión de la regulación de precios de artículos alimenticios anteriormente regulados y ya nombrados, ha aumentado su costo con tendencia a seguir aumentando, el Gobierno por intermedio de la Comisión Nacional de Abastecimiento y Banco Agrícola y Pecuario, importa productos esenciales para la alimentación popular: azúcar, arroz, maíz, etc; los pone un precio de venta que en realidad le ocasiona pérdidas, para así poder controlar el alza de éstos, importados por ciertos comerciantes que pretenden obtener ganancias fabulosas con la venta de artículos alimenticios vitales en la alimentación de nuestro pueblo.

En general todos los productos alimenticios (productos dietéticos en la alimentación del niño, etc.,) han sido declarados libres de derechos arancelarios como una medida más para que no sea onerosa y esté al alcance de la clase necesitada.

Ley de Trabajo

Con el objeto de aumentar el poder adquisitivo y estabilidad económica del trabajador, en la nueva Constitución Nacional elaborada por la Asamblea Nacional Constituyente, entre otros artícu-

los de protección al trabajador, encontramos lo siguiente:

Garantías individuales sociales y económicas.- Artículo 46.-

La ley dispondrá lo necesario para la mayor eficacia, responsabilidad y estímulo en el trabajo, organizándolo adecuadamente y estableciendo la protección que deberá dispensarse a los trabajadores para proveer al mejoramiento de su condición física, moral e intelectual y al incremento de la población.

Artículo 47.- Aparte 2.- Salario remunerador a vida cuenta y calidad del trabajo, sobre la base de que a trabajo igual corresponde igual salario sin distinción de sexo, nacionalidad y raza.

Artículo 49.- La nación auspiciará un régimen de participación de los empleados y trabajadores en los beneficios de las empresas y fomentará el ahorro entre los mismos.

Entre otras mejoras se prevé para el futuro la fijación de salario mínimo para el trabajador.

MENUS PARA COMEDORES ESCOLARES
DEL 1 AL 6 (Serie semanal N° 1)

MENU N° 1

Hervido criollo
Asado
Papas al vapor
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 2

Sopa de fideos
Albóndigas de carne
Plátanos horneados
Ensalada mixta
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 3

Arvejas guisadas
Bistec Hamburgués
Puré de papas
Ensalada mixta
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 4

Sopa de crema de espina
cas
Fricassé de ocaño
Spaguetti con parmesano
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 5

Sopa crema de tomates
Carne guisada con papas
Arroz con zanahorias
Plátano al caramelo
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 6

Sopa de caracas blancas
Pudín de hígado
Ensalada mixta
Torta de pan
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 7

Sopa de ahuyana
Pescado frito
Spaguotti con parnesano
Ensalada mixta
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 9

Sopa de arroz
Carne con vainitas
Ensalada mixta
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 11

Sopa de harina tostada
Carne en albóndigas
Arroz blanco
Ensalada mixta
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 8

Sopa de fideo
Carne mechada
Puré de papas
Plátano horneado
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 10

Hervido picado
Carne con salsa
Macarrones con salsa de
tomates
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 12

Puré de carotas negras
Carne abizcochada
Papas en crema
Ensalada de tomates
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENUS PARA COMEDORES ESCOLARES

DEL 13 al 18

MENU N° 13

Hervido de pescado
Carne frita
Arroz guisado con vainitas
Plátano en caramelo
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 14

Crema de apio
Carne en asado
Repollo guisado
Batatas en caramelo
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 15

Puré de caracas negras
Carne en albóndigas
Arroz blanco
Plátano horneado
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 16

Hervido picado
Pulín de hígado
Papas al gratón
Ensalada mixta
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 17

Sopa de crema de ocuno
Carne abizcochada
Plátanos rollenos
Tortitas de harina
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 18

Sopa de fideos
Carne en vinagreta
Puré de ñame
Ensalada mixta
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENUS PARA COMEDORES ESCOLARES

DEL 19 al 24

MENU N° 19

Sopa de crema de tomates
Pescado en escabeche
Spaguetti con parmesano
Plátanos fritos
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 20

Sopa de funche
Bistec hamburgués
Tallarines al gratén
Ensalada mixta
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 21

Sopa de crema de cebollas
Albóndigas de pescado
Macarrones al parmesano
Plátano sudado
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 22

Sopa de ahuyama
Carne en salsa
Papas al vapor
Ensalada mixta
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 23

Hervido criollo
Carne al horno
Arroz blanco
Batatas en caramelo
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 24

Sopa de apio
Bistec de lomo
Repollo guisado
Plátano frito
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENUS PARA COMEDORES ESCOLARES

DEL 25 al 30

MENU N° 25

Sopa de arroz
Carne abizcochada
Papas en crema
Ensalada mixta
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 26

Sopa de crema de tomates
Carne frita
Ñame en salsa blanca
Ensalada mixta
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 27

Sopa de crema de ocumo
Pudín de hígado
Spagueti con parmesano
Batatas en caramelo
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 28

Sopa de fideos
Pescado en escabecho
Puré en papas
Plátano relleno
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 29

Sopa de nabo
Carne con vainitas
Arroz blanco
Tortitas de harina
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 30

Sopa de funcho
Pudín de hígado
Tallarines al gratén
Plátanos rellenos
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENUS PARA COMEDORES ESCOLARES

DEL 31 al 36

Serie semanal N° 6

MENU N° 31

Sopa de pastas
Bistec con ensalada
Carnotas guisadas
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 32

Sopa de arroz
Pescado fresco
Arvejas
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 33

Sopa de frijolitos
Carne guisada

Verduras
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 34

Sopa de garbanzos
Tortilla de papas con
huevo
Queso
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 35

Hervido de carne
Hígado con hojas verdes

Frijoles blancos
Leche
Pan de trigo

MENU N° 36

Puró de carnotas negras
Carne de cerdo con papas
fritas
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENUS PARA COMEDORES ESCOLARES

DEL 35 al 42

Serie semanal N° 7

MENU N° 37

Puré de papas y zanahorias
Hígado de res con hojas verdes
Arroz
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 38

Sopa de pastas
Hígado con papas fritas
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 39

Hervido de carne
Pescado
Carraotas negras
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 40

Sopa de verduras
Bistec con papas
Frijoles
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 41

Puré de carraotas
Bistec de hígado con tomates
Arroz blanco
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 42

Hervido picado
Tortilla con papas y huevos
Arroz blanco
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENUS PARA COMEDORES ESCOLARES

SERIE SEMANAL N° 8

DEL 43 al 48

MENU N° 43

Sopa de arvejas
Carne fríta
Ensalada de remolacha
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 44

Sopa de pastas
Hígado molido con tomate
Carrotas negras
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 45

Sopa de pan
Pescado frito
Ensalada de vainitas y papas
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 46

Sopa de verduras
Carne con tomate
Plátano frito
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 47

Sopa de pastas
Guisado de carne con papas
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 48

Hervido picado con carne
Carrotas negras
Plátano horneado
Frutas
Pan de trigo

MENUS PARA COMEDORES ESCOLARES

SERIE SEMANAL N° 9

DEL 49 al 54

MENU N° 49

Sopa de apio
Albóndigas de carne
Arroz blanco
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 51

Sopa de pastas
Hígado con papas
Arroz blanco
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 53

Puré de espinacas
Bistec de hígado
Ensalada de remolacha
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 50

Sopa de arvejas
Ensalada de papas con huevos
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 52

Hervido de carne con verdura
Carnotas negras
Tortilla con tomate
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 54

Puré de carotas negras
Carne frita con tomates
Arroz blanco
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENUS PARA COMEDORES ESCOLARES

SERIE SEMANAL N° 10

DEL 55 al 60

MENU N° 55

Sopa de verduras
Carne a la parrilla
Ensalada de zanahorias
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 57

Crema de tomates
Carne frita
Plátano al horno

Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 59

Sopa de pan
Carne en albóndigas
Ensalada de vainitas

Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 56

Sopa de arvejas
Puré de papas
Revoltillo de huevos
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 58

Sopa de Frijoles
Bistec de hígado
Macarrones con parmesa-
no
Frutas
Leche
Pan de trigo

MENU N° 60

Sopa de apio
Arroz blanco
Ensalada de papas con
huevos
Frutas
Leche
Pan de trigo

IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

AVITAMINOSIS "C" EN LA INFANCIA

Contenido en Vitamina "C" de las principales frutas, loches y algunos vegetales en Cuba.

PROF. T. VALLEDOR.

CARACAS - VENEZUELA

AVITAMINOSIS "C" EN LA INFANCIA

Contenido en Vitamina C de las principales frutas, leches y algunos vegetales en Cuba.

Prof. T. Valledor.

El escorbuto de forma grave, con el cuadro típico de la enfermedad de Barlow, consecuencia de un agotamiento absoluto de las reservas de la vitamina C en el organismo, es cada día de observación más rara en nuestro medio, entre otros motivos, porque los conocimientos sobre la importancia del aporte de jugos de frutas en la alimentación, ha adquirido en los últimos años una difusión extraordinaria, llegando a ser del dominio popular, lo que ha dado como resultado el uso de dietas más equilibradas. En una revisión del Archivo de la Cátedra de Pediatría (hospital Mercedes), en los últimos 15 años, solamente se refieren 14 casos de escorbuto florido.

Sin embargo, a medida que se conocen mejor las diversas formas de esta perturbación nutritiva se ha demostrado que las carencias atenuadas o frustes son relativamente frecuentes lo que se debe en muchas ocasiones a que el aporte de esta vitamina en el alimento, suficiente para evitar el escorbuto grave, no lo es para impedir la aparición de un síndrome atenuado, pero debido a la misma causa; se trata entonces de una carencia parcial de vitamina "C".

Entre las formas con síntomas apreciables merecen citarse el llamado escorbuto monosintomático y de una manera especial las formas atípicas del mismo, como el hematoma peri-orbitario y el gran hematoma sub-aponeurótico del cuero cabelludo, de los cuales hemos referido dos casos en colaboración con el Profesor Aballí.

Entre las formas frustes merecen citarse: las Hematurias microscópicas, la Anemia, la Febrícula prolongada, la detención en el crecimiento ponderal, los edemas de localización escrotal, y la disminución de la resistencia a las infecciones.

El diagnóstico radiológico es de gran valor tanto en las formas floridas como en las atenuadas, monosintomáticas o en las frustes.

Las formas sub-clínicas o asintomáticas, corresponden a una disminución de las reservas de vitamina C en los tejidos y solamente pueden ser descubiertas por los métodos químicos entre los cuales la dosificación de vitamina C en la sangre tiene un valor clínico, indudable.

El cuadro siguiente dando del trabajo de Ingalls, da una idea aproximada de las cifras que debemos estimar normales y las sub-óptimas o francamente deficientes:

Reserva de vitamina C .		Ácido ascórbico en el plasma.		
		Mig.	por	100
Optima	Saturación	1.00	c	2.00
	Normal	0.70	a	1.00
	Normal baja.....	0.50	á	0.70
Sub-óptima.....		0.30	c	0.50
Deficiente	Escorbuto asintomático.....	0.15	c	0.30
	Escorbuto clínico.....	0	a	0.15

Cuando las cifras bajas se repiten en varios análisis sucesivos su valor diagnóstico es mayor.

La disminución de la reserva puede estar relacionada con un consumo exagerado como sucede en las infecciones, en concordancia con el papel de fermento óxido-reductor, que esta vitamina desempeña, lo que explica igualmente la necesidad del mayor aporte que se requiere en el lactante y durante el embarazo en la mujer, por la intensidad del metabolismo en ambas etapas. Pero muy frecuentemente también la disminución de la reserva es producida por una falta en la dieta, de la cantidad requerida de esta vitamina.

En una investigación realizada por nosotros en 104 niños de la Casa de Beneficencia cuya edad fluctuaba entre 0 y 6 años, que recibían una dieta bastante balanceada, con el aporte de 1 a 2 onzas de jugo de naranja demostró cifras bajas por debajo de 0.50 mg. en un 33.6% de los casos. Las cifras más bajas correspondían al grupo de lactantes, entre los cuales había una proporción considerable de distróficos de grado ligero.

De acuerdo con el resultado de esta investigación, consideramos como dosis mínima necesaria para el lactante sano, al rededor de 40 mgs. de ácido ascórbico, al día, aumentando a 60 mgs. cuando se trata de distróficos, lo que significa un promedio de 3 a 4 onzas de jugo de frutas cítricas en las 24 horas.

CONTENIDO EN VITAMINA C DE DIVERSOS TIPOS DE LECHE

Con los Doctores Baltrons, Fernández Flores y López Junquera, determinamos el contenido en vitamina C. de diversos tipos de leche, que comprendían: 26 muestras de leche de mujer; 25 de leche de yegua; 9 de leche de vaca cruda; 20 de leche de vaca pasteurizada; 7 de leche de cabra; 8 de leche

evaporada y 10 de leche condensada, llegándose a las siguientes conclusiones:

CONCLUSIONES

- 1) El contenido de ácido ascórbico de la leche de mujer en nuestro medio es bastante elevado, alcanzando como promedio 5.9 mlgs. por 100 c.c. de leche en las 26 muestras examinadas. Cifras concordantes en general con las norteamericanas y europeas.
- 2) La leche de yegua es tan rica en ácido ascórbico como la leche de mujer. En 25 muestras examinadas se encontró un promedio de 5.8 mlgs. por 100 c.c. de leche. Como esta leche se administra cruda, su proporción de ácido ascórbico es más que suficiente a llenar las necesidades del lactante en lo que a vitamina C se refiere.
- 3) Las leches de vaca y de cabra son muy pobres en ácido ascórbico fluctuando su contenido alrededor de 1.5 mlgs. por 100 cc. de leche cruda y sin diluir. La necesidad de dilución y esterilización disminuye aún más su escaso contenido en esta vitamina, debiendo estirarse a los fines de la dietética infantil como leches desprovistas de vitamina C.
- 4) Las leches pasteurizadas, evaporada y en polvo, una vez diluída están igualmente desprovistas de vitamina C. Es conveniente recordar a este respecto, no confundir la proporción en ácido ascórbico de la leche concentrada antes de diluir con la que presentan una vez diluídas.
- 5) Excepto cuando utilizamos leche de mujer o de yegua, será necesario aportar en la dieta la cantidad necesaria de vitamina C. en forma de jugo de frutas.

DETERMINACION DE LA VITAMINA C EN LAS FRUTAS

DE CUBA.-

En colaboración con los Doctores Fernández Flores y López Junquera, realizamos la determinación de Vitamina C en las principales frutas de consumo corriente en el país, cuyos resultados exponemos en el cuadro adjunto; del cual pueden derivarse las siguientes conclusiones:

- 1) Se practicaron por primera vez en Cuba, más de 200 determinaciones de vitamina C en distintas clases de frutas del país y en algunos vegetales. Las dosificaciones se obtuvieron en miligramos de ácido ascórbico por

100 granos de material examinado, pulpa, jugo etc., y la técnica empleada fué la de Tillman, con el colorante azul 3.2, diclorofenolindofenol.

2) Las frutas más ricas en ácido ascórbico entre nosotros lo son: la guayaba silvestre, la papaya, sobre todo la variedad de pulpa roja conocida con el nombre vulgar de "fruta bomba maney", el grupo cítrico constituido por la naranja de china, la naranja lima, la toronja, el limón y la piña blanca.

3) El limón entre nosotros, tiene una proporción inferior en vitamina C. (30 mgs. X 100 cc. de jugo) que en América del Norte, donde llega hasta 40 y 50 mgs.

4) El jugo de naranja es en nuestro medio casi el doble más rico en ácido ascórbico que el de limón, contrariamente a la opinión clásica mantenida durante largo tiempo, que sostenía un criterio opuesto.

5) El jugo de piña blanca, contiene más del doble en ácido ascórbico (43 mgs. X 100 cc) que el jugo de piña roja, que sólo alcanza un promedio de 17 mgs. X 100 cc. de jugo.

6) El jugo de mango filipino o biscochuelo y el jugo de melón, (cantaloup) pueden ser utilizados con ventaja porque contienen una cantidad de ácido ascórbico casi equivalente a la del jugo de limón (25 a 30 mgs. X 100 cc). El melón de agua por el contrario, tiene una cantidad muy reducida.

7) Entre los vegetales, el jugo de tomate da una proporción elevada, alrededor de 35 mgs. X 100 cc.

8) Los jugos de frutas importadas, manzanas, uvas y peras, tan usadas en nuestro medio, están desprovistos practicamente de esta vitamina.

9) La dosis mínima que debe ser administrada diariamente en la alimentación artificial para obtener una reserva óptima de esta vitamina en los tejidos, es alrededor de 30 a 40 mgs, en el primer año equivalente a 600 a 800 unidades internacionales. Esta cantidad es aproximadamente la misma que recibe el niño alimentado al pecho.

10) El empleo de dosis suficientes, es de todo punto de vista conveniente, por las razones apuntadas e inócuo, dado que no se conocen accidentes de hipervitaminosis con esta vitamina.

S U M M A R Y

Severe scurvy, Barlow's disease, is rare in Cuba. Only 14 cases have been reported over a period of 15 years in the children wards of the Hospital Mercedes, at Havana.

Determinations of the level of vitamin C in plasma, in 104 children from an orphanage, showed 33.6% to be under 0.50 mg. per 100 c.c. of plasma. These children received an average of one to one and a half ounces daily of orange juice, with an otherwise well balanced diet.

Minimal requirements are estimated to be 40 mg. daily for normal infants and 60 for dystrophic ones.

From analyses of several specimens of mother's milk, Mare's milk, goat's milk, etc., it was shown that the two first mentioned are rich in vitamin C, while the others are poor in it.

In 200 determinations of vitamin C contents of Cuban fruits, guava, papaw juice, oranges, grape fruits, white pineapples and mangoes proved to be rich in it.

Lemons in Cuba are not as rich in vitamin C as oranges.

dg.

F R U T A S

CANTIDADES DE ACIDO ASCORBICO, EN MG., POR CADA

100 GRAMOS DE FRUTA

P R O M E D I O

M A X I M A

M I N I M A

NUMERO
DE
ANALISIS

En jugo

En pulpa

En jugo

En pulpa

En jugo

En pulpa

Anón.....	6	6.5777	3.791	7.00	4.43	4.09	2.73
Caña.....	4	0.364		0.45		0.28	
Coco, agua.....	5	4.311		5.21		3.97	
Guarábana.....	2		17.070		18.78		15.36
Guayaba silvestre.	12		114.975		156.50		75.12
Guayaba del Perú..	5		5.008		7.82		3.13
Limón.....	15	30.976		52.54		21.34	
Mamey colorado....	6		23.220		37.56		15.65
Mango Bizcochuelo.	4	28.190		47.77		19.71	
Mango Filitino.....	4	28.180		48.77		18.78	
Melón Canteloup....	4	25.432	23.530	28.00		23.89	22.27
Mamoncillo.....	1	1.707					
Melón de agua.....	4	7.190		9.39		4.69	
Naranja de china..	14	58.895		123.20		34.22	
Naranja Mandarina	10	33.874		42.68		23.68	
Naranja de Lima...	10	57.759		85.35		42.68	
Naranja agria.....	10	34.702		35.52		28.45	
Piña blanca.....	10	43.192		48.77		37.93	
Piña roja.....	10	17.746		22.76		12.19	
Papaya.....	12	77.645		136.56		31.30	
Plátano Johnson....	8	3.055		4.69		1.70	
Plátano manzano...	6	3.743		4.69		3.08	
Tamarindo.....	1		0.017				
Toronja.....	10	48.418		62.07		42.68	

IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

SINDROMES CARENCIALES EN EL

NIÑO DEL URUGUAY

Relator:
Prof. Dr. Euclides Peluffo.

Caracas-Venezuela

SINDROMES CARENCIALES EN EL NIÑO DEL URUGUAY

Este comentario no tiene la intención de abordar el estudio de la patología y clínica de las enfermedades carenciales en la infancia, sino únicamente comentar en forma somera las principales características, y su importancia dentro de la patología del niño en el Uruguay.

Hasta estos últimos años las enfermedades carenciales específicas no constituyeron un problema de gran trascendencia médico-social, no obstante la frecuencia de la alimentación insuficiente o incompleta en las clases pobres de nuestra población, como lo demostraron Bauzá en el año 1929 en un estudio basado en 5000 niños escolares del interior del país, la Profesora Dra. Saldún de Rodríguez en los preescolares en 1935, la Dra. Yannuzy en un trabajo basado en estudio de 12.000 niños concurrentes a un Comedor Escolar, durante el año 1944. Por su parte llegaron a idéntica conclusión, en 1943, el Dr. Petrillo luego de estudiar 10.000 niños de las escuelas de la ciudad de Montevideo, y la Srta. Fernández Villamil, quien hizo un documentado estudio de 211 familias de una barriada populosa y proletaria de nuestra Capital.

Prueba de la relativamente buena alimentación de nuestra población son las conclusiones a que llegaron los Dres. Varela Fuentes y Munilla en su estudio sobre "Aspectos de la Alimentación en el Uruguay". Los mencionados autores dicen sobre el particular lo siguiente: "El problema de la alimentación en el Uruguay se caracteriza de acuerdo a los datos disponibles, por bajos niveles de producción y consumo de verduras y frutas frescas y de huevos; niveles satisfactorios de cereales y leche y altos niveles de consumo de carne".

Lamentablemente en estos últimos años la población ha encontrado dificultades para resolver el problema de su alimentación, sobre todo en los grandes centros urbanos, especialmente en Montevideo, por causas múltiples que no creemos el momento de considerar. Esta situación ha repercutido, como es lógico, sobre la alimentación del niño y su resultante es el aumento en la frecuencia de las enfermedades de carencia.

A continuación haremos un relato sinóptico de los principales síndromes carenciales que han sido objeto en estos últimos años de una mayor atención por parte de nuestros pe-

diatras, particularmente por el hecho comprobado de su mayor frecuencia dentro de la población infantil de nuestro pueblo.

Nos parece innecesario insistir en que, por lo general, los síndromes carenciales no se presentan aislados; en el lactante es habitual la asociación de deficiencias cualitativas y cuantitativas. Es entre los niños distróficos que concurren a nuestros consultorios o se internan en los hospitales donde se comprueba la presencia de carencias específicas. A su vez, es corriente la presencia simultánea de más de una carencia por lo que en el comentario que sigue a continuación nos referiremos en cada capítulo a aquella que es dominante dentro del cuadro clínico.

I El Raquitismo en el Uruguay.

Hasta no hace muchos años el raquitismo no constituyó en nuestro medio un problema de entidad, ya que estaba reducido a manifestaciones ligeras muy distintas en importancia a las que se observan en otros países. Por esa razón solamente se conoce una publicación del Profesor Burghi en 1924 dedicada a esta enfermedad, pero que, en realidad, se refiere exclusivamente al problema del craneotabes en el lactante.

Es recién en el año 1936 que Carrau y Bazzano hicieron notar la frecuencia en nuestro ambiente, ya que en una estadística, basada en el estudio clínico y radiológico de lactantes hospitalizados de 3 a 30 meses de edad, hallan entre el 15 y 18 por ciento de raquíticos. Los autores mencionados no encuentran relación entre la frecuencia de raquitismo y la estación del año. Además, destacan que las manifestaciones clínicas son, en la mayoría de los casos, leves, reconociendo la importancia del estudio radiológico capaz de diagnosticar con más seguridad que la clínica las formas incipientes de la enfermedad.

Conrado Pelfort, en ese mismo año, también llama la atención sobre el aumento en la incidencia del raquitismo; en tanto el porcentaje entre los hospitalizados era de 8,54, por ciento, en el período 1933-35 se eleva a 12,6.

En 1941 el Profesor A. Ramón Guerra dedica su Tesis de Agregación al estudio del Raquitismo. En dicha Monografía destaca el aumento de frecuencia en nuestro medio. Entre los niños que concurren a los Servicios Policlínicos del Hospital Dr.

Pedro Visca comprueba que el raquitismo varía con las estaciones, pasando por un máximo en primavera; en 1936 encuentra 48% de niños con manifestaciones de carencia vitamínica D; en 1937, un 53%, comprobando la máxima frecuencia en el mes de octubre, es decir, en plena primavera, y no al final del invierno como acontece en aquellos países donde esta enfermedad es más frecuente y más grave.

El mínimo de frecuencia ocurre en otoño: el 10 a 15% de los casos.

Gianelli, en un Consultorio Gota de Leche de la Unión (población vecina a la ciudad de Montevideo) demuestra la existencia de un alto porcentaje de raquíticos. En setiembre de 1940 encuentra 27%, la mayoría entre los 6 y 24 meses de edad. Lo interesante es que buena parte de esos niños estaban alimentados a pecho y eran bien desarrollados en lo que se refiere a peso y talla.

En lactantes hospitalizados en el Servicio C del Hospital Dr. Pedro Visca, el Profesor Ramón Guerra encuentra una curva análoga pero en proporción menor, hecho que él interpreta con acierto admitiendo que la distrofia y la atrofia, muy frecuentes en los lactantes hospitalizados, detiene o atenúa el crecimiento y por eso se inhibe el desarrollo de la enfermedad. En el mes de octubre de 1941 encuentra un porcentaje de 32-35 por ciento de niños con manifestaciones clínicas, radiológicas y humorales de raquitismo, el tercio del total de los lactantes hospitalizados. En los meses de otoño solamente hay un 12 por ciento.

Las cifras son variables dentro de los límites indicados según los años.

En su Monografía el Profesor Ramón Guerra concluye que el raquitismo es muy frecuente en nuestro medio en la actualidad. Por lo general es en su exteriorización clínica mucho más atenuado que el que se observa en la mayoría de los países europeos, en los Estados Unidos de Norte América y en el Canadá e, incluso, en otros países de nuestro Continente, Chile, por ejemplo.

Atribuye el mencionado autor la mayor incidencia actual a condiciones ligadas a la mayor densidad de la población ciudadana, a la modificación que ha experimentado la edificación, que se ha hecho más compacta y elevada, a la escasez cada vez mayor de vivienda para el pobre, lo que obliga a un hacinamiento

to mucho más grande que antes, es decir, que entre nosotros ya existen todos los factores que en oportunidad se han hecho presentes en los países antes mencionados y dan razón del aumento del raquitismo. Corrobora esta explicación la menor frecuencia de niños raquíticos entre los pobladores no sólo de la campaña sino también de las barriadas suburbanas de la ciudad.

II El Escorbuto Infantil en el Uruguay

También la carencia de vitamina C en los niños de nuestro país fué durante muchos años un hecho de excepción, hasta el punto de que todo caso de escorbuto infantil registrado merecía ser publicado. Siempre se trató de casos aislados, salvo en el año 1898 en que el Dr. Saráchaga recogió, en el Asilo de Expósitos, una serie de 43 casos, atribuíbles éstos a circunstancias particulares fáciles de deducir.

A continuación resumimos el número de casos publicados desde aquel primer trabajo uruguayo referente a escorbuto infantil hasta el año 1945.

Año 1899	.....	2 casos
" 1906	.....	2 "
" 1916	.....	4 "
" 1917	.....	1 "
" 1918	.....	3 "
" 1922	.....	1 "
" 1923	.....	1 "
" 1924	.....	1 "
" 1926	.....	1 "
" 1928	.....	1 "
" 1930	.....	3 "
" 1931	.....	1 "
" 1932	.....	1 "
" 1936	.....	2 "
" 1937	.....	1 "
" 1938	.....	5 "
" 1939	.....	1 "

En total 31 observaciones, la mayoría en lactantes del segundo semestre, alimentados artificialmente, distróficos y disérgicos.

En 1946 se comprueba un aumento de los casos, hasta el punto de que la Sociedad Uruguaya de Pediatría dedica una sesión para ocuparse de este problema. En esa oportunidad se die-

ron a conocer 5 casos publicados por Solovcy (un caso), Pisciotano (un caso), Latou Jaunc y Arocha (dos casos) e Iglesias (un caso). Esos cinco casos corresponden a lactantes. Las características clínicas, radiológicas y humorales no ofrecen en general ninguna característica particular, lo que nos exige de mayores comentarios.

Finalmente debemos expresar que el año 1947 se caracterizó también por la frecuencia desacostumbrada de casos de enfermedad de Barlow. En el Servicio C de Lactantes del Hospital Dr. Pedro Visca se internaron 8 enfermos. Ante ese hecho tan poco común se procedió al estudio sistemático de todos los enfermos hospitalizados buscando los signos de hipovitaminosis C por la clínica y la radiología, así como se hizo la búsqueda en la orina, del ácido ascórbico; estos trabajos aún inconclusos, permiten adelantar que en una altísima proporción que sobrepasa el 60-70 por ciento de los niños hay carencia total o parcial de vitamina C.

La explicación más plausible de estos hechos comprobados está seguramente en el menor empleo, por la clase pobre, de verduras y frutas frescas en razón de su escasez y su elevado costo. Por otra parte, cada vez es más generalizado el empleo de alimentos conservados, a veces mucho tiempo, en cámaras frigoríficas, lo que reduce considerablemente su contenido en vitamina D, cosa que también hemos tenido oportunidad de comprobar.

III La avitaminosis A.

La avitaminosis A, por lo menos en sus formas bien definidas, continúa siendo, felizmente, hecho de excepción en el Uruguay. Los casos registrados en los Hospitales se cuentan como hechos insólitos. El Profesor Carray en 1932 publicó tres observaciones en lactantes gravemente distróficos. Desde entonces hasta la actualidad, sólo tenemos referencia de un caso de avitaminosis A, ocurrido en un lactante muy distrófico y policarenciado, hospitalizado en el Servicio C de Lactantes del Hospital Visca, caso todavía no publicado.

IV Otros estados carenciales.

Tampoco tienen importancia práctica otras carencias en nuestro medio, cuya frecuencia y gravedad ha sido señalada en otros países de América. Únicamente queremos señalar

la mayor frecuencia comprobada en estos últimos años de las distrofia farinácea. Al respecto queremos recordar como un aporte original de la escuela uruguaya las dermatosis específicas descritas por Ramón Guerra, Gianelli y Peluffo, en 1942, en la distrofia farinácea. Clínicamente es muy análoga a la dermatosis seborroide descarnativa primitiva de Moro-György, pero de carácter netamente secundario, y difiere de aquélla por el comienzo en general más tardío, su vinculación con un régimen alimenticio inapropiado y su desaparición al instituirse una alimentación conveniente. En otros países se han descrito, sobre todo en niños de 1 a 4 años de edad, cuadros clínicos parecidos, en regímenes muy carenciados, pobres en leche y en vegetales frescos. Ellos son: la "culebrilla", en Méjico; el síndrome "pelagroide-beribérico" de Castellanos, en Cuba; la enfermedad de Williams, en Africa, y los observados por Finkelstein en Europa Central al final de la guerra 1914-18. Es presumible que estas dermatosis obedezcan a la falta de un factor cutáneo particular, transportado sobre todo por las proteínas animales de la alimentación (György). Hasta el momento actual esta dermatosis solamente se ha observado en las formas infiltrativas de la distrofia farinácea y cura, luego de varias semanas, cuando se instituye un régimen alimenticio completo.

IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

LOS SINDROMES CARENCIALES EN EL NIÑO CUBANO CON ESPECIAL

*REFERENCIA AL BERIBERI AGUDO DEL LACTANTE

CARACAS - VENEZUELA

Los trastornos por carencia nutritiva adquieren una importancia considerable en nuestros hospitales públicos pues la inmensa mayoría de los niños que a ellos acuden reciben regímenes cuantitativa y cualitativamente deficientes. Este hecho ha sido demostrado en encuestas realizadas por nosotros.

Las formas subclínicas de algunas carencias constituyen a nuestro juicio la base de diversos síndromes que frecuentemente complican los procesos infecciosos usuales de la infancia.

Tampoco son raras dentro de nuestra clase pobre las avitaminosis avanzadas. El escorbuto y el raquitismo florido resultan verdaderamente excepcionales y la xeroftalmia o la keratomalacia se han hecho también poco frecuentes. Sin embargo, las manifestaciones dependientes de deficiencias del Complejo Vitamínico B y de proteínas resultan todavía demasiado corrientes en la clientela hospitalaria.

Dentro de los síndromes carenciales el más importante en los primeros meses de la vida es el Beriberi agudo, a pesar de que en etapas más avanzadas de la infancia resulta extraordinariamente raro. La arrivoflavinosis y el edema nutricional se presenta en todas las edades y pueden existir sin acompañarse de otros signos evidentes de determinadas deficiencias nutritivas. Después del primer semestre de la vida la mayor parte de los enfermos presentan síntomas referibles a varias carencias asociadas. El cuadro clásico de pan carencia lo constituye el síndrome Pelagroide Beribérico o Pelagra Infantil que bajo diferentes denominaciones ha sido bien estudiado por distintas autoridades de la Pediatría Americana. Por lo tanto no nos extenderemos en su descripción en el día de hoy.

Vamos pues a limitar nuestra discusión al Beriberi agudo, cuyo cuadro fulminante y quizás confuso hace posible que pase desapercibido por los pediatras. En Cuba esta afección era desconocida hasta el año 1939 en que Cardelle y nosotros llamamos la atención sobre su existencia. El Beriberi Agudo.

Esta enfermedad afecta exclusivamente al lactante alcanzando su frecuencia mayor entre 1 y 4 meses de edad y ocurriendo más de 70% de los casos en niños lactados al pecho. Los regímenes de las madres casi siempre han sido extraordinariamente carenciados; en algunas ocasiones sin embargo, la dieta de la nodriza no se apartaba mucho de las que usualmente consume nuestra clase pobre.

Afecta igualmente a ambos sexos, pero predomina en la raza negra y mestiza (posiblemente por su peor nivel económico). Un hecho curioso lo constituye su frecuencia mucho mayor en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre. En casi todos los casos el cuadro agudo es precipitado por un proceso infeccioso el cual, las más de las veces, es tan leve que pasa desapercibido.

De acuerdo con las manifestaciones clínicas predominantes se pueden distinguir varias formas clínicas: forma cardíaca, forma paralítica, forma cerebral o convulsivante, forma afónica, forma acidósica y forma edematosa.

La sintomatología clínica se instala con gran rapidez. Usualmente ésta es tanto mayor cuanto menor es el niño. En la generalidad de los casos se observan manifestaciones referibles al sistema nervioso y al aparato cardiovascular acompañadas de una acidosis intensa.

Una de las características que más llama la atención son las crisis de llanto que aparecen desde los primeros momentos. Estas se hacen cada vez más frecuentes y prolongadas llegando a presentar el enfermo un llanto casi continuo. En las descripciones clásicas se han interpretado como debidas a un dolor abdominal y a sí es como también las interpretan los familiares del niño. Esto ha dado lugar que entre nuestros campesinos se haya conocido el cuadro con el nombre de "el cólico". La observación atenta de los casos demuestra que esas crisis de llanto se acompañan de una gran opnubilación y muchas veces de fijeza de la mirada, estrabismo, nistagno y alteraciones pupilares. En casi todos además ocurren convulsiones de tipo tónico, durante las cuales el niño se pone rígido y cianótico, y en algunos también se observan convulsiones crónicas. Generalmente existe hiponía, pero algunos niños presentan hipertonia y rigidez, aún fuera de las crisis convulsivas; ocasionalmente pueden presentarse temblores y movimientos coreoatetoides. Los reflejos tendinosos muestran alteraciones variables. Esta asociación sintomática nos obliga a sacar en conclusión, que el llanto del beriberi infantil es de origen puramente encefálico.

Muchas otras manifestaciones nerviosas han sido descritas pero basados en un estudio de más de 60 casos debemos declarar que son mas bien excepcionales. Las parálisis periféricas son extraordinariamente raras en el curso del Beriberi del lactante.

La afonía es un síntoma que también se observa en ciertos ca

sos llegando a ser tan marcada a veces que hace pensar en la existencia de una afección laríngea. De acuerdo con las investigaciones Japonesas el trastorno depende de una parálisis del nervio vago o del laríngeo recurrente. En un caso de la forma arfónica autopsiado por nosotros el nervio vago no presentaba ninguna alteración.

Desde el punto de vista cardiovascular llama la atención el gran apogamiento del 1er.tono lo cual produce un ritmo de tipo fatal (embriocardia). La taquicardia es siempre marcada excepto en la fase agónica. En casi todos los casos avanzados se percibe también un ritmo de galope. Las arritmias son poco frecuentes y los soplos verdaderamente excepcionales. La intensificación del 2do.tono pulmonar descrita por los autores orientales resulta rara en nuestro medio.

El área cardíaca se encuentra a veces marcadamente aumentada, pero en otras ocasiones está normal o disminuida. El corazón tiende a adoptar un aspecto globuloso o triangular por alteraciones de las cavidades derechas.

El electrocardiograma revela característicamente alargamientos de la onda T. A veces se observan modificaciones del complejo QRS y arritmias. La hepatomegalia que se observa en estos niños es a menudo muy marcada. La misma tiende generalmente a ceder con una rapidez extraordinaria al tratamiento vitamínico por lo cual debe considerarse de origen congestivo. El bazo y el riñón se encuentran también a veces aumentados de tamaño. La ingurgitación de las venas periféricas no es frecuente en nuestros casos; Usualmente las venas se presentan colapsadas. El pulso radial lejos de asumir las características del shoshin se encuentra mas bien débil o ausente. La cianosis es una manifestación frecuente pero predomina en las extremidades y en las regiones de decubito. A veces recuerda la lividez cadavérica. La mayor parte de los casos no presentan manifestaciones de éxtasis pulmonar.

La gran hipernea de estos enfermos con respiración muy profunda y acelerada y con verdadero tiraje supra e infraesternal es a nuestro juicio principalmente debida a la acidosis.

Esta acidosis en algunos casos explica también el sopor y la relajación muscular, así como la insuficiencia circulatoria de tipo periférico que observamos en casos con alteraciones cardíacas ligeras.

No raras veces la Reserva Alcalina llega a cifras bajísimas

(5 a 10 vol. %). En la sangre y líquido cefalorraquídeo se encuentran cantidades muy elevadas de piruvatos y en la orina existe un aumento de ácidos láctico y pirúvico. (no se encuentra nunca acetona y ácido diacético). Esta acidosis se controla rápida y totalmente mediante la administración exclusiva de tiamina por lo cual estimamos que depende de un acúmulo exagerado de ácidos orgánicos (especialmente pirúvico) que resulta del trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono que tiene lugar en presencia de un déficit de cocarboxilasa.

Casi siempre existe oliguria la cual puede llegar a la anuria. Aunque casi todos los enfermos presentan edema, éste raras veces es marcado. La facies abotagada de estos niños es sin embargo característica.

El síndrome gastrointestinal aparece en casi todas las descripciones del Beriberi infantil. La anorexia inicial y la tendencia a diarreas son consideradas como manifestaciones muy frecuentes. Algunos autores llegan a describir una forma dispéptica de la enfermedad. En nuestra experiencia sin embargo, la anorexia ha faltado en la gran mayoría y la diarrea cuando existe no se controla con tiamina. Esta parece depender de otras carencias asociadas, habiéndose modificado favorablemente en varias ocasiones empleando la nicina.

Los vómitos y la tendencia a distensión gástrica y abdominal pueden depender de la carencia de tiamina, pero resultan inconstantes y raras veces constituyen una parte importante del cuadro.

El estreñimiento pertinaz tampoco ha sido muy frecuente en nuestros casos. El grado de distrofia a veces ha sido muy marcado pero en otras ocasiones el niño presentaba un peso aún superior al normal para su edad.

En el diagnóstico pudiera utilizarse la prueba de Najjar y Holt (excreción de la tiamina después de inyectar 1 mg.) y la dosificación de piruvatos en la sangre. La investigación electrorradiográfica también la consideramos de gran valor.

La reacción de Arakawa en la leche de la madre carece de especificidad. La prueba terapéutica está siempre indicada en los casos dudosos.

En general, en pocas afecciones se observa un resultado tan espectacular como en el tratamiento del Beriberi agudo por la tiamina.

La respuesta de la acidosis y de la mayoría de los fenómenos encefalíticos es rapidísima. Los trastornos circulatorios, incluyendo la hepatomegalia y las alteraciones electrocardiográficas también se controlan en poco tiempo.

El aumento del área cardíaca, la rigidez, los temblores y los movimientos coreoatetoides (cuando estos ocurren) muestran muchas veces una respuesta más lenta.

Puede decirse que si el enfermo no fallece antes de recibir la tiamina el cuadro Beribérico será controlado. Sin embargo, la naturaleza e intensidad de los procesos infecciosos que usualmente precipitan el cuadro agudo y el grado de distrofia existentes son datos de importancia en el pronóstico definitivo de estos casos.

Las dosis de tiamina que hemos empleado con éxito en nuestros casos graves ha sido de 25-50 mg. de tiamina al comienzo, de los cuales la mitad se inyecta endovenosamente y la otra mitad por vía intramuscular. A continuación 10 mg. vía intramuscular cada $\frac{1}{2}$ hora durante las 2 ó 3 horas siguientes. Entonces alejamos las inyecciones a intervalos de 4 a 6 horas. Después del primer día una dosis de 10 mg. al día es más que suficiente. El uso de otra medicación coadyuvante las mas de las veces es innecesaria y puede resultar perjudicial. Esto no se refiere a la terapéutica específica de procesos infecciosos intercurrentes de alguna intensidad, la cual es extraordinariamente importante.

IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

CONSIDERACIONES SOBRE SINDROMES POLIQUÍMICAS

Por el Dr. Agustín Zubillaga.-

CARACAS, VENEZUELA

Enero, 1948.

CONSIDERACIONES SOBRE SINDROMES POLICARENCIALES

Por el Dr. Agustín Zubillaga.-

(Leídas en la reunión del día 7 de enero de 1948 de la Comisión Técnica de Higiene Materno-Infantil y Pediatría del IX Congreso Panamericano del Niño.)

He querido tomar la palabra en esta reunión de la Comisión Técnica de la Sección de Pediatría e Higiene Materno-Infantil del IX Congreso Panamericano del Niño por dos motivos:

En primer lugar para tratar de justificar la escogencia de este tema por la Comisión Organizadora, pues por una parte es, desgraciadamente, la desnutrición la enfermedad prevalente en los niños de las clases económicamentedébiles de Hispano América excepto en algunas zonas de la Argentina y del Uruguay y por la otra, es el concenso unánime de todos los que nos hemos ocupado de la materia que su origen es netamente económico-social o sea que la ignorancia y la miseria son sus dos principales causas o dicho de otro modo con el Profesor chileno Scroggie se presentan en países de economía rudimentaria y de cultura incipiente. De lo anterior se desprende, que así como la mortalidad infantil ha sido durante muchos años tema obligado de toda reunión de pediatras y puericultores así, deben serlo las Policarencias en toda reunión de personas que en este continente se ocupen de los problemas de la infancia desde los más diversos ángulos mientras no superemos la etapa que actualmente vivimos porque las carencias no constituyen simplemente un problema de orden médico sino que representan ante todo la expresión médica de un doloroso estado social.

Es de lamentar que los Ponentes Oficiales (Honduras, El Salvador y Nicaragua) no hayan podido traernos su valioso aporte, pues el correlato venezolano, dada su calidad de tal únicamente se refiere a los trabajos locales, sin mencionar los excelentes publicados en otros países del continente (Méjico, Costa Rica, Cuba, Chile, Estados Unidos, etc.)

El segundo motivo de mi intervención es hacer ciertas referencias particulares al medio donde actúo. - Barquisimeto - capital de uno de los principales Estados de la República y donde esta entidad nosológica es muy frecuente. Baste recordar las cifras estadísticas citadas en el correlato: 14,52% de los niños de uno a doce años que ingresaron al Hospital de Niños "Camejo Acosta" de julio de 1940 a agosto de 1947 lo hicieron con dicho diagnóstico, cifra que

es verdaderamente alarmante comparada con la del Hospital de Niños de Caracas (3,67%) y con las obtenidas en otros países hispanoamericanos.

Ante este problema ni los Médicos ni el Estado hemos permanecido indiferentes. Desde 1936 venimos ocupándonos de él y en 1943 presentamos en compañía del Dr. G. Barrera Moncada un trabajo sobre la materia a las Primeras Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría efectuadas en esta ciudad en diciembre del año último citado. Por su parte el Estado hace una labor cada vez más extensa, labor que se inicia en 1936 con la fundación de un Hospital de Niños y que se amplía todos los años llegando actualmente a contar, además del citado Hospital, con una Seccional del Consejo Venezolano del Niño, dos Casas Cunas, dos Jardines de Infancia, una Maternidad, dos Centros Materno-Infantiles, tres Comedores Escolares, siete Centros de Higiene Escolar y para funcionar próximamente un nuevo Centro Materno Infantil, un nuevo Comedor Escolar y un Internado para menores que se abrirá en el curso de este mes. Nos hemos referido solamente a las Instituciones de Barquisimeto, cuyo costo aproximado es de un millón de bolívares por año.

No es pues por falta de preocupación de las personas y organismos encargados de velar por el bienestar de la infancia, como creemos haberlo demostrado con los datos anteriores, que la cifra de Policarantes se mantiene y crece en la clientela hospitalaria de Barquisimeto, en contraste con el buen estado nutritivo de los niños pertenecientes a las clases más acomodadas y no obstante las condiciones sanitarias relativamente satisfactorias de la ciudad. Y es que en la etiología de dicha entidad nosológica hay factores que escapan a la buena voluntad del trabajador médico-social y a los recursos de la asistencia directa, predominando el desequilibrio económico-social, agudizado por el rápido crecimiento de la ciudad que ha duplicado su población en el curso de los últimos diez años (de 35 a 70.000 aproximadamente) sin que paralelamente haya habido un aumento de sus industrias y demás centros de trabajo.

Hemos hecho estos comentarios que se refieren a una localidad determinada porque allí obtenemos una visión del problema en todo su conjunto que permite apreciarlo en sus múltiples aspectos.

Insistiendo una vez más sobre el basamento económico de esta afección es que pensamos que es hacia el mejoramiento del standard de vida de las clases pobres que debe orientarse la lucha contra esta enfermedad, la cual en una sociedad bien constituida no tiene razón de ser.

IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

INFORME SOBRE LA PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS EN

LOS NIÑOS

CARACAS - VENEZUELA

INFORME SOBRE LA PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS EN

LOS NIÑOS.-

Actualmente en los Estados Unidos, el índice más alto de mortalidad por tuberculosis, ocurre en los adultos. En 1944, por ejemplo, la proporción de mortalidad por tuberculosis en el grupo de 0 a 9 años de edad fué de 7.9 por cien mil y para el grupo de 10 a 19 años fué de 13.6 por cien mil. En personas de más edad hubo un notorio aumento de cerca de 50 por cien mil. El índice más alto de morbilidad se encontró en grupos de mayor edad. (+1)

Los grupos de mayores de edad representan la fuente potencial de infección más grande a personas de cualquier edad. Por consecuencia, en la prevención de T. B. en los niños, los esfuerzos se dirigen especialmente hacia los adultos, los cuales son la más considerable fuente de infección y los mayores cuidados se tienen para separar de la casa a las personas infectantes.

Si se dispone de facilidades adecuadas de sanatorios, el aislamiento de los adultos tuberculosos representa el método más satisfactorio y menos costoso, además produce menos disgregación en la familia y de la vida de hogar. Se ha demostrado, sin embargo, que el tratamiento en el hospital tiene poca ventaja en cuanto al manejo de la infección tuberculosa primaria en los niños (+2,+3). Como resultado de esta observación y de la adopción de la práctica de aislar a los adultos infectantes, casi todos los llamados "preventorios" que estuvieron en voga en los Estados Unidos han sido eliminados y se siguen eliminando.

Campañas en masa de Rayos X se practican a fin de obtener roentgenogramas de millones de gentes en los Estados Unidos. Los primeros estudios ya indicaron que los resultados que mostraban tuberculosis activa roentgenológicamente eran tan bajos entre los menores de 15 años que el costo por cada caso descubierto como positivo era prohibitivamente alto (+2,+3,+4). Actualmente es práctica usual limitar los servicios extendidos de examinar por Rayos X a personas de 15 años o más.

El objetivo principal de los extensos exámenes con pruebas de tuberculina no han sido precisamente el descubrir la tuberculosis activa en los niños. Tales estudios se han utilizado como un método efectivo pero indirecto para descubrir las personas (generalmente adultos) como los responsables de la infección tuberculosa y de las lesiones primitivas ya curadas de los niños que han estado en contacto con ellos. El valor de tales estudios de investigación ha sido limitado, sin embargo, por la observación de que los contactos en la casa de los niños, descubrió la

infección solamente en una proporción relativamente pequeña de casos (+5).

Otro factor importante en la baja del predominio de la tuberculosis en los niños de los Estados Unidos ha sido la disminución de la tuberculosis bovina.

En 1918 se inició un gran trabajo para la eliminación de la tuberculosis bovina (+6) condenando para ese entonces cerca de 50.000 animales muertos y retirándolos para consumo de carne para el género humano (+7). El Ministerio de Agricultura de los Estados Unidos ha establecido como su "standard" que la infección tuberculosa no debiera existir en más de 0.5 por ciento en sus ganados. En 1.942 todos los condados de todos los estados se habían conformado a este "standard". Para el año fiscal de 1.947 el promedio de infección tuberculosa en el ganado en todo el país fué del 0.2 por ciento solamente (+8).

Por otra parte, los estudios hechos en 1.936 demostraron que el 75 por ciento de la leche para el consumo era pasteurizada en los municipios con una población de 1.000 o más habitantes (+9). A pesar de que no se han hecho ulteriores estudios a este respecto se puede calcular que el porcentaje actual llega a 80 u 85 por ciento.

Si la vacunación por el ECG se hace extensamente, es posible que habrá una concentración de la profilaxis de la tuberculosis en los niños. Actualmente, a pesar de que la eficacia del BCG no se puede confirmar los análisis estadísticos que se han terminado que justificaran claramente investigaciones adicionales y más extensas.

En un futuro inmediato la División del Control de la Tuberculosis del "United States Public Health Service" mantendrá solamente estudios cuidadosamente controlados, los cuales serán dirigidos por cuatro aspectos fundamentales.

1. Estudios controlados estadísticos para determinar la eficacia de la vacunación con BCG en cuanto a disminuir la mortalidad y morbilidad por la tuberculosis.
2. Comparación de los diferentes tipos de vacunas y métodos de vacunación.
3. Determinación de la edad óptima para la vacunación y de las indicaciones para la revacunación.
4. Precauciones para evitar reacciones inconvenientes al BCG, incluyendo el estudio de los posibles accidentes en la administración del ECG, a personas positivas a la tuberculina o que tengan una tuberculosis activa.

Hasta cuando no se tenga una respuesta favorable a la vacunación con el BCG, después de cuidadosos estudios la División del Control de la Tuberculosis del United States Public Health Service no se embarcará en el uso en gran escala de esta preparación.

En resumen, la profilaxis de la tuberculosis, de los niños en los Estados Unidos representa solamente una fase del programa del control general de la tuberculosis porque se ha creído que el mejor método de eliminar la tuberculosis en la niñez es la prevención de la T.B. en los adultos con quienes los niños viven. Los exámenes de Rayos X en masa se limitan generalmente a las personas de 15 o más años de edad; los preventorios para niños se van suprimiendo. La tuberculosis bovina ha sido disminuída eficazmente. Hasta cuando los estudios que se hacen de la eficacia del BCG no hayan demostrado su eficacia, no será demostrable la necesidad de una campaña activa de inmunización de los niños.

IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

SINTESIS DE LAS OBSERVACIONES CUBANAS SOBRE LA VACUNACION
ANTITUBERCULOSA CON EL B. C. G.

Por Pedro Domingo,

Director del Laboratorio de B.C.G.
de la Habana.-

CARACAS - VENEZUELA

Síntesis de las observaciones cubanas sobre la
vacunación antituberculosa con el B. C. G.

P o r

Pedro Domingo,

Director del Laboratorio B. C. G. , de la Habana.

Al iniciarse en Cuba, en el año 1943, la segunda etapa de la vacunación antituberculosa con el B.C.G. ya que la primera había terminado al surgir las dudas que en el mundo entero ocasionó el accidente de Lübeck, se tuvo en cuenta que la mayoría de aportes que a este asunto se venían realizando eran coincidentes en atribuir al mismo un valor, mayor o menor, según las circunstancias y los autores, pero haciendo ya de la vacunación un elemento más a figurar en toda campaña antituberculosa.

En capítulo experimental de la vacunación con el B.C.G. no debe considerarse corrado todavía, aunque en el momento actual los conocimientos obtenidos permiten ya su amplio empleo, ya que las técnicas dadas para la preparación de la vacuna no establecen aún el control riguroso de la condición estimulante específica del germen vacunador; su aplicación posee técnicas diversas, defendida cada una de ellas por argumentos al parecer sólidos, pero que por el hecho de esta misma defensa queda implícita una disminución del valor de las otras no tan estrictamente recomendadas y últimamente, porque en la forma de recoger los resultados se parte de normas que pueden dar a los datos estadísticos valores que hacen muchas veces difícil comparar los resultados obtenidos por unos investigadores con los logrados por otros.

Consciente de estas realidades el "Consejo Nacional de Tuberculosis de Cuba" dispuso que la vacunación, antes de alcanzar los amplios límites que habrán de corresponderle en la Lucha antituberculosa, para lograr resultados que influyan sus cifras de morbo-mortalidad por tuberculosis, se dispusiera en forma tal que pudiera obtenerse de la misma, considerándola en todos sus aspectos epidemiológicos y experimentales, el margen más adecuado de ilustración, al objeto de que la labor efectuada otorgara beneficios científicos y epidemiológicos a la vez.

A tal objeto construyó un laboratorio del B. C. G. que puede considerarse modelo en su género y en el cual, además de la preparación rutinaria de la vacuna se realiza una labor experi-

mental que cuida de someter a riguroso control todos los aspectos que integran las bases científicas y la práctica de la vacunación.

Un aspecto que se ha tenido en cuenta ha sido la necesidad de normalizar la forma de preparación de la vacuna.

El propio Calmette dió dos métodos diferentes para conservar el B.C.G. destinado a semilla productora de vacuna; uno por pases ininterrumpidos a través de papa biliada; otro con pases alternados en papa glicerinada y papa biliada.

Distintos laboratorios del mundo han venido empleando una y otra de estas técnicas y poco puede decirse, hasta el presente, sobre cual será el mejor de los dos métodos, pero los datos epidemiológicos recogidos en Brasil, en cuyo país se mantiene el B.C.G. por pases alternados en bilis y papa glicerinada parecen más eficientes que los reportados por Uruguay en cuyo Centro de Vacunación se conserva la semilla, exclusivamente en bilis.

En nuestro Laboratorio de La Habana hemos estudiado las características de la "becegeitis" experimental producida por ambas semillas y nos ha parecido que el germen del Brasil se mantenía vivo y produciendo reacciones celulares por más tiempo que el germen de Montevideo.

Nada se dice en las técnicas originales de Calmette sobre la forma como debe controlarse la cantidad de gérmenes vivos que integran una vacuna después que ésta ha sido homogenizada. En distintos trabajos hemos comunicado que el tratamiento de la vacuna por el molino de bolas utilizado para su homogenización no es completamente inofensivo, muriendo en esta operación muchos gérmenes: De las condiciones del cultivo, de su edad, del grado de consistencia de los velos, va a depender que la influencia de esta acción sea más o menos importante. De todos modos es necesario que una vez acabada esta operación se determine, por diluciones sucesivas de la suspensión preparada, la cantidad de bacterias vivas que existen en la misma. A este respecto hemos propuesto una técnica con asas calibradas y diluciones sucesivas. Consideramos que para la vacuna por vía gástrica que contiene un centígramo de gérmenes por centímetro cúbico, la dilución al 1 por 10,000 debe dar no menos de diez colonias cuando media centésima de cc. recogidos en un asa de platino convenientemente calibrada se extienden sobre una superficie de un centímetro cuadrado de papa glicerinada.

La titulación de la vacuna, la efectúan muchos laboratorios por pesada. Otros se concretan a efectuarlo tomando en consideración el peso que de ordinario tienen los cultivos de B.C.G. obtenidos en un determinado medio de cultivo y para un cierto período de tiempo.

El estudio de estos criterios nos ha llevado a reconocer que los errores pueden ser muy grandes y aunque cabe atribuirles poco valor cuando la vacuna esté destinada exclusivamente a la administración por vía gástrica es necesario adoptar criterios mucho más estrictos para las vacunas preparadas para ser administradas por vías parentéricas.

El peso de los velos es función de los materiales que integran la bacteria y del líquido que ocupa los lugares o espacios interbacilares. Estos espacios varían con la mayor o menor trabazón de los velos y puede ofrecer errores hasta de un 70% en relación con los datos que pueden proporcionar otras técnicas más estrictas.

Repetidamente hemos estudiado la relación que existe entre el peso de los velos obtenidos en crudo al correspondiente a los sedimentos bacilares que resultan después de homogenizar y centrifugar la vacuna, hallando valores muy diferentes.

Por ello hemos propuesto técnicas nefelométricas, las cuales permiten, si se aplican curvas antes cuidadosamente determinadas, resultados mucho más seguros.

La riqueza alergénica de los gérmenes y la facilidad mayor o menor con que este alergeno hidrosoluble se libera por la bacteria es otra de las condiciones a tener en cuenta. A este respecto cabe considerar que no todas las suspensiones se comportan igual sin que por el momento se pueda atribuir un valor especial a esta circunstancia.

En distintos trabajos hemos expuesto una técnica química para la titulación del alergeno hidrosoluble bacilar (tuberculina), técnica con la que podemos saber, en pocos segundos, la cantidad de tuberculina existente en una suspensión bacilar o en un líquido, gracias a la cualidad reductora de la tuberculina y a la sensibilidad del verde Janus para determinarla. Esta técnica permite estudiar la facilidad con que el alergeno tuberculínico se desprende o se retiene por la bacteria y al mismo tiempo las modificaciones cuantitativas que dicho alergeno ofrece en los cultivos. Para deducir de ello posibles variaciones en la bacteria, las

cuales, aunque no tengan interés al punto de vista de la virulencia del germen, ya que está ampliamente demostrado que la cualidad tuberculígena no guarda ninguna relación con la virulencia bacteriana, si puede servir para conocer los cambios de distintos medios de cultivo, temperatura, pH y otros, pueden introducir al germen que se destina como vacuna.

En las normas ordinarias dadas para la preparación de la vacuna se señala suficiente preparar las suspensiones destinadas a la vacunación por vía intradérmica mediante la simple dilución de otras suspensiones más concentradas. Pero nos ha parecido que en la forma de producirse la reacción celular que sigue a la vacunación intradérmica tenía valor el tamaño de los grumos bacterianos que integran toda suspensión de B.C.G. Por ello hemos sustituido la técnica de dilución por la de centrifugación, hasta lograr una suspensión adecuada en número y obteniendo además vacunas estables, homogéneas e integradas por gérmenes disociados, ya que al centrifugar, los grumos mayores precipitan primero quedando en suspensión las bacterias aisladas y los agrogados pequeños.

Cuando, además de los cuidados enunciados, se toma en consideración no preparar la vacuna con velos de más de 12 días; mantenerla en condiciones de refrigeración adecuada para que su vitalidad no disminuya; si se disponen, en fin, todos los cuidados que son necesarios para que el germen-vacuna conserve su vivacidad, o sea su calidad de injerto en el organismo, los resultados que otorga la vacunación son extraordinariamente alentadores.

La observación de un grupo piloto de aproximadamente 2,000 vacunados, gracias al cual estamos conociendo lo que ocurre en el gran grupo de individuos vacunados, pero de circunstancias epidemiológicas difíciles de investigar, nos permite observar el aumento claro de resistencia específica que otorga la vacunación. Periódicamente venimos comunicando con nuestro colaborador Dr. Carlos M. Anador, los resultados de estos trabajos los cuales en síntesis se condensan en las siguientes cifras: disminución de la mortalidad general en más de una tercera parte en el grupo vacunado que se compara con un grupo control que vive en las mismas condiciones. Reducción a la décima parte de la morbilidad y mortalidad tuberculosa en el grupo vacunado.

El problema actual de la vacunación con el B.C.G. está muy especialmente ligado a la determinación de los momentos en que es necesario efectuar la revacunación. Dos circunstancias sirven

de pauta a la misma; en primer lugar, se está considerando normal que la implantación del B.C.G. vaya debilitándose y vuelva el organismo a su alergia primitiva. Al cabo del año más de un 90% de sujetos vacunados mantienen todavía una alergia que hace pensar que el germen-vacuna continúa parasitando al organismo. A los dos años más de un 85% de sujetos siguen aún alérgicos. Por esto se considera oportuno vacunar cada dos años. Pero en determinadas condiciones la modificación específica que la vacunación otorga es conveniente que sea acrecentada. Tal ocurre en los sujetos que viven un medio muy infectado. En estas condiciones una revacunación semestral y aún trimestral es aconsejable para elevar las barreras que han de oponer un obstáculo a la infección.

En síntesis, pues, la experiencia cubana muestra que la vacunación antituberculosa con el B.C.G. se comporta como elemento muy eficiente para la lucha antituberculosa si se dedica gran cuidado a mantener el germen-vacuna y la vacuna misma en las mejores condiciones de control y conservación.

dg.

IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL

Correlato de Cuba
Dra. Elena Moure

Caracas-Venezuela

PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL

Si nos fuéramos a ajustar al concepto estricto del vocablo no tendría razón de ser nuestro trabajo. Prevenir, evitar la tuberculosis es el gran ideal y hacia ese derrotero debemos encaminar nuestros mejores esfuerzos. La profilaxis tiene en definitiva por objeto salvaguardar la salud del hombre de las enfermedades y los flagelos. Nosotras no vamos a presentar un trabajo sobre profilaxis de la tuberculosis infantil, ya que este tema corresponde a las Repúblicas de Bolivia y del Brasil, solamente vamos a hacer unas sugerencias, a tratar un punto que creemos debe de ser considerado al abordar tan importante cuestión. Vamos a hablar de la profilaxis, si se nos permite la palabra del niño que padeció de enfermedad tuberculosa y curó, es decir, estudiar en qué forma habría que actuar para evitar que este niño enfermara de nuevo, en qué forma se debía de proceder para hacer de él, un elemento útil a la sociedad.

Mucho se ha hablado de la profilaxis de la tuberculosis, tanto de las medidas de carácter general como las de carácter especial y específico. Son muchos los factores que habría que considerar al abordar este tema, y al lado del problema contagio, hay un sin fin de problemas sociales que ustedes conocen y que no pueden ser olvidados: La vida urbana y sus aglomeraciones, la vivienda insalubre, el alto costo de los alquileres, la alimentación insuficiente, el alcoholismo, la miseria, la prole numerosa, el desconocimiento de medidas higiénicas por parte del pueblo, etc.; a esto podíamos añadir, cuando de tuberculosis infantil se hable, un factor social de extraordinaria importancia, que aunque no es de la amplitud de los anteriormente enumerados, tiene a nuestro juicio, suficiente fuerza de convicción como para ser tomado en consideración, y es, el de los hogares incompletos. Nuestra experiencia al frente del Departamento de Servicio Social del Hospital Antituberculoso Infantil de Cuba, nos ha demostrado, como, en un porcentaje elevadísimo, los hogares de los niños tuberculosos están faltos de la protección material que debe brindar el hombre, y encontramos a una mujer al frente de la familia, ocupando la posición de padre y madre a un mismo tiempo; consecuencia, una economía baja, puesto que el poder adquisitivo de la mujer es aún en nuestro status social inferior al del hombre y un abandono por parte de la mujer de sus obligaciones maternales. Creemos es de tanta importancia el problema, que estimamos en toda legislación de menores debía hacerse un estudio cuidadoso para proteger al niño de esta nefasta contingencia, ampliándose las medidas de investigación de la paternidad y obligando al padre a hacerle frente a sus obligaciones de tal. La viudez de la mujer plan

tea, como el abandono material de hombre, la misma situación de anormalidad; el equilibrio de la vida familiar depende de que en el hogar estén presentes sus naturales cuidadores. La sociedad ha hecho muy poco para reemplazarlos en caso de disolución parcial o total del mismo y nosotras insistimos en que se considere este problema al hablar de profilaxis de la tuberculosis infantil. No vamos a entrar en consideraciones sobre la inmunización como medida profiláctica, el tema compete al médico y el Profesor Valledor trae para ustedes la experiencia de Cuba en este terreno. No vamos a ahondar en el estudio de la obra que realizan los Dispensarios, Preventorios, Colonias de vacaciones, ni a hacer un recuento de la magnífica "Obra Grancher" o de la Institución de Mery. Ya hemos dicho que todo esto ha de ser tratado con gran autoridad por otros distinguidos congresistas.

Nuestro modesto aporte será dedicado al niño que padeció enfermedad tuberculosa, fué atendido en un hospital-sanitario y curó, o por lo menos, recibió su diagnóstico de clínicamente curado. Llegado este momento el menor ha de ser reintegrado al hogar. El médico aparentemente terminó su misión comunicando el alta al Departamento de Servicio Social. El futuro del niño dependerá de las condiciones de vida que va a llevar y el médico determina: buena alimentación, vida higiénica, evitación de fatigas, etc.; pero ¿Cuál es la realidad? En muchos casos en el medio familiar perdura el foco contagioso: Padre, Madre, Abuelo, etc.; llevarlo a este hogar es imposible; parece que este fuera el peor de los males y no lo es, los Preventorios, cumplen su misión y reciben al niño para evitar la repetición del contagio, aunque si fuéramos a actuar con criterio estricto, este niño no debía de ser colocado en un Preventorio clásico, pues este tipo de Institución está destinado, a niños infectados, pero, exentos de lesiones evolutivas, pero se atiende al mal mayor y el contacto del niño con el adulto enfermo es imposible. En otros casos no hay adultos enfermos, pero hay problemas sociales tan graves, que el Departamento de Servicio Social llega desde el primer momento a la conclusión de que la vida del niño en su medio familiar natural es perjudicial para sus condiciones físicas. El hogar incompleto de que habíamos hablado, una economía que no cubre las más perentorias necesidades, una vivienda absolutamente inadecuada, el desvalimiento total, acompañan la mayoría de estos hogares ¿qué hacer con el niño? Si la sociedad estima que ha terminado su misión al tratar su enfermedad y curarlo, desconoce por completo el valor material que representa el hombre, ya que el más alto capital social que tiene la humanidad es el factor hombre; además, actúa con una

despreocupación inconcebible, puesto que no hay una justificación para gastar enormes sumas de dinero en la curación de un individuo y después, a sabiendas, colocarlo en una posición en que se perderá todo el esfuerzo realizado; económicamente es un pésimo negocio, humanamente la negación de todos los valores humanos. Sin embargo, el niño que se encuentra en esta situación no tiene protección alguna. Casi nunca los seguros sociales lo alcanzan, aparentemente no es un individuo enfermo; además no es un valor en producción, sino un valor futuro, se estima que son sus padres los responsables y no se ahonda en la realidad del problema; resultado, un poco de tiempo después, el menor, a consecuencia de las condiciones negativas del hogar, enferma de nuevo y es traído al hospital para que el Estado vuelva a gastar enormes sumas de dinero tratando de salvarlo de una muerte que antes no evitó. Cuando nos encontramos frente a este panorama, tenemos la sensación de que al hablar de lucha antituberculosa estamos aún echando agua en un tonel sin fondo.

En el Departamento de Servicio Social del Hospital Antituberculoso Infantil de Cuba, hay estudiados por las trabajadoras sociales 200 casos, con un estudio cuidadoso del problema. Los Historiales Sociales no se hacen por cuestionario puesto que los cuestionarios no ofrecen todas las garantías necesarias. Cada uno de estos casos ha sido visitado por la Trabajadora Social y a las investigaciones de ritual se une la observación directa, la apreciación objetiva de la Trabajadora Social. Los datos ofrecen todas las garantías, no son tomados hasta que no se está seguro de la veracidad del mismo. A continuación vamos a dar una pequeña estadística de nuestra experiencia. Pero antes queremos aclarar algunos conceptos. Cuando decimos "menor abandonado", esto quiero decir, en total desvalimiento, diagnóstico hecho después de haber agotado todas las investigaciones, no sólo de la posibilidad de llevarlo a su medio familiar natural, sino de colocarlo con alguno de los familiares colaterales. Cuando decimos "sin hogar" es porque han muerto padre y madre y no hay familiar responsable directo, o porque habiendo muerto uno de los dos el otro se encuentra recluido en algún sanatorio y no hay hogar, o bien, casos en que la madre tiene como único sustento un trabajo de sirvienta domiciliaria, y no tiene capacidad económica para establecer un hogar, puesto que vive en su lugar de trabajo. La "economía mala" determina que no cubre las necesidades mínimas de vida. La "regular" que estas necesidades mínimas están cubiertas. En cuanto al problema de legitimidad, hemos preferido usar el término "no reconocidos" o "reconocidos", que quiere decir: inscritos o no en el registro civil. El que esté inscrito no implica legitimidad,

sin equivocarnos podríamos asegurar que del 40% que damos como reco
nocidos solamente un 10% son hijos de legítimo matrimonio.

Estadística de 100 casos.

	Sin hogar.....	25%
	Una sola habitación.....	60%
<u>Vivienda:</u>	Dos habitaciones.....	11%
	Más de dos habitaciones.....	4%
<u>Promiscuidad:</u>	Cuatro o más personas por habitación.....	49%
<u>Menores abandonados:</u>	.....	29%

Hogares incompletos:

Ambos padres muertos.....	7%
Muerte del padre.....	23%
Muerte de la madre.....	23%
Abandono material del padre...	40%
Total	93%

(La muerte de los padres no está considerada en función de T.B. sino mirado desde el punto de vista de problema social).

	No reconocidos.....	60%
<u>Legitimidad:</u>	Reconocidos.....	40%
	Mala.....	68%
<u>Economía:</u>	Regular.....	27%
	Buena.....	5%
<u>Hijos de padres indigentes</u>		14%
<u>Madrès que trabajan</u>		40%

Contagio

Padres enfermos de T.B.....	12%
Uno de los padres muertos de T.B.....	33%
Ambos padres muertos de T.B.....	4%
Hermanos enfermos de T.B	4%
Total:	53%.

Cuando decimos padres enfermos de T. B, puede ser uno lo los dos, la unidad es el hogar. En el mismo caso están los hermanos, pueden ser uno o más de uno en un solo hogar. Como vemos el problema es fundamental y medularmente económico, educacional, de medio ambiente; el porcentaje de hogares incompletos aterra, contitu-

yendo un punto neurálgico de la cuestión. La labor preventiva es sin duda imprescindible en toda lucha social contra las enfermedades. La labor preventiva es la más indicada y la única de verdaderas bases científicas y humanas, pero la realidad de las cosas está presente. No podemos cerrar los ojos ante esta realidad y hay que aceptar que suman cientos los niños enfermos de tuberculosis en todos los países de América, en todos los países del mundo, que suman cientos los niños que se encuentran en la situación que acabamos de ver, esos niños pueden ser salvados y esos niños deben ser salvados; pero la salvación no depende únicamente de la atención que ellos reciban durante el curso de su enfermedad; su salvación requiere un cuidado especial durante unos cuantos años subsiguientes a su enfermedad, requiere vida higiénica, alimentación adecuada, profesión especialmente escogida ¿Pueden la mayoría de los hogares a donde estos niños han de reintegrarse proporcionar estas seguridades? ¿Cuál es el futuro que la vida presenta a estas criaturas?.

Veamos como reacciona la familia de un menor egresado de un Centro Antituberculoso.

En el 100% de los casos de menores abandonados por muerte de sus padres, el resto del núcleo familiar se negó a aceptar la responsabilidad de atender al niño. El 31% de las madres que trabajan, ponían obstáculos al alta pues temían que al llevar al niño al hogar éste enfermara de nuevo por falta de cuidados materiales y por falta de medios económicos.

El total de los padres cuyas compañeras habían muerto o sea, un 23% se encontraban en las mismas condiciones.

Un 31% de familias, argumentaron malas condiciones de vivienda para la atención del menor.

Un 29% de familiares se negaron a llevarse niños con los que no tenían nexos directos, pues temían a la enfermedad.

Las instituciones existentes de protección al menor, se niegan de una manera muy justificada, a recibir niños egresados de hospitales de tuberculosos. Se teme a una posible recaída y es demasiado expuesto para el resto de los niños que con ellos han de convivir. Pero aún cuando los niños fueran recibidos, estas instituciones no les prestan la atención necesaria. Por mucho que las concepciones modernas de Asistencia Social hayan avanzado, sabemos por experiencia que la atención se diluye en el grupo y se aleja del individuo, y estos niños necesitan más que otros, atenciones físicas, espirituales y educacionales especializadas.

Mucho podríamos hablar sobre el problema emocional del adoles-

cente tuberculoso, que no son del caso mencio-

nar en este breve trabajo. Los hogares sustitutos, que por razones psicológicas, no han prendido aún en nuestro pueblo, están aún más vedados al niño que ha egresado de un centro antituberculoso. Se le teme a la enfermedad, hay un tabú en el pueblo y no hay razón ni justificación que los haga cambiar de opinión; no encontramos hogares para estos niños.

La subvención familiar ha sido ensayada por nosotros, pero estudiando el problema de cerca, viviendo el problema, hemos constatado que sólo es un paliativo para aminorar en algo las cargas familiares; el niño objeto de la atención recibe una parte muy pequeña, pues la mayor parte de la subvención se pierde en atenciones perentorias del hogar. Si a esto unimos que casi siempre son pequeñas las cantidades aportadas, nos convenceremos que seguimos hechando agua en un tonel sin fondo. La vida familiar es el ideal para el desarrollo integral del menor, pero cuando la vida familiar no ofrece condiciones positivas, cuando la reestructuración y educación del medio familiar se hace difícil ¿ No resultaría beneficioso para el menor su colocación en una institución especialmente adaptada a sus necesidades?

No podrá existir lucha antituberculosa infantil mientras no se incluya en ella al niño que padeció de enfermedad tuberculosa y curó, pero se encuentra en el más total desamparo desde el punto de vista social. Es más económico para la sociedad preservarlo de una posible recaída que curarlo de nuevo. Es más productivo aprovechar el valor económico que representa el futuro hombre en el medio social. No se puede hablar de profilaxis de la tuberculosis infantil mientras en este epígrafe, a pesar, de que se esfuerce un poco el vocablo no se incluya a estos niños.

Todo niño tiene el derecho a la vida, a la vida física y espiritual y la sociedad tiene el deber de velar por la vida del niño.

CONCLUSIONES

- 1º.- Recomendar la creación de instituciones especialmente adaptadas para recibir niños curados de tuberculosis infantil, cuyos hogares no ofrezcan seguridad para su recuperación definitiva, procurándose para ellos una vida lo más acorde posible a la vida de familia y adonde reciban una orientación vocacional.
- 2º.- Recomendar la organización de cursos especiales de orientación vocacional para los niños que han padecido de tuberculosis.

- 3º.- Recomendar que todo niño egresado de un centro de tuberculosis infantil reciba la atención de las trabajadoras sociales por un espacio de tiempo que permita considerar al menor fuera de peligro de recaída. y
- 4º.- Recomendar las subvenciones familiares a aquellos hogares que reuniendo una serie de condiciones positivas para la atención del niño, tienen sin embargo, una economía baja para su especial cuidado.

(Fdo) Dra. Elena Moure.
Delegada de Cuba.

emf.-

REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

PROFILAXIS DE LA T. B. C. INFANTIL.

IX Congreso Panamericano del Niño
Caracas, enero 5-10 de 1.948
Sección Primera; Pediatría e Higiene
Materno-Infantil.
Relator:
Prof. Dr. Victor Escarló y Anaya.
MONTEVIDEO, URUGUAY.

Caracas , Enero 5-10 de 1948

P R O F I L A X I S , D E L A T . B . C . I N F A N T I L
E N E L U R U G U A Y

Por el Dr. Victor Escardó y Anaya

Director del Departamento de Salud del Instituto
Internacional Americano de Protección a la Infancia.
Delegado Oficial del Uruguay al IX Congreso Paname-
ricano del Niño de Caracas.

Es un poco difícil concretar en este trabajo lo que se refiere al adulto y lo que dice relación con el niño. El concepto de familia desbordada en muchos casos el problema del niño y es con la protección familiar que se resuelve su problema.

SERVICIO DE ASISTENCIA Y PRESERVACION ANTITUBERCULOSA . -

La organización de la lucha oficial contra la tuberculosis, ya databa en el Uruguay desde el año 1929, en el que se creó el Servicio de Asistencia y Preservación Anti-tuberculosa. La Dirección General de este Servicio, que está a cargo del Dr. Armando Sarino, cuenta en la capital, Montevideo, con tres clases de organismos: a) de Profilaxis; b) de Profilaxis y Asistencia Ambulatoria; c) de Asistencia y Preservación.

El primer grupo comprende: 1°. la Oficina de Colectividades; 2°. El Dispensario Calmette, y 3°. la Oficina de Certificación.

El segundo grupo involucra: 1°. Un Dispensario Central y seis Dispensarios distribuidos por la ciudad.

El tercer grupo incluye: 1°. El Hospital Fermin Ferreira; 2°. El Hospital Saint-Bois; 3°. la Casa Maternal; 4°. El Preventorio del Cerro; y 5°. un Gran Sanatorio en Construcción.

En el interior del país existen Pabellones, Dispensarios con 50 camas cada uno, en casi todos los Departamentos y un Preventorio en Flores para niños.

OFICINA DE COLECTIVIDADES

Esta Oficina, que organizó en 1940 el conocido tisiólogo español Dr. Luis Sayé, hoy a cargo del Dr. Miguel Fierro

Vignoli, se ocupa de los estudios de poblaciones en masa, realizando investigaciones por medio de la agnografía y la alergia tuberculosa. Su acción se dirige a completar la de los Dispensarios Anti-tuberculosos, estudiando grupos de personas consideradas sanas a fin de establecer la morbilidad tuberculosa en ellas.

Los resultados obtenidos en el examen de las masas los han publicado los Dres. Sayé y Fierro Vignoli, y son sumamente interesantes. Yo, que entonces dirigía la División Segunda Infancia del Consejo del Niño, puse a disposición del Servicio de Colectividades para su estudio el valioso capital infantil, al que se agregaron los resultados obtenidos en escolares.

De acuerdo con esos estudios los niños fueron clasificados en siete grupos:

- 1°. Sanos con alergia negativa.
- 2°. Sanos con alergia positiva.
- 3°. Sospechosos de procesos tuberculosos activos.
- 4°. Con procesos tuberculosos pulmonares o gangliopulmonares activos.
- 5°. Con procesos pulmonares o gangliopulmonares evolutivos.
- 6°. Con otras localizaciones tuberculosas.
- 7°. Con procesos tuberculosos residuales.

Desde el punto de vista práctico y referido al destino que habría que dar a esos menores, refundí esos siete grupos en tres:

- 1°. Sanos (Grupos 1° y 2°)
- 2°. Activos (Grupos 3°, 4° y 7°)
- 3°. Evolutivos (Grupo 5°)

El Grupo 6° entraba en los anteriores según las circunstancias especiales de cada uno (entendiéndose bien, a los fines de la distribución). Los primeros continúan en las condiciones normales, como sanos. Los anérgicos son calmetizados.

Los segundos, que van a ser periódicamente vigilados, se trata de que vayan a medios rurales en buenas condiciones de vida.

Los terceros, verdaderamente enfermos, deben ser debidamente atendidos, y puestos a cargo de las instituciones del Ministerio de Salud Pública. Daremos como ejemplo los niños en colocación familiar. Del grupo 1º, había 44.1%; del 2º, 40%; del 3º, 6.6%; del 4º, 3.2%; del 5º, 2%; del 6º, 2.6%; del 7º, 1.1%. Como se ve, había 84.1% de niños sanos; 12.9% de enfermos propiamente dichos. Queda el grupo 6º por distribuir.

Este examen de colectividad aplicado al medio infantil de la División Segunda Infancia, demostró claramente como distribuir los niños, desde el punto de vista de la tuberculosis, de un modo práctico y eficaz.

DISPENSARIO CALMETTE

La vacunación preventiva contra la tuberculosis, fué simultáneamente comenzada en el año 1.925 en el Uruguay, Argentina y Brasil, siguiendo luego en otros países sudamericanos.

En el año 1.927 el Dr. José Martirené, Director General de Asistencia Pública, presentó al Consejo Directivo de la institución que dirigía un proyecto referente a la creación de un Dispensario Profiláctico de la Tuberculosis en el niño, basándose en el hecho de que la vacuna Calmette, preparada con el B. C. G. (Basilo Calmette-Guerin) es eficaz dada en los primeros días de la vida. El uso de esta vacuna se fundamentó en dos hechos: 1º ser el B. C. G. inofensivo, es decir, está desprovisto de virulencia tuberculígena cuando se utiliza a las dosis de vacuna y según las técnicas de Guerin; 2º tener el B. C. G. características hereditariamente fijas; 3º conferir la vacuna Calmette una pre-inmunización prácticamente absoluta

contra la tuberculosis en el niño.

En el Dispensario, desde el principio y hasta la fecha, estuvo al frente del Laboratorio que prepara el B. C. G. el Dr. Angel Tortorella.

El objeto de este Dispensario, como se desprende de su reglamentación, es el de vacunar por medio del B. C. G. a los recién nacidos de los Servicios Obstétricos del Ministerio de Salud Pública o en domicilio. Esta vacunación deberá efectuarse en todos los casos cuando el padre o la madre del niño, o los dos, sean tuberculosos. Del mismo modo, cuando por alguna razón cualquiera, esté expuesto al contagio. Si los padres no son bacilíferos o los niños no están expuestos al contagio, la vacunación será facultativa. Al mismo tiempo su acción se extiende a los recién nacidos que nacen fuera de los Servicios de Salud Pública, cuando así lo solicitan los padres, médicos o parteras.

El Servicio Revacuna con B. C. G. a los niños inscritos en el Dispensario todas las veces que los principios profilácticos de la pre-inmunización así lo indique. Al mismo tiempo, vigila el estado sanitario de los niños vacunados o revacunados, asesorando a los padres o encargados sobre las medidas higiénicas necesarias y procurando separar a los niños de los padres tuberculosos, colocándolos donde más conviniere. El Dispensario realiza también una obra médico-social por medio de subsidios alimenticios, asistencia médica, recolección de datos estadísticos, y obra educativa con formación Nurses sociales visitadoras en la lucha contra la tuberculosis.

Es necesario remontarse a aquella época, no muy lejana por cierto, para poder apreciar el valor de esta reglamentación. El B. C. G. no era entonces bastante conocido, y lo que era más grave, era rechazado por muchos. Por esa razón,

empezó a reglamentarse en forma limitada y facultativa, con el objeto de ir formando ambiente poco a poco. Se prefirió realizar en esa forma la lucha, con lo cual se consiguió progresivamente ir ampliando el radio de acción, al mismo tiempo que se ganaba la confianza del medio científico y sobre todo del popular, sin los cuales era imposible extender la vacunación.

Por ese camino se ha ido difundiendo poco a poco esa profilaxis. Hoy en día se vacunan sistemáticamente todos los niños recién nacidos en las Maternidades del Ministerio de Salud Pública de la capital y del interior. El Servicio Obstétrico Externo efectúa la misma tarea. Se vacuna también en los sanatorios obstétricos particulares. Lo mismo en sus domicilios a los niños que nacen atendidos por médicos o parteras. También se efectúa la vacunación a todas las estudiantes de nurses o de enfermeras que reaccionan negativamente a la tuberculosis y a todo otro anérgico que lo desee.

Desde el año 1927 al comienzo de 1946, según el Dr. Juan C. Etcheverry que está al frente de dicho Servicio, se han vacunado en la capital por vía bucal, un total de 78.745 niños y 46.994 en la campaña. También se ha efectuado la vacunación por vía subcutánea e intradérmica en los Hospitales Pasteur y Pereira Rossell, usándose en distintas épocas y según las orientaciones de cada servicio, el método bucal, el subcutáneo y el intradérmico por el método de Rosenthal, que ha modificado el del Dr. Etcheverry.

Esta modificación consiste en depositar sobre la piel desinfectada del brazo derecho 5 gotas de linfa, a un centímetro de distancia una de otra, de modo que formen la figura de un pentágono. Y Pinchar al través de las gotas de linfa cuatro o cinco veces con golpecitos tangenciales con un alfiler o esqueleto de punta bien fina.

La dispersión del área de vacunación a pequeños puntos aislados, en vez de hacerlo en un centímetro cuadrado, como lo aconseja Rosenthal, tiene por objeto evitar la mala impresión que dan las pápuhas o costras grandes que se forman a veces en los niños diatésico-exudativos cuando no son, como ya se ha podido observar, uno de los tantos centros de extensión de un emzema seborrúico. Defectos que mantienen la preocupación constante de los padres y que conspiran contra la vacunación.

La linfa empleada, según el Dr. Tortorella que la prepara, es en dosis de 0 gr. 010 de B. C. G. el 1/10 de c.c.; tiene la característica de ser una suspensión densa.

Con el objeto de conseguir un contralor de futuro, se efectúa desde octubre de 1.940, a pedido del Director del Instituto de Tisiología, profesor doctor Fernando Gómez el tatuaje de todos los niños vacunados. Su realización es sencilla: basta depositar una gota de tinta china sobre la piel de la pulpa del dedo gordo del pié izquierdo desinfectada con un algodón empapado en éter y dar cinco o seis golpecitos ligeros a través de la gota de tinta con un alfiler esterelizado. Se han efectuado más de 40.000 tatuajes. No se conoce que ésta práctica haya producido molestia alguna. y sus resultados se palpan, pues basta observar la cara plantar del dedo gordo del pié izquierdo, para averiguar si el niño ha sido vacunado o no.

OFICINA DE CERTIFICACION

Esta Oficina, que funciona en el mismo local de la Dirección General, tiene por objeto expedir los certificados que se exigen a los candidatos a empleados públicos, los que deben estar exentos de tuberculosis.

También realiza la comprobación y vigilancia de los empleados públicos afectados de tuberculosis en actividad, los que de acuerdo con la Ley, tienen derecho hasta tres años de licencia, con sueldo íntegro, por períodos renovables de un año. Para otorgar estas licencias, como prueba de carácter evolutivo o de actividad de la lesión, se exigirá que el examen bacteriológico sea positivo.

En el año de 1.935 el entonces Ministro de Salud Pública, Dr. Eduardo Blanco Acevedo, dictó una ordenanza tendiente a la protección de los niños. Por ella, todo el personal del Ministerio referido, que trabaja en las diferentes reparticiones de asistencia de niños, deberá ser sometido anualmente a un examen de las vías respiratorias, obteniendo un certificado de salud en cada caso.

Estas tareas las realiza la Oficina de Certificación o cualquiera de los Dispensarios establecidos en toda la República, o el Servicio de Colectividades.

DISPENSARIOS

Tanto el Dispensario Central como todos los otros establecidos en el país, tienen por objeto examinar las personas que concurren a ellos, vigilar los casos dudosos, clasificar los enfermos tuberculosos determinando a donde deben dirigirse, fomentar la colocación de hijos tuberculosos en nodriza o en la Casa Maternal según el caso, vigilar y asistir a los enfermos que pueden deambular, llevar a los hogares de tuberculosos por intermedio de las visitadoras sociales el asesoramiento, la educación sobre higiene social y la profilaxis de la tuberculosis. Los exámenes realizados son todos gratuitos para las personas privadas de recursos. Cada Dispensario ejerce su actividad sobre la zona respectiva perfectamente determinada.

Los Dispensarios tienen una misión especial con respecto a los niños. Deben ordenar los trámites respectivos para colocar en la Casa Maternal a los niños lactantes y hasta de cinco años de edad, hijos de hogares tuberculosos. En caso de oposición de los padres, procurará colocar a los recién nacidos en nodrizas del Servicio de Protección de Primera Infancia del Consejo del Niño. Para los niños mayores de cinco años de esta condición, buscará la colocación familiar en la División Segunda Infancia del Consejo del Niño, o su ubicación en el Preventorio de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis.

HOSPITALES

Existen en Montevideo dos Hospitales para tuberculosos: el Fermín Ferreira con cerca de mil camas y el Saint Bois, que, con nuevas ampliaciones va a 1.200, de las cuales 250 corresponden a niños. El Uruguay ya dispone de más camas que el número de los fallecidos anualmente por esa enfermedad -unos 2.500- habiéndolo llegado al Índice Uno, record no igualado por ningún otro país del continente, pero el Dr. Sarno cree que, en nuestro país, será menester llegar a duplicar ese número para satisfacer las necesidades actuales, con lo que llegaríamos al Índice Dos.

CASA MATERNAL

La Casa Maternal tiene por objeto recibir niños hasta de cinco años, hijos de madres tuberculosas, privadas de recursos, con el objeto de preservarlos de la enfermedad y proporcionarles los elementos necesarios para su normal desarrollo. Esta protección se extiende a los niños que conviven con personas tuberculosas, o que tienen manifestaciones sospechosas de tuberculosis y que no deben ser hospitalizados. De una manera especial, esta institución, dirigida por el Dr. Julio Lorenzo y Deal, recibe a los niños re -

cién nacidos separados al nacer de su madre enferma, entendiéndose por recién nacido, el niño hasta los 30 días de edad. La separación de la madre obliga a efectuar la alimentación del niño con leche humana ordeñada o con leche desecada. La clientela es, en general, de pocos recursos económicos, mediano estado intelectual, pero casi siempre acepta orientaciones profilácticas.

La técnica del aislamiento se realiza en la Casa Maternal muy atentamente, efectuándose con personal cuya salud general es meticulosamente vigilada, cuidándose las visitas y poniendo el mayor esmero en la alimentación. En general el recién nacido queda en observación hasta los 30 días, pasando a colocación familiar cuando las circunstancias los aconsejan. Antes del mes de edad se procede a la vacunación anti-tuberculosa con el B. C. G., dándose preferencia al método de Rosenthal con la modificación Etcheverry. La evolución de los recién nacidos que reciben B. C. G., no sufrió consecuencias por la inoculación.

El fundamento de la vacunación por B. C. G. crea el tipo de inmunidad que la enfermedad tuberculosa otorga, pero hoy por hoy no hay otro procedimiento mejor para alcanzar la inmunidad.

La Casa Maternal ha desarrollado la colocación familiar de estos niños en excelentes condiciones.

EL CODIGO DEL NIÑO Y LA TUBERCULOSIS

Cuando en el año 1934 se sancionó en el Uruguay el Código del Niño, que habíamos preparado un grupo de especialistas en los problemas del niño, éste estatuyó en el Capítulo XXVIII, que se refiere a la preservación de la tuberculosis y de la sífilis en la infancia, que el Consejo del Niño coadyuvará en la lucha contra la tuberculosis y la sífilis infantil, apoyando con respecto a la primera al Insti-

tuto Calmette, escuelas al aire libre para niños débiles, preventorios pre-escolares, colonias marítimas, colonias de vacaciones, estaciones helioterápicas y cualquier otro organismo que aconseje la higiene pública.

Al mismo tiempo establece la separación de los niños de sus familias contaminantes, aconsejando la colocación familiar en el campo y con vigilancia de visitadoras sociales.

COMISION HONORARIA PARA LA LUCHA ANTI-TUBERCULOSA

Por Ley del año 1946 se creó esta Comisión con amplias facultades, y que tenía entre otros cometidos administrar y disponer del "Fondo Permanente para la Lucha Antituberculosa". Este fondo, formado por colectas e impuestos especiales y otros recursos especificados, ha permitido con sus rentas, realizar la asistencia social de la familia del tuberculoso indigente, aislado o en su tratamiento, por medio de pensiones mensuales. Los resultados obtenidos son excelentes. Muchas familias son protegidas y sus niños reciben el beneficio correspondiente dentro de ellas.

EDUCACION SANITARIA Y LUCHA ANTI-TUBERCULOSA

Es conocido el hecho de que los índices de tuberculización fluctúan en sentido inverso a los niveles sanitarios y económicos sociales de las poblaciones. Claro está que la educación sanitaria no es una panacea universal y no puede resolver todos los problemas de la salud, por ejemplo la eliminación de la miseria, que escapa a ella. El profesor Javier Gomensoro que se ha consagrado con singular tesón a la educación sanitaria en nuestro país, dice que es necesario distinguir bien propaganda de educación, no debiendo actuar sólo la primera en forma esporádica, sino especialmente la segunda en forma permanente, con acción coordinada y eficaz. Por medio del Departamento de Edu-

cación Sanitaria del Ministerio de Salud Pública, que él dirige, se realiza una acción permanente extendida a instituciones, educadores y al pueblo en general, preparando el ambiente y haciendo, por ende, eficaces, todas las medidas que se tomen contra el terrible flagelo.

LUCHA ANTITUBERCULOSA EN EL MEDIO ESCOLAR

El Dr. José Martirené, alarmando al comienzo del siglo, por la frecuencia de la enfermedad, a raíz de comprobaciones efectuadas en el entonces Asilo de Expósitos, proyectó una Comisión de protección escolar, que había de cristalizar definitivamente en el Cuerpo Médico Escolar, en 1.908. Las ideas reinantes en esa época sobre tuberculosis, daban importancia a la defensa pasiva, y se buscaba con reglamentos y decretos, luchar contra la enfermedad. Ya en 1896 el Consejo Nacional de Higiene, había incluido la tuberculosis entre las enfermedades de declaración obligatoria, siendo el Uruguay uno de los primeros países de América que tomó tal iniciativa. Cuando se creó el Consejo del Niño, el Cuerpo Médico Escolar pasó a formar parte de la División de Higiene. Es a ella, pues, que corresponde todo lo que se refiere a profilaxis en las Escuelas y en especial a la lucha anti-tuberculosa. Una organización adecuada la realizó el Dr. Luis M. Petriello, cuando en su calidad de Director, dividió las Escuelas en zonas, cada una de las cuales fué asignada a un Dispensario de Vías Respiratorias del Ministerio de Salud Pública, adonde debían enviarse para su estudio los niños sospechosos de ser bacilares, los desnutridos, o los que hubieran tenido contacto con bacilares.

La escuela pediátrica del profesor Marquis, por los trabajos de él mismo de Bauzá y muy especialmente de Canttonnet, orientó hacia una renovación de métodos de inves-

tigación. Fué este último que propulsó el estudio clínico, epidemiológico y médico-social de la tuberculosis. Todo ello llevó a una colaboración que en 1.937 dió por resultado una relación funcional entre la Sanidad Escolar y los Servicios de los Dispensarios. En 1938 se estableció una colaboración con el Servicio de Examen de Colectividades que dirigiera en ese entonces el Profesor Sayé y se dió un gran paso al llegar a hacerse el examen sistematizado de todos los escolares en algunas escuelas, en los que se estudiaron los antecedentes, la alergia tuberculínica y la abreugrafía. El Dr. Héctor Mourigan estableció la coordinación entre el Cuerpo Médico Escolar y el Servicio de Colectividades, dirigiendo desde ese entonces el Centro de Lucha Anti-tuberculosa que se creó en la División Higiene del Consejo del Niño.

Los resultados obtenidos en los estudios realizados son los siguientes: La curva de la alergia sube con la edad, lo que indica que cada año se infectan niños que el año anterior no lo estaban. En el examen radiológico el 90% son normales; sospechosos de bacilares, 4 a 5%; con lesiones bacilares, 5 a 8%.

La realización de las pruebas tuberculínicas no es obligatoria, lo que plantea algunas dificultades. Hasta ahora se han respetado los derechos de los padres, pero los médicos creen necesaria la declaración de la obligatoriedad. La experiencia repetida de los clínicos en el Uruguay llega a la conclusión de que la práctica de las pruebas tuberculínicas es perfectamente inócua.

La Universidad de la República, por una disposición del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, ha declarado obligatorias las pruebas tuberculínicas y el rea-

men radiológico de los estudiantes de medicina; lo mismo se efectúa en los liceos de enseñanza secundaria, tanto públicos como privados.

LA EMBARAZADA TUBERCULOSA

Los médicos especialistas se han ocupado en todo tiempo de la madre tuberculosa. El Instituto de Tisiología de nuestra Facultad de Medicina, que dirige el Profesor Dr. Fernando Gómez, inauguró en el año 1939 el Dispensario de Profilaxis Antituberculosa Pre y Post-natal, que cumple una labor de alto significado profiláctico. Toda mujer que concurra para su examen a policlínica, es sometida, como investigación de rutina a una roentgenfotografía del torax, habiéndose fichado y estudiado hasta 1945 más de 32.000 enfermos. Al mismo tiempo ha tomado igualmente a su cargo la administración sistemática del B. C. G. a los recién nacidos de la Maternidad. La conexión establecida con la Casa Maternal por un lado y con el Dispensario Calmette por otro, con los que se procede a la profilaxia del niño, completan la obra.

PROTECCION PARTICULAR

Siempre he sostenido que la protección particular debe cooperar junto con la realizada por el Estado, sin que ésta deba absorber a aquella, sino coordinarla y orientarla para que dé sus más amplios frutos. En lo que a tuberculosis se refiere es digna de mención la Liga Uruguaya contra la tuberculosis fundada en el año 1902 por el Dr. Joaquín de Salterain. Esta obra, que existe en el momento actual, desarrollando una benemérita actividad, se adelantó a la iniciativa oficial creando una serie de obras complementarias. En 1911 fundó su actual Preparatorio. En 1913, por iniciativa del Dr. José Scorsaria, creó y sostuvo la primera Copa de Leche en una

escuela de Villa Muñoz y estableció la primera Escuela al Aire Libre para 100 niños, anexa a aquel organismo y que más tarde pasó al Consejo de Enseñanza. En 1916 organizó los tres primeros Dispensarios, siendo la verdadera fundadora de la Medicina Social en nuestro país.

El Preventorio, exclusivamente para niños, es hoy un modelo, con su escuela y 368 camas.

Toda la obra que se realiza está perfectamente coordinada con el Servicio de Asistencia y Preservación Antituberculosa, cuyo Director es el Vice-Presidente. Se efectúa así una obra de colaboración de verdadera eficiencia.

Muchas otras realizaciones oficiales y privadas, cooperan también de modo indirecto al fortalecimiento de los niños débiles -término hoy sin valor- como escuelas al aire libre, colonias de vacaciones, comidas escolares, copas de leche, etc., que por la vigilancia que ejercen sobre los niños, separan los que necesitan un cuidado especial. Su enumeración y estudio me llevaría mucho más allá de los límites en que he encuadrado el presente artículo.

No quiero dejar de mencionar, empero, la primera colonia marítima de niños débiles, destinada principalmente a preservación contra la Tuberculosis, que fundó en 1908 el Dr. José Scoseria con el nombre de Colonia de Vacaciones y fué la primera de su clase en Sudamérica. Mucho debe el Uruguay a las iniciativas de este carácter del ilustre maestro Scoseria.

CONCLUSIONES

Dadas las conclusiones aprobadas en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, realizada en Caracas en enero de 1.947 y las orientaciones seguidas en el Uruguay, desde hace varios años atrás, la delegación uruguaya propone a la a -

probación del Congreso la siguiente ponencia:

1°. Que todas las actividades de la lucha antituberculosa en los diferentes países de América, tanto desde el punto de vista preventivo como desde el curativo y de investigación, se organicen bajo una dirección única, con el objeto de obtener mejores resultados a fin de evitar incoordinación y aplicación de criterios diferentes.

2°. El examen periódico de colectividades aparentemente sanas debe realizarse sistemáticamente, empleando para él el método fluorofotográfico de Abreu, completándose para la investigación epidemiológica con el estudio de las reacciones tuberculínicas en servicios propios especializados.

3°. Dado el criterio general de los especialistas debe introducirse la vacunación B. C. G. en la práctica de administración sanitaria, la que debe agregarse a los métodos clínicos de profilaxis de eficiencia ya reconocida en la lucha anti-tuberculosa y sin que estos sufran ningún menoscabo.

Prof. Dr. Victor Escardó y Anaya.

Montevideo, diciembre de 1.947

pf.-

IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

PROFILAXIS DE LA T. B. C. INFANTIL

Co. relato Venezolano.-

Caracas - Venezuela

IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO.

Sección Primera.

Tema 3º PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL.

Sub-Comisión Venezolana: Dres. José Ignacio Baldó,
Juan Delgado Blanco y Rafael González Plaza.

- - - - -

El plan que se desarrolla en un país para prevenir la tuberculosis infantil, no podrá ser estudiado separadamente del de la profilaxis general de la enfermedad. Este, una vez conocido, tendrá solamente que considerar los aspectos que se refieren de manera especial al problema planteado por el niño, señalando aquellas de las medidas que tienen una mayor o más directa aplicación para evitar, en esa edad, el contagio y desarrollo de la enfermedad.

Dividiremos la exposición del co-relato venezolano en dos partes:

I Parte: El Problema.

II Parte: Acción desplegada ante el problema.

I Parte: El Problema.

No es útil enumerar la serie de medidas profilácticas que se llevan a cabo, ni los planes que se proyecta realizar en el campo de la lucha antituberculosa, sin una información previa sobre el problema, el cual se podrá apreciar, de una parte por los datos epidemiológicos de que se disponga, y de otra parte por aquellas de las condiciones que más directamente afectan su desarrollo, como lo que respecta al medio físico en sus relaciones con el elemento humano que lo ocupa, y sus características económico-sociales más resaltantes.

Una información completa de los datos que hasta el presente ha sido posible reunir, podrá ser consultada en las Actas de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, (1) realizada en Caracas en enero de 1.947. De dicho estudio extractamos aquí algunos puntos. El país se encuentra situado en la zona tórrida, con una población de 3.849.919 habitantes según el último censo que data de 1.941, y con una extensión territorial de 912.050 Km², pero dicha población se halla distribuída muy irregular-

(1) Dres. J. I. Baldó, D. Curiel y P. Iturbe. Epidemiología de la Tuberculosis en Venezuela. En impresión.

mente, concentrándose a lo largo de la zona costera y de las regiones montañosas al norte y occidente, mientras que en las llanuras del centro y del sur, en una extensión que representa el 83% del área total, la densidad de población tan solo llega a 1,10 por Km.².-

Es muy interesante saber que según su importancia numérica la población se reparte de la manera siguiente:

2.271.937, o sea el 59%, vive en agrupaciones de menos de 1.000 habitantes.

412.075, o sea el 10.7%, vive en agrupaciones de 1.000 a 2.500 habitantes.

1.165.907, o sea el 30.3%, vive en agrupaciones de más de 2.500 habitantes.

Esta población tan diseminada explica algunas de las características epidemiológicas, y plantea uno de los mayores obstáculos para la organización de una campaña eficiente. A esto hay que agregar, además, el que durante la estación de las lluvias las zonas de los llanos se inundan, incomunicándose muchas poblaciones pequeñas.

Si la raza negra pura es más bien escasa, en cambio predomina en la población el tipo híbrido, constituido por la mezcla de la blanca y la negra en las zonas costeras, y de la blanca y la india en ciertas regiones del interior, mezclas que vienen haciéndose desde hace varios siglos, ya que en la época de la colonia, las "gracias al sacar", cédulas expedidas para "limpiar la sangre", constituían uno de los principales ingresos en las rentas de la corona. Después de estos tipos no bien definidos racialmente, sigue en importancia la raza blanca, y en muy pequeña escala, escasos grupos de indios de raza pura.

No existen como en otros países del continente americano, marcadas diferencias económico-sociales en función de las razas.

En cuanto a la fisonomía económica del país, se puede caracterizar por escaso capital nacional y escasa mano de obra, siendo esta última en su mayor parte absorbida por la industria petrolera, que por el auge de su brusco desarrollo, ha hecho rico al Estado, mediante su aporte rentístico. Como en todo país de industria minera casi única, existe un alto costo de vida, y prácticamente todo de lo que subsiste debe ser importado.

Mortalidad tuberculosa.-

Si en los núcleos urbanos de población, el registro se considera completo o casi completo, en las regiones de población es-

casa, que ya vimos la importancia que tienen, se estima por debajo de la realidad. Por otra parte, las disponibilidades de recursos médicos hacían todavía para 1.944, que casi el 60% de las defunciones carecieran del certificado de diagnóstico. Por estas razones se ha hecho necesario recurrir a estimaciones aproximadas basándose en la hipótesis de que la mortalidad tuberculosa alcanza las mismas cifras en la mortalidad no diagnosticada, que en la diagnosticada. Según estos cálculos deductivos para el quinquenio 1.940 - 1.944, la tuberculosis en todas sus formas habría sido responsable de 10.000 muertes anuales, representando dentro del total anual de 65.000, el 15%, y viniendo inmediatamente después de la Diarrea y Enteritis. Pero dicho porcentaje de 15%, se eleva al 30%, si se considera solamente entre las enfermedades hacia cuyo control se dirigen las campañas de los departamentos de salud.

Si se reúnen los datos exactos de 30 ciudades, con un total de cerca de 900.000 habitantes, que representan casi el 25% de la población del país, se obtiene un coeficiente crudo de mortalidad de 268 por 100.000 habitantes, con variaciones amplias según las ciudades, entre 150 y 500. En Caracas y Maracibo, las dos principales ciudades del país, dichos coeficientes alcanzan a 152 y 178 respectivamente, mostrando una marcada tendencia al descenso. En la capital de la República, algunos cálculos indican para comienzos del siglo un coeficiente alrededor de 600 defunciones de tuberculosis por 100.000 habitantes.

En 10 de las principales ciudades la tuberculosis representa la primera causa de muerte.

Si se estudia la mortalidad en relación con las edades, se observa que de 100 muertes por tuberculosis pulmonar, el 66,6% o sea los dos tercios, ocurre entre las edades de 20 y 50 años, y un 13% en menos de 10 años.

Dos hechos dificultan todavía la presentación de datos exactos sobre la mortalidad por tuberculosis en los primeros años de la vida. En el trabajo a que hemos hecho referencia, la División de Epidemiología y Estadística prefirió mantener cifras de cierta magnitud, y el estudio se refiere a grupos etarios más bien amplios, o sea de 10 años, omitiéndose así pequeños grupos en las edades iniciales de la vida, cuyo estudio es muy instructivo para la orientación de la profilaxis infantil. Por otra parte, se ha limitado la apreciación a la Tuberculosis Pulmonar solamente,

pues se ha estimado que es más fácil de diagnosticar, y por consiguiente los datos tendrán menos errores.

Sin embargo, a continuación se compara el porcentaje de la mortalidad por Tuberculosis (todas formas), en cada grupo de edad, sobre la mortalidad diagnosticada respectiva observada en Venezuela en el año 1.944 (Gráfico N° 1).

Si se estudian los puntos más resaltantes de la distribución de la edad en relación con la mortalidad tuberculosa, se ve que de un modo general los porcentajes se elevan bruscamente en las primeras edades juveniles, después del conocido receso entre la segunda infancia y la pubertad: el 27,8% de las muertes por tuberculosis ocurre para la edad de 20 - 29; el 22,9% para la edad de 30 - 39, y el 15,9% para la edad de 40 - 49. Esta distribución se asemeja a la que se observaba en Estados Unidos de América a comienzos del siglo, habiéndose ahora desplazado en dicho país el mayor porcentaje de mortalidad por encima de los 45 años.

Pero la información más adecuada para las directivas de la profilaxis antituberculosa infantil, no la obtendremos del estudio de los coeficientes de mortalidad en las diferentes edades, puesto que sólo indican el número de personas que mueren de la enfermedad entre 100.000 sujetos vivos de dicha edad. Dichas cifras informarán solamente sobre la frecuencia de las muertes en el grupo etario considerado, pero de ninguna manera si es una amenaza grave como enfermedad para el grupo. Conocido es que existe un número infinitamente más bajo de infectados, demostrable por la prueba de la tuberculina en los primeros años de la vida. Si estudiamos la mortalidad, ya no en los grupos de edades solamente, sino en los infectados de cada uno de esos grupos, tendremos una revelación del riesgo efectivo de morir que lleva en sí cada infectado según la edad.

A continuación presentamos, los cuadros y gráficos (1) que muestran para Caracas y Maracaibo la verdadera significación de una infección precoz, por debajo de un año de edad, la que implica una expectativa de muerte ampliamente mayor del doble de aquellos grupos que tienen índices altos, y alcanza a tres, a diez y hasta cincuenta veces más que el índice de mortalidad de los grupos restantes.

El contraste entre la altísima mortalidad entre infectados en el primer año de la vida, y el relativo poco peligro que significa la infección entre las edades que median desde los 5 hasta

(1) Tomados del trabajo citado.

ta los 19 años, se ha explicado no tan sólo por condiciones de resistencia distinta, sino principalmente por factores injerentes a la modalidad masiva de la infección mientras más baja sea la edad, ya que entonces el universo del niño es sumamente limitado.

En lo que respecta al sexo no se aprecian diferencias en los coeficientes de mortalidad por debajo de 9 años, manteniéndose luego la curva femenina constantemente sobre la masculina en las edades de 10 - 19, para descender después de la menopausia.

Morbilidad tuberculosa.-

Sobre un total de cerca de 300.000 sujetos en grupos supuestos sanos, usando como método de pesquisa el examen con rayos X se encuentran para los centros urbanos porcentajes de lesiones activas que según los grupos de edades, varían para los adultos, desde 1 hasta 5% según localidades, exámenes casi siempre realizados en personas de condiciones económico-sociales modestas. En el medio industrial petrolero el porcentaje ha sido de 1.51. No se han señalado diferencias entre las razas blanca y de color.

En el grupo escolar de Caracas, en un total de 35.065 exámenes entre los 5 y 14 años, y sin selección de carácter económico-social, se obtuvieron porcentajes de lesiones activas de 0.23% en los varones y 0,34% en las hembras. Estudios realizados anteriormente en clases de escolares predominantemente pobres, dieron en dos ocasiones cifras de 1,27 y de 1,33%. En algunas ciudades del interior se han encontrado en ocasiones porcentajes mayores.

En Maracaibo en grupos de significación numérica, los porcentajes de lesiones activas encontrados han sido así: 0 - 4 años, 0.69%; 5 - 9 años, 1,12%; 10 - 14 años, 0,65%.

Aunque en general se encuentra menos proporción de lesiones activas en los medios semi-rurales y rurales, a medida que se realizan mayor número de investigaciones se van poniendo de manifiesto frecuentes excepciones a esta regla.

En las mujeres embarazadas el porcentaje de lesiones oscila alrededor de un 3, y en los contactos de 8. En contactos infantiles de 0 a 14 años, uno de nosotros (1) encuentra en el grupo de tuberculino-positivos, un 22.37% de lesiones, de las cuales 10,13% en actividad.

(1) R. González Plaza. Contribución al Estudio de la Tuberculosis Infantil en Caracas. Memoria del 1er. Congreso Venezolano de la Tuberculosis. Caracas 1.938.-

En los estudios de morbilidad se señalan todas las formas conocidas de primo-infección tuberculosa en sus modalidades regresivas y progresivas. Todo lo relativo a este respecto podrá ser consultado en la bibliografía especial. En definitiva nada parece diferenciar las formas clínicas y la evolución de la enfermedad en nuestra infancia, de lo que es conocido clásicamente. Distintos puntos están aún en estudio, en especial el de la relativa poca frecuencia de las tuberculosis ósteo-articulares, y posiblemente algunas otras tuberculosis extra-pulmonares, aunque todos estos estudios estadísticos deben considerarse con reservas, ya que si abundan las informaciones clínicas, faltan todavía las informaciones anatomo-patológicas necesarias.

Infección tuberculosa.-

En más de 300.000 exámenes practicados con la prueba tuberculínica (intradermo-reacción al milésimo), en grupos de población aparentemente san., se han hecho estudios en zonas urbanas, rurales y semi-rurales, en algunos campos petroleros, y en núcleos de indios bastante separados de los centros urbanos.

En las zonas urbanas las reacciones positivas no bajan del 20% para el primer grupo de edad de 0 - 4 años, ni del 50% para el de 10 - 14, oscilando del 60 al 90% para el de 15 - 19. Por encima de 30 años las cifras varían de 78 a 100%. En este tipo de población, la infección revelada por la alergia tuberculínica es precoz e intensa, pudiendo alcanzar en poblaciones entre 50 y 100.000 habitantes, hasta un 40% de positividad para ese primer grupo de edad, que es el que mejor mide el grado de tuberculización global.

En el medio rural un 40% hace su primo-infección después de los 20 años, con porcentajes de positividad entre 5 y 15 para el primer grupo de edad de 0 - 4 años, en algunas zonas, pero en cambio, a medida que se han ido multiplicando las investigaciones, se ponen de manifiesto con más frecuencia excepciones a esta regla encontrándose a veces, como fue el caso en la Gran Sabana, en los límites con el Brasil, en núcleos de pequeñas poblaciones indias muy aisladas, cifras muy altas y muy precoces de positividad tuberculínica, comparables a las que se han encontrado en zonas urbanas de infección masiva. Se han podido explicar estos hechos estudiando los desplazamientos de grupos humanos.

En resumen, de los datos epidemiológicos presentados se puede concluir que la tuberculosis representa uno de los primeros

problemas de salud pública que confronta el país. La alta cifra de los coeficientes de mortalidad en la mayor parte de las ciudades, en las cuales ocupa el primer puesto entre las causas de muerte, caracteriza una etapa infecciosa masiva, con tendencia a declinar en algunos importantes centros urbanos, pero siempre manteniéndose dentro de límites altos, propios de la existencia de un gran componente de mortalidad adicional. Allí la infección es muy precoz en la infancia, y de carácter ascensional muy manifiesto. La extensión territorial, y la tremenda dispersión de la población, permite encontrar todas las etapas epidemiológicas, presentándose zonas rurales muy poco infectadas al lado de otras en fase de tuberculización epidémica creciente.

Tuberculosis bovina.-

Los datos epidemiológicos muestran cifras de muy alta infección tuberculínica (60 - 70%), en los establos de Caracas; cifras de mediana infección en algunas investigaciones en hatos del interior en donde se ha comenzado a cruzar el ganado criollo y a usar establos, y ausencia completa de infección en zonas pecuarias apartadas.

II Parte Acción desplegada ante el problema

Esta tiene dos propósitos: el primero, descubrir las fuentes de contagio, y el segundo eliminar su daño.

1º) Descubrimiento de las fuentes de contagio.-

Comprende prácticamente las de origen humano y las de origen bovino. Las de origen humano, que en nuestro medio son las más importantes, se conocen por los procedimientos que realizan el descubrimiento de casos.

Expondremos lo que se ha hecho en Venezuela, con lo que caracterice la orientación del plan que se prosigue. Ante todo hay que decir, que este trabajo es reciente, ya que la organización actual data sólo de once años.

La campaña antituberculosa es en nuestro país centralizada, bajo la forma de comando único, pues por la Ley de Sanidad Nacional, es una atribución del Departamento correspondiente del Ejecutivo Federal, habiéndose podido evitar el desarrollo de campañas descentralizadas por parte de los Estados, Municipios, del Seguro Social o de los particulares. La ejerce la Dirección de Salubridad del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social a través

de una de sus secciones técnicas, la División de Tisiología. Esta realiza dicho ejercicio, a través de los siguientes servicios:

- 1º) El Instituto Nacional de Tuberculosis
- 2º) Los Dispensarios Antituberculosos
- 3º) Los Servicios de Tisiología Sanitaria de las Unidades Sanitarias
- 4º) Los Sanatorios Antituberculosos y otras instituciones de camas.

En lo que toca al descubrimiento de casos, éste se realiza en las Unidades Sanitarias, bien por servicios especializados completos, los Dispensarios Antituberculosos, que desarrollan todas las actividades conocidas, o bien por los Servicios de Tisiología Sanitaria, que cumplen solamente aquella función.

Los Dispensarios Antituberculosos en número de 23, cubren todos los centros urbanos que reúnen los requisitos para su funcionamiento, abarcando más de 1.200.000 habitantes, o sea más de la cuarta parte de la población total. Terminada la guerra mundial, y una vez que se pudo de nuevo importar equipos, se ha comenzado a substituir el método de la radioscopia seguido de la radiografía, por el de Abreu, con aparatos de fluorofotografía, en el tamaño de 70 mm., con célula foto-eléctrica. Ya existen 9 instalaciones, y se piensa extender el procedimiento a todos los servicios.

Cumplidos los primeros diez años de rutina, que han sido los más duros, pues nos hemos visto obligados a organizar los servicios sin el suficiente personal auxiliar de enfermeras, por lo que el trabajo presenta muchas lagunas, desde hace un año hemos considerado que estábamos en condiciones de proceder a llenar algunas de ellas, por lo que se instaló en Caracas el primer Registro Central de Casos, de señales visibles, de tipo intermedio, con todo lo relativo a profilaxis y a contactos. Señalamos este hecho, porque creemos que es la única manera de tener diariamente a la vista la labor que en ese campo se está realizando, con las indicaciones para el administrador sanitario, del camino que debe seguirse para corregir sus deficiencias. Realizada esta experiencia en la capital se extenderá el sistema, en la medida de las disponibilidades de personal.

Los dispensarios antituberculosos integran toda la labor del descubrimiento de casos: son centros de consulta y centros de pesquisa. Esta última no se halla en centros separados como en algunos países. En las mañanas funcionan en consulta abierta, tres días para adultos y tres días para niños; y en las tardes

en el examen del aparentemente sano, el cual se realiza a través del certificado de salud, que existe como disposición reglamentaria obligatoria para ciertos oficios desde 1.916, y que cada día ha podido ir extendiéndose a nuevos grupos.

Por parte del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social el certificado de salud es obligatorio para múltiples oficios, entre los cuales señalamos los fabricantes, manipuladores y expendedores de géneros alimenticios; empleados de botiquines, restoranes, empleados domésticos, de barberías, inmigrantes, etc., así como para el servicio de Higiene Escolar en la capital, que abarca hasta la educación secundaria superior.

Por el Ministerio de Educación Nacional a los maestros y a los estudiantes universitarios.

Por el Seguro Social Obligatorio a todos los grupos que cubre esta Institución.

Además, cada día se observa más tendencia a su extensión, abarcando grupos que no están incluidos en las disposiciones mencionadas, y a los cuales se va llegando por reglamentaciones internas, como es el caso de algunos departamentos de empleados públicos, y escuelas especiales superiores.

La extensión de las actividades ha obligado en la capital, a la organización del primer equipo fluoro-fotográfico móvil de pesquisa, fuera del local del dispensario, pero esto no alterará el plan de integración descrito, ya que según las diferentes áreas, todo el trabajo realizado por la instalación, cae en la jurisdicción del dispensario respectivo.

Aparte de las disposiciones reglamentarias mencionadas, las actividades de medicina preventiva del Departamento de Sanidad, contribuyen con los grupos más interesantes para el descubrimiento de casos aparentemente sanos: el dispensario antituberculoso, con los contactos; los servicios de Higiene Materno-Infantil, con las embarazadas, y los niños tuberculino-positivos de los servicios de puericultura.

En cuanto al grupo de escolares, con excepción de la capital en donde las posibilidades de personal permiten abarcar un gran contingente, la División de Tisiología ha venido desde 1941 restringiendo su examen, ya que como se deduce de los datos epidemiológicos expuestos, hay otros grupos más productivos. En efecto, la facilidad con que se puede realizar el examen de escolares, es la causa de que en muchas localidades del interior

la capacidad del servicio para el examen de aparentemente sanos, esté casi totalmente ocupada con dicho grupo, en detrimento del examen en otras edades en que la morbilidad es hasta 7 veces mayor. Allí se deja al juicio del Servicio de Higiene Escolar, la selección de los niños que necesitan ser examinados. Una de las ventajas evidentes del método de Abreu, es el aumento de la capacidad de examen radiológico, aún en servicios con poco personal médico, lo que permite incorporar grupos como éste, poco productivos en cuanto a hallazgos, pero que en cambio pueden ser ampliamente utilizados para la puesta en marcha de medidas de profilaxis, plan de trabajo que expondremos al tratar de la vacunación BCG.

Se ha tenido especial cuidado en no dejar que el auge del examen del aparentemente sano desplaze las actividades de exámenes de consultantes y de contactos, pues como lo expone Iturbe (1), estos dos últimos grupos son alrededor de cuatro veces más productivos que el primero. Se ha dicho que en consultantes, por predominar los casos avanzados, no se obtiene un rescate tan satisfactorio como por el primer procedimiento, pero en cambio desde el punto de la profilaxis tienen mucha importancia por constituir fuentes de infección, para las cuales es absurdo aplicar el argumento de que ya han hecho su daño; y en cuanto a los contactos si se objeta el alto costo de este trabajo, por las dificultades que acarrea su examen, en cambio como su realización no se consigue sino a base de la labor educativa de la enfermera visitadora, este trabajo no tiene precio en profilaxis de la tuberculosis.

Creemos que la fluoro-fotografía tan fácilmente desarrollable según el método de Abreu, implica el desarrollo paralelo de los centros de diagnóstico, o sea los dispensarios, con el personal de tisiólogos y de laboratoristas requerido, sin lo cual no haría sino crearse un problema de "manchas pulmonares" como dice Iturbe (2).

No pudiendo cubrir los dispensarios antituberculosos sino un poco más de una cuarta parte de los habitantes del país por las razones que se han expuesto al tratar de la dispersión de la población, se hicieron ensayos en 1.938 con un equipo viajero de rayos X con fuente de energía, tipo "trailer". Si la experiencia es utilizable para investigaciones epidemiológicas, no resul-

(1) P. Iturbe.- El examen de colectividades en Venezuela. VII Congreso Panamericano de la Tuberculosis. Lima.

(2) Trabajo citado.

ta así para la realización periódica de la rutina sanitaria, entre otras razones por el estado de las vías de comunicación durante la estación de las lluvias. La imposibilidad de realizar este trabajo en la forma en que se ha logrado en otros países, llevó al establecimiento de lo que se ha llamado la "red secundaria" de la lucha antituberculosa.

Esta red está constituida por aquellas Unidades Sanitarias de poblaciones menores, en que ha sido posible capacitar al médico-higienista con el entrenamiento indispensable para la realización de un primer programa de tisiología sanitaria. Sin ser tisiólogo, maneja la tuberculina y el aparato de rayos X, pudiendo iniciar el levantamiento de los índices tuberculínicos, y las primeras etapas del catastro radiológico. Cada vez que la radioscopia no es normal, toma una radiografía, disponiendo en la localidad de un laboratorista para los exámenes de esputos, con lo cual puede clasificar los casos gruesos. Todo el material pasa por la supervisión del dispensario antituberculoso regional, red primaria, con la cual se encuentra articulada esta red secundaria.

Esta experiencia que se va desarrollando de manera satisfactoria, está permitiendo extender el control de la tuberculosis a zonas que por las características de la extensión territorial, dispersión de población, y vías de comunicación, parecían inabordables, con la ventaja sobre otros tipos de organizaciones a la base de tisiólogos viajeros, de que se crea en el administrador sanitario local una más firme conciencia del problema.

Para completar con lo que toca al descubrimiento de casos, deben mencionarse los estudios realizados con fines de investigación epidemiológica por la División de Tisiología, en regiones en que no existen ni dispensarios, ni servicios de tisiología sanitaria, y las actividades realizadas por la Sanidad Militar que realiza en algunas localidades el examen de conscriptos.

En síntesis, en lo que respecta al descubrimiento de casos, se siguen las recomendaciones que al respecto formuló la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, (1) aconsejando el examen de los grupos que los estudios epidemiológicos señalen como más afectados, cuando los recursos no permiten su generalización, y por otra parte, que este método no se haga a expensas de la labor del dispensario, base actual de la lucha antituberculosa.

(1) Caracas 1.947.- Actas en impresión.-

2°) Eliminación del daño de las fuentes de contagio.-

La acción desarrollada comprende actividades de índole muy diversa, para la información de las cuales usaremos la siguiente clasificación:

- a) Aislamiento institucional
- b) Aislamiento a domicilio
- c) Tratamiento ambulatorio de casos
- d) Separación de los sanos
- e) Mejoramiento de la resistencia
- f) Medidas contra el peligro de la tuberculosis bovina

a) Aislamiento Institucional.-

Cómo enfermedad infecto-contagiosa, el descubrimiento de un caso de tuberculosis debe llevar como consecuencia lógica a su aislamiento, de preferencia en forma institucional. En países como el nuestro, de bajo nivel de vida, con alto componente de mortalidad adicional, debido a la acción de causas indirectas, es preferible elaborar los cálculos de las necesidades sobre la base de una cama por defunción anual para poder planear programas accesibles, que inciten a su realización, contando con la influencia de la lucra no específica, sin cuyo desarrollo paralelo, la específica sería de alcance discutible.

Sobre el cálculo de 10.000 muertes anuales, y con una necesidad mínima de ese monto, hay en funcionamiento 1.400 camas, que subirán en los meses que siguen a 2.200, contando las construídas y en parte ya equipadas. La elaboración de un plan de las necesidades de camas, no depende tan solo del problema de funcionamiento para la construcción, equipo y sostenimiento, sino que además de encajar armónicamente dentro del plan hospitalario general de la nación, tiene que considerar las posibilidades técnicas de construcción y personal. Sobre la base de esas consideraciones se elaboraron en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, los planes que contemplan la posibilidad de resolver en el lapso de 10 años, por lo menos las dos terceras partes de las necesidades mínimas de camas de hospital, tocándolo a la lucha antituberculosa, 4.500 más, ya que los cálculos se establecieron sobre la cifra de 9.000 muertes de tuberculosis por año.

El plan comprende sólo dos clases de institutos, el de tipo A, de una capacidad para 300 pacientes, que se define como el sanatorio de zona, en donde se encuentran todas las posibilidades técnicas, debiendo además de poder realizar toda la cirugía de

tórax, preparar personal y realizar investigaciones. El sitio en que se ubica pide una serie de requerimientos. El de tipo B, con una capacidad alrededor de 170 camas, es el sanatorio local, y su distribución sigue estrictamente la red dispensarial. Ambos consideran la hospitalización de niños en secciones separadas.

A partir de ese momento se desistió de las hospitalizaciones de emergencia, del tipo de barracas, que antes se aconsejaron. Sólo se considera que deban existir, aparte de lo dicho, los servicios de tuberculosos en hospitales generales, cuando esto sea posible.

En el curso del año se decretaron los primeros siete institutos de este nuevo plan, dos de los cuales son del tipo A, y cinco del tipo B.

El financiamiento de la construcción para este nuevo plan está a cargo del Gobierno Federal, y es de esperarse que para acelerar su realización, haya un reajuste en los presupuestos de los diferentes departamentos del Ejecutivo, ya que según el artículo 51 de la nueva Constitución, se establece que todos los habitantes de la República tienen derecho a la protección de la salud, debiendo establecer el Estado los servicios necesarios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

Se tiene previsto que a estos sanatorios vayan los indigentes, los asegurados y los particulares, debiendo venir el financiamiento para su sostenimiento de tres fuentes: el Estado, el Seguro Social y los particulares, siendo de esperarse que con el progreso de la medicina social, el grupo de los asegurados vaya cada día absorbiendo mayor contingente de los otros dos.

Antes de esta etapa, las Asociaciones Antituberculosas privadas han jugado un papel importante en la solución del problema de camas, así como las Juntas de Beneficencia Municipales, ejemplos de esto último las del Distrito Federal y del Estado Zulia.

Debido a que las Asociaciones Antituberculosas, tienen un Comité técnico asesor con funcionarios de los dispensarios de la División de Tisiología, su acción ha sido coordinada al plan nacional del Ministerio.

La Asociación Antituberculosa de Caracas construye un Sanatorio infantil con capacidad de 200 camas, por la sola iniciativa privada, y ya cuenta con importantes donativos para el sostenimiento. Se considera que en los centros urbanos importantes se hará necesaria la construcción de este tipo de institutos especiales para niños.

b), Aislamiento a domicilio.-

El hecho de ser casi siempre imperfecto, y su efectividad dependiendo exclusivamente de la educación alcanzada en el público, explica la razón de que sea aquí que tratemos de este otro importante tópico de la profilaxis de la tuberculosis.

Cama y cuarto aparte, servilletas y bolsas de papel para aislar la boca del paciente, etc., de poco servirán sin el requisito antes expuesto. También la Asociación Antituberculosa de Carabobo, hizo un ensayo, entre nosotros, de casillas de madera para sacar al tuberculoso del recinto de la habitación, aprovechando los grandes solares de las casas.

La labor educativa que informa al público sobre el peligro de la enfermedad, y la manera de evitarlo, y de la que depende lo que pueda valer el método del aislamiento a domicilio, se está realizando en Venezuela por tres órganos:

La enfermera visitadora

La División de Educación Sanitaria.

Las Asociaciones Antituberculosas.

La labor de la enfermera visitadora se ha encontrado limitada por la escasez de personal debidamente preparado. En lo que se informó respecto al Registro Central de Casos, se considera que existe un recurso práctico para medir su efectividad, ya que la mejor consecuencia de la buena visita, la constituye la marcha que siga el control de los contactos.

La División de Educación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, usa todos los medios de enseñanza, principalmente los que van a la escuela, entre los cuales merece destacarse el periódico "SER" con una edición de 30.000 ejemplares quincenales.

Las Asociaciones Antituberculosas al incorporar en su seno a toda la colectividad, están en capacidad, y así lo han hecho por medio de sus grandes campañas, de desarrollar obra de divulgación sanitaria antituberculosa, que es generalmente acogida con más entusiasmo que la que se realiza a través de las instituciones oficiales.

La "Campaña de la Estampilla de Navidad", y del "Fósforo de la Salud" son dos ejemplos entre muchos. El entusiasmo con que son acogidas estas cruzadas por parte del público en general, y en especial en las escuelas, nos parecen de consecuencias futuras, ya que no solamente enseñan la forma de propagarse la enfermedad y como evitar su daño, sino que indican una actitud de solidaridad so-

cial indispensable para enfrentarse ante un problema nacional de esta magnitud.

La Asociación Antituberculosa de Caracas, por ejemplo, ha asociado a los niños de la capital dentro de la realización de su obra, el primer sanatorio antituberculoso infantil, Delegaciones escolares que representaban una población escolar de 38.000 niños, colocaron sendas piedras al comenzarse la obra; cantaron la canción infantil para la lucha antituberculosa que se ha hecho popular en las escuelas, y van sembrando cada año el parque del instituto el día de la fiesta del Arbol.

El funcionamiento del aislamiento a domicilio se realiza en los asegurados por el pago de las prestaciones correspondientes, y en los no asegurados por la acción del Servicio Social. El alcance de estos dos órganos de ayuda está muy por debajo de las necesidades.

c) Tratamiento ambulatorio de casos.-

En los países con número insuficiente de camas para tuberculosos, los dispensarios se han visto obligados a agregar una función curativa a su función preventiva, constituida por el hallazgo y vigilancia de las fuentes de infección, con la labor educativa consiguiente para disminuir su daño. Es este el caso en Venezuela, por las razones ya expuestas.

Todos los dispensarios controlan y realizan los tratamientos de reposo y de neumotórax artificial de los pacientes que están obligados a permanecer a domicilio.

En lo que toca a la colapsoterapia ambulatoria, se tratan de esta manera en el país 1.300 pacientes, cuyo neumotórax se ha instalado en el dispensario. Es difícil establecer de una manera exacta el valor de este método de tratamiento en forma ambulatoria, en lo que respecta a la profilaxis. Desde 1.938 en que fue objeto de una de las Ponencias del Primer Congreso Venezolano de la Tuberculosis (1), al estudiar su valor en el dispensario ante el signo baciloscopia positiva, se han hecho varios intentos análogos, sacándose como conclusión que su valor terapéutico está en estrecha relación con la condición económico-social del paciente.

La negativación del esputo cuando se va a conseguir, se obtiene en los primeros 6 meses, principalmente en el tercero. A este respecto su influencia profiláctica medida frente al número de contactos es en algunas estadísticas impresionante. Pero su proporción varía en función de la selección de indicaciones, y co-

(1) Memoria - Caracas 1.938.

mo se ha dicho, de las posibilidades que existan para la cura de reposo durante esos primeros meses, de las facilidades que se brinden después del tercer mes para corregir con la neumolisis los colapsos deficientes, así como para resolver en sanatorio cualquiera de sus complicaciones. Los tisiólogos venezolanos, casi unánimemente son de opinión de que deben someterse a este tratamiento todas las formas mínimas, por pequeña que sea su extensión. Todavía es desalentador el número de buenos casos que se pierden por abandono del tratamiento cuando el paciente se ve obligado a recomenzar un trabajo inadecuado. Es muy probable que en un futuro próximo, el dispensario tenga que incluir dentro de sus funciones terapéuticas, la de los antibióticos en las formas de comienzo, pero entre nosotros no tenemos experiencia a este respecto.

El financiamiento para el tratamiento a domicilio, en lo que toca a los gastos de vida mientras el paciente no trabaja, se realiza con la ayuda de las prestaciones del Seguro Social en los grupos que le pertenezcan, y en las otras por propia cuenta del enfermo, a veces con la ayuda del Servicio Social.

d) Separación de los sanos.-

Se han realizado las dos experiencias clásicas, el preventivo y la colocación familiar, habiendo resultado ambas insatisfactorias.

La primera se realizó en el "Preventorio Angel Larralde", que se decidió suspender ya desde hace varios años, pues al cabo de un tiempo, por la falta de organizaciones complementarias, se convirtió en un centro de niños abandonados. Creemos que en países con déficit de camas para tuberculosos, es sobre este último aspecto que debe dirigirse toda la acción de las posibilidades institucionales, pues el enfermo aislado, beneficia no sólo al niño separado, sino a todo el conglomerado familiar y social.

La colocación familiar se ha venido ensayando con insistencia, y desgraciadamente, salvo contadas excepciones, sus resultados no son prometedores. Falten esas condiciones tan características de los países en que han florecido instituciones como la "Obra Grancher". Ni el nivel de la vida y educación entre las clases que pueden estar interesadas en esta clase de cooperación social, ni la circunstancia de familias con pocos hijos o sin ellos. Se ha visto que las actuales cuotas familiares deben ser subidas. Hasta ahora el financiamiento es por cuenta del Estado a través de sus Servicios Sociales.

El Consejo Venezolano del Niño viene estudiando el problema por medio de su Servicio Social, y se va llegando a la conclusión de que este asunto es todo una institución, que requiere una serie de elementos para un correcto funcionamiento: los "Clubs de Madres" los Albergues de tipo cerrado para acción transitoria de emergencia, los Centros de Bienestar Familiar, etc.

e) Mejoramiento de la resistencia.-

- 1º) Acción inespecífica: Profilaxis indirecta
- 2º) Acción específica: Vacunación BCG

Profilaxis indirecta.-

La profilaxis indirecta de la tuberculosis, como enfermedad social por excelencia, envuelve la consideración de todos los problemas económicos y sociales de la nación. Prácticamente todo lo que tenga alguna relación con el mejoramiento de la vida, en cualquiera de sus aspectos, toca este vasto campo de la lucha antituberculosa. Se sale del alcance de este informe el estudio de los diferentes factores, que en ninguna otra edad más que en la infancia, muestran de manera más evidente su influencia.

En distintos trabajos nacionales se han hecho las encuestas, y se han presentado de manera concluyente las relaciones entre la frecuencia y grave curso de la tuberculosis en estrecha relación con el bajo nivel de vida. De un estudio realizado por uno de nosotros (1), lo que se encuentra con un desajuste más desproporcionado e irreconciliable, es lo relativo a los resultados de la encuesta sobre renta en función de disponibilidades para ración alimenticia. Por otra parte, en lo que toca a las modalidades de contagio, se mostró también que desempeñaba un papel muy importante el sistema de vivienda tan generalizado en Caracas, de la casa de vecindad o conventillo, que por la benignidad del clima, permite una mayor promiscuidad que en otras ciudades, ya que se encontró este tipo de habitación casi en un 40% de los niños que presentaban una primo-infección en actividad. Estos hechos explican las cifras que en lo tocante a fuente de contagio desconocida encontró uno de nosotros (2), alcanzando a casi un 34% si se consideran

- (1) J. I. Baldó.- La Tuberculosis como enfermedad social de la infancia. Memoria del Primer Congreso Venezolano del Niño. Caracas, 1.938.
- (2) R. González Plaza. Contribución al estudio de la tuberculosis Infantil en Caracas, Memoria del Primer Congreso Venezolano de la Tuberculosis. Caracas - 1.938.

todas las edades infantiles, y casi un 25%, para la tuberculosis del lactante (1).

La Política de educación, de vivienda y de alimentación que actualmente desarrolla el Gobierno Nacional tiende a solucionar los problemas unctados. En el de la alimentación, que como dijimos es el que se nos presenta con características más agudas, merece destacarse el impulso dado al desarrollo de los comedores escolares, como medio inmediato, mientras se pueden ir cambiando las bases de nuestra economía de producción agro-pocuria. Actualmente funcionan en Caracas, 12, y en el interior, 182 comedores escolares, que atienden diariamente a una población de 26.000 niños. También ya se han fundado tres colonias escolares.

Para abreviar, podemos concluir con lo que se ha expuesto como primer postulado de nuestra Doctrina de lucha antituberculosa, (2) repitiendo que toca al tisiólogo, responsable de la realización del plan de lucha específica, destacar antes que todo, las medidas de lucha indirecta, ya que la marcha de la tuberculosis ha seguido la evolución de la civilización de cada pueblo.

2º) Acción específica: Vacunación BCG.-

El criterio que ha privado en la División de Tisiología en lo que respecta a la vacunación BCG, concuerda con el presentado por la Comisión Venezolano ante la XII Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en Caracas (3) hace un año, razón por la cual nos parece conveniente transcribir algunos párrafos, agregando lo que desde entonces se haya hecho hasta la fecha.

"Consideramos que han sido solamente trabajos recientes, los que han hecho posible sacar el asunto del campo científico y académico, al terreno práctico y más lleno de escollos de la administración sanitaria, como para poder considerar su introducción entre los métodos profilácticos".- Si dentro del terreno científico se ha podido acumular, y ya desde las primeras publicaciones del Calmette, un número suficiente de trabajos, principalmente en la parte experimental en animales, que en general no es difícil de realizar llenando un mínimum de requisitos, como para que haya sido posible tomar una posición favorable al método, nada ha sido tan difícil como la realización de los trabajos

- (1) R. González Plaza. Tuberculosis pulmonar del lactante-Jornadas Tisiológicas de San Cristóbal - 1.940
- (2) J. I. Baldó, La Lucha Antituberculosa en Venezuela y sus problemas. Memoria del 2º Congreso Venezolano de la Tuberculosis. Maracaibo - 1.934.
- (3) Actas de impresión.

que demuestren en poder protector de la vacuna en el organismo humano, en forma suficientemente convincente como para vencer la actitud prudente de una administración sanitaria responsable. Es fácilmente comprensible que en una enfermedad como la tuberculosis, tan directamente influenciada por las condiciones del ambiente, estado económico, hábitos y educación, y en que las experiencias requieren un número de años suficientemente largo, sea realmente difícil encontrar el grupo vacunado y el grupo control que reúnan en forma adecuada, ese número de condiciones tan complejas, y sin que se ejerza una acción indirecta de carácter no específico sobre el grupo vacunado, sobre todo cuando la experiencia ha sido larga y el estudio debidamente realizado. Mantener esas condiciones ambientales que ejercen una acción sobre el estado de la nutrición, y por lo tanto sobre la resistencia a la enfermedad, y no dejar que el factor educativo del grupo vacunado influya las condiciones de exposición al contagio, falseando así los resultados dentro de un método con el que no se puede aspirar a obtener sino un aumento relativo de la resistencia, ha sido el escollo a vencer. Por otra parte, el valor estadístico de experiencias con grupos pequeños que llenan mejor los requisitos, son menos decisivas. La experiencia venezolana que data desde 1.933 y que pasa de 25.000 vacunaciones, se ha considerado en el Departamento de Sanidad, como inadecuada para resolver la cuestión del valor protector del método. En las Memorias del Segundo Congreso Venezolano de la Tuberculosis (Maracaibo 1.943), y en el VI Congreso La Ulast (La Habana 1944), se exponen las razones que se pueden definir, en que dentro de las condiciones del medio, y con los recursos propios de una armada antituberculosa de reciente desarrollo, el grupo vacunado debidamente estudiado siempre se ha presentado como un grupo seleccionado. Para una comparación estadística ha gozado de ventajas sobre los grupos de control. Sin embargo, el criterio siempre ha sido durante estos 13 años, de que la experimentación animal realizada por muchos investigadores desde hace muchos años, constituía una base suficiente para mantener su aplicación en la capital, en escala limitada, con estudios que han permitido comprobar su inocuidad y ensayar algunas de las maneras de aplicación que se han ido recomendando. Se ha estado en espera de los resultados de investigaciones que se estaban prosiguiendo en otras partes con suficientes requisitos como para que pudieran utilizarse sus conclusiones con un fin práctico. Algunos de estos trabajos, aparecidos en los últimos años, que aún así no son muchos si se les aplica un espíritu crítico riguroso, han inducido al Departamento de Sanidad en Venezuela a comenzar a extender el campo de la aplicación de la vacuna BCG, por considerar que ya existen datos a favor del método, controlados en forma que permiten su aplicación en la práctica sanitaria".

Actualmente se usa la vía de aplicación intradérmica, inyectando uno o dos décimos de centímetro cúbico de una dilución que contiene 0,1 miligramos de bacilos por cada décimo de centímetro cúbico.

Se aplica a los recién nacidos en Caracas y 12 Materidades del interior del país. Se ha comenzado a aplicar en Caracas en las escuelas, en aquellos niños que reaccionan negativamente a

la tuberculina por vía intradérmica a un décimo de centímetro cúbico de la concentración al décimo, y con el mismo requisito de examen, a los niños que asisten a las consultas Materno-Infantiles. Se estudia la manera de continuar extendiendo su uso, sujeto a los principios clásicos establecidos en lo que toca a su aplicación, y sin que las demás medidas de profilaxis sufran menoscabo.

f) Medidas contra el peligro de la tuberculosis bovina.-

Existe desde 1.932 una Resolución que permite a las autoridades sanitarias la incineración del ganado lechero tuberculoso. Se aplica sólo parcialmente en el Distrito Federal y en el Estado Miranda, a los animales con manifestaciones clínicas de enfermedad, con indemnización parcial.

Jonckheer y Vázquez con uno de nosotros (1) hemos llamado la atención sobre la necesidad de establecer un riguroso control de las operaciones de comercio entre los centros de cría de la capital, con índices ya establecidos de alta infección tuberculosa, y los centros del interior, basándose en la Ley sobre Defensa Sanitaria Vegetal y Animal que existe desde 1.931, no permitiendo dichas operaciones con animales reactivos.

La pasteurización es obligatoria para la leche de vaca de Caracas y algunas ciudades importantes. La escasa producción de leche de vaca en el país con la costumbre de hervirla, y el preponderante consumo de leches importadas hacen que no se considere de importancia el factor de la tuberculosis bovina.

(1) J. I. Baldó, R. Jonckheer y D. Vázquez. Contribución al estudio de la tuberculosis bovina en Venezuela. memoria del 1º Congreso Venezolano de la Lecha. Caracas, 1.939.-

RESUMEN

Se considera que la profilaxis de la tuberculosis infantil no puede ser separada de la profilaxis general de la enfermedad, por lo que abarca toda la lucha antituberculosa, debiendo sólo destacarse lo que se refiere especialmente a los grupos de edades en consideración.

La exposición se divide en dos partes:

1a. Parte: El Problema

2a. Parte: Acción desplegada ante el problema

En la 1a. Parte se exponen los datos epidemiológicos y las condiciones que más directamente afectan su desarrollo, quedando demostrado que la tuberculosis es uno de los principales problemas de salud pública que confronta el país.

En la 2a. Parte se informa lo que se está realizando para descubrir las fuentes de contagio, y para eliminar su daño.

La lucha antituberculosa está organizada bajo la forma de comando único en el Departamento Nacional de Salud, que es el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Las fuentes de contagio se averiguan por medio del descubrimiento de casos, en los dispensarios antituberculosos (red primaria), y en los servicios de fisiología sanitaria de Unidades Sanitarias en ciudades más pequeñas (red secundaria). En los primeros se ha adoptado el método de Abreu, con la flurofotografía de 70 mm., el cual se está introduciendo, progresivamente para substituir la radioscopia, que es el método usado en los otros servicios.

Se hace hincapié, en que cuando los recursos no permiten generalización, deben siempre preferirse aquellos grupos que los estudios epidemiológicos señalan como más afectados, y que la intensificación de este método no debe hacerse a expensas de la labor del dispensario, base actual de la lucha antituberculosa, lo cual constituyó una de las conclusiones de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana.

El daño de las fuentes de contagio descubiertas, se elimina por medio de las siguientes medidas:

- a) Aislamiento institucional
- b) Aislamiento a domicilio
- c) Tratamiento ambulatorio de casos
- d) Separación de los sanos
- e) Mejoramiento de la resistencia
- f) Medidas contra el peligro de la tuberculosis bovina.

En el aislamiento institucional se informa sobre el número de camas existentes para tuberculosos, su déficit, y el plan en acción, que considera la posibilidad de solucionar las dos terceras partes de las necesidades mínimas en un lapso de 10 años, con dos tipos de institutos: los Sanatorios A, cuya acción es de zona, y los B para atender a las necesidades locales de la red dispensarial.

En lo referente a aislamiento a domicilio, se hace depender todo su valor de la labor educativa, por lo que es allí que se expone lo que en dicho campo se está realizando, destacando la acción de las Asociaciones Antituberculosas.

Sobre tratamiento ambulatorio de casos descubiertos, se considera una necesidad su realización, que se lleva a cabo en escala importante, por la escasez de camas, y se hace depender su resultado de las condiciones económico-sociales del paciente.

En cuanto a la separación de los sanos se informa sobre las experiencias realizadas con preventivo y colocación familiar, ambas con resultados insatisfactorios, y se aboga por la solución del problema de camas para tuberculosos, como la etapa más fructífera y posible.

En el mejoramiento de la resistencia, se consideran primero las medidas de acción inespecífica, con todo lo referente a la profilaxis indirecta, dejando sentado que toca al tisiólogo, responsable de la realización de la lucha específica, destacar antes que todo la importancia de la primera; y luego se considera la acción específica, exponiendo el criterio que en cuanto a vacunación BCG ha regido desde el año de 1.933, cuando se introdujo su aplicación, el cual se puede resumir en que desde un punto de vista científico siempre ha habido una actitud favorable al método, pero que al analizar con crítica rigurosa las estadísticas venezolanas que sobre el particular ha sido posible levantar, no se han considerado adecuadas para resolver lo referente al punto del verdadero valor de la vacunación en la práctica sanitaria, por lo que es solamente en el curso del último año, que a la luz de escasos trabajos que han llenado los requisitos exigidos, se ha resuelto ir extendiendo su aplicación, sujeta a los principios clásicos, y teniendo cuidado de que no sufran ningún menoscabo los otros programas de profilaxis que se han ido logrando con mucho esfuerzo.

Se considera que la tuberculosis bovina juega un papel secundario, informándose sobre las medidas establecidas en este aspecto de la lucha, las cuales son insuficientes.