

La Crónica Médica

APARTADO 2563

LIMA - PERU

COMITE CIENTIFICO

L. AVENDAÑO — MAX GONZÁLEZ OLAECHEA — EDUARDO BELLO
RÓMULO EYZAGUIRRE — EDMUNDO ESCOMEL — CARLOS MORALES MACEDO

DIRECTOR

CARLOS A. BAMBAREN

COMITE DE REDACCION

LUIS D. ESPEJO — RAFAEL M. ALZAMORA — ERNESTO EGO — AGUIRRE.

Agentes exclusivos para anuncios de Francia, Inglaterra y Suiza

E. Bourdet & Cie.—9, Rue Tronchet Paris.—19, 21, 23 Ludgate Hil, Londres

Precios de suscripción	En Lima S. 1.50 al trimestre	} AVISOS Precios convencionales
	En Provincias.,, S.00 al año	
	En el Extranjero, 4.00dollarsalaño	

Año 50 - No. 839

Mayo 1933

SUMARIO

SITUACION DE LA SANIDAD Y DE LA ASISTENCIA EN EL PERU, por el Dr. Abel S. Olachea (Continuación), pág.....	141
LA SEPSIS DE LOS RECIEN NACIDOS, por el Dr. Ernesto Ego Aguirre, pag	152
FORMAS NEUROLÓGICAS DE LA VERRUGA, por los Drs. Carlos Monge y Daniel Mackehenie (Continuación), pág.....	158
LA REFORMA DE LA ASISTENCIA MEDICA EN EL PERU, pág.	162
LEY DE ASISTENCIA SOCIAL, por los Drs. O. Wieland, Lorenzo Esparza y R. N. Paredes, pág.....	163
LEY ORGANICA DE BENEFICENCIA, por el Dr. G. Madueño, pág.	168
LIGA NACIONAL DE HIGIENE Y PROFILAXIA SOCIAL, pág.....	176

CLAUDEN

el órgano-hemostático
clásico

CLAUDEN, EL EXTRACTO DE TEJIDO PULMONAR
para la hemostasia interna y quirúrgica

Su acción pronta y segura, muy en particular en las hemorragias, confirmada en la vastísima literatura profesional, así como sus múltiples formas de aplicación, aseguran al Clauden un lugar preferente entre los hemostáticos hoy usados.

ACCION: EN INYECCIONES: Refuerza y acelera el proceso de coagulación, sin peligro de trombosis.

AL INTERIOR: Pasa, sin alteración, la barrera gastrointestinal y produce su efecto en la región celular intermedia.

LOCALMENTE: Forma con rapidez trombos sólidos.

PRESENTACION: Solución aséptica, lista para el uso en cajas de 5 amp. $\times$ 10 cc. y cajas de 1 amp. $\times$ 10 cc. Además especialmente para fines odontológicos cajas de 5 amp. $\times$ 2.5 cc.

Tabletas de 0.25 g. para uso interno prolongado: en tubos de 10 tabletas.

Pólvora para aplicación local e insuflaciones; cajas de 1 tubo de 0.5 g.

LUITPOLD = WERK, MUNCHEN

Representantes: OSTERN y Cia., Lima.

Lampa 587 — Teléfono 32300

Situación de la Sanidad y de la Asistencia en el Perú

Trabajo de incorporación leído en la Academia Nacional de Medicina

Por el Dr. ABEL S. OLAECHEA

VIII

Bases cardinales que deben regir en nuestras organizaciones de sanidad y de asistencia.—La asistencia en la época presente.

Por muy corto tiempo voy a retener todavía vuestra atención para formular muy sucintamente, en mérito de las diversas consideraciones que he expuesto, las bases cardinales o disposiciones fundamentales que a mi modo de ver, deben regir en nuestras organizaciones de sanidad y de asistencia. En primer término, es imperativo que los asuntos de sanidad y los de beneficencia o asistencia estén regidos por una misma dirección ministerial, o que formen parte cada uno de esos ramos de direcciones distintas, si llegara el momento de que se creara un Ministerio de Higiene. "*La higiene ha dicho STRAUSS, tiene por corolario la filantropía y es imposible aceptar la una y rechazar la otra; la mejor higiene es la que se hace mediante la asistencia, y la Beneficencia Pública ampliamente practicada, es inseparable de una buena policía sanitaria*". En el mismo sentido se pronunció el VIIº Congreso Nacional Francés de Asistencia Pública y Privada, que tuvo lugar en Nancy en octubre de 1927, el que proclamó los principios siguientes: 1º) la unificación de la Asistencia y de la Higiene públicas se impone en todos los grados de la gerarquía administrativa; 2º) la acción de los poderes públicos debe asociarse íntimamente a la de las obras privadas; y 3º) es necesario efectuar una lucha de conjunto contra todos los flagelos sociales bajo una Dirección única, aplicando un programa coordinado, utilizando métodos irreprochables y recurriendo a un personal competente, es decir, en primera línea a las enfermeras visitadoras y a las asistentas sociales". La IIº. Conferencia Sanitaria de Directores de Sanidad que tuvo lugar en Washington en Abril de 1931 emitió, también, un voto en que se manifiesta la conveniencia de que los establecimientos de asistencia sean puestos bajo la inmediata dirección o, por lo menos, la supervigilancia de los servicios oficiales de sanidad.

Cuando la Dirección de Salubridad fué creada en 1903, como dependencia del Ministerio de Fomento, los asuntos de Beneficencia se ventilaban por la Sección de Beneficencia que formaba parte de la Dirección General del indicado Ministerio, pues la ley de 22 de Enero de 1896, que lo creó, dispuso que él se encargara de los ramos de Obras Públicas, Industrias y Beneficencia, que formaban parte de los Ministerios de Gobierno, Hacienda y Justicia; pero, fatalmente la

ley N° 1227, de 21 de Enero de 1910, suprimió la sección indicada de Beneficencia de la Dirección de Fomento, y mandó que los asuntos a ella concernientes se atendiesen por la Sección del Culto del Ministerio de Justicia e Instrucción. Fué este sin duda un paso inconsulto que ha contribuído al retardo de la asistencia en el país.

Para dirigir los asuntos de Beneficencia por los senderos apropiados, es decir, para que puedan tener o recibir la orientación científica adecuada, el proyecto de Ley Orgánica de Sanidad sometido por el Gobierno a la Cámara de Diputados el 25 de Setiembre de 1917, estatuye en su artº. 2º, que a la Dirección de Salubridad le corresponde la vigilancia de los servicios de Asistencia social dependientes de las instituciones de Beneficencia Pública, en conformidad con la ley orgánica del ramo.

El Presidente de la República en su mensaje al Congreso de 1917, se expresó apoyando esa iniciativa, en los siguientes términos, que acreditan la clarividencia del hombre público, que se preocupó por sentar las bases de la prosperidad nacional: "Muchas razones justifican la modificación que en lo que respecta a las Beneficencias introduce el proyecto. Las funciones de profilaxia y asistencia son en muchos puntos inseparables. Las rentas departamentales que considera el proyecto de "Rentas de Salubridad" se aplican hasta hoy a los servicios de higiene y de beneficencia, y los lazaretos o locales de aislamiento que se necesita en muchos lugares, pueden ser tenidos, sin inconveniente, como dependencias de los hospitales existentes, o pueden constituir las bases de ellos donde no los haya. *Aparte de estos diversos motivos, ha de considerarse que nuestros servicios de asistencia se hallan, por lo general, en estado muy incipiente; que el ejercicio de la beneficencia es en mucho de naturaleza técnica, y que el concepto acerca de la misma ha evolucionado en los países mas adelantados, en los que ella ha dejado de ser considerada como una simple función de caridad, para convertirse en el derecho a la asistencia para el individuo y en el deber correlativo para el Estado*".

Las cuestiones relacionadas con la asistencia suscitan en todas partes, por los nobles fines a que obedecen, la preocupación, el estudio y el mas decidido interés para dilucidarlas de parte de los estadistas, de los sociólogos, de los filántropos. El eminente Paul STRAUSS, ya citado, ex-Ministro de Higiene y de Asistencia de Francia, se ha expresado así en uno de sus libros: "*El arte de hacer el bien no se improvisa, si no que se aprende. Hay reglas que observar, métodos que conocer. La enseñanza de la beneficencia tiene un lugar marcado en todos los establecimientos de instrucción y sobre todo en las Escuelas Sociales; ella es indispensable a toda cultura elevada, a la alta educación profesional y cívica, y es la base de la pedagogía y del estudio del Derecho*".

Entre nosotros nuestra incipiente asistencia no se ha regido por las normas aceptadas en los países adelantados, en cuanto a la calidad de los asistidos, ni al carácter preventivo que deben tener los servicios que presta, porque le ha faltado la orientación técnica que debía imprimirle la respectiva repartición gubernativa. Por lo general

se ha procedido en materia de asistencia siguiendo los dictados de la creencia, y no los del conocimiento. "Saber y creer, ha escrito el eminente médico sociólogo que fué el Dr. Gustavo LE BON, serán siempre cosas distintas. Mientras la adquisición de la menor verdad científica exige un trabajo enorme, la posesión de una certeza que sólo tiene a la fé por sostén no demanda ninguno. Todos los hombres poseen creencias, muy pocos se elevan hasta el conocimiento. Supuestas en otro tiempo de origen divino, las creencias eran aceptadas sin discusión. Sabemos hoy que proceden de nosotros mismos, y sin embargo, todavía se nos imponen. El razonamiento tiene por lo general tan poca influencia sobre ellas como sobre el hambre o sobre la sed. Elaboradas en las regiones subconcientes que la inteligencia no puede sondear, una creencia se sufre y no se discute".

El concepto de la asistencia no obedece ya hoy a los simples sentimientos de caridad; la revolución francesa declaró "que la asistencia era una deuda sagrada", y la doctrina sobre el origen microbiano de las enfermedades infecto-contagiosas, afirmó el derecho del enfermo para ser atendido y estableció el deber de la sociedad para impedir que ese enfermo sea dañoso para otros individuos. Hoy la asistencia es una necesidad imperiosa que tienen que satisfacer todos los pueblos cultos, y que el Estado moderno cumple en ellos, porque como lo ha dicho, muy justamente, H. MONOD: "*Si debe reconocerse derechos al hombre y al ciudadano, hay uno que domina a todos, el derecho de vivir*". Las leyes de todos los países han consagrado el derecho a la asistencia como un derecho primordial del ser humano, y como expresión y garantía de la solidaridad que vincula a los hombres y de la justicia social, sin excluir por eso, naturalmente, las obras de caridad y de beneficencia privadas, a las que los Estados estimulan y favorecen, pues ellos al asumir el deber de hacer frente a la asistencia no reniegan de la caridad, sino que, según el pensamiento inspirado de MIRMAN, la bajan del cielo a la tierra, la hacen pasar de noción vaporosa y sentimental al estado de regla precisa y concreta, y la inscriben en la Ley, haciéndola realidad y dándole cuerpo.

Nuestra ley de beneficencia, a la cual me he referido en la parte IV^a, no satisface en lo absoluto a los fines de asistencia que le corresponde cumplir al Estado. Ella, en efecto, no le impone obligación alguna para auxiliar a los necesitados, explicándose así la penosa situación que en este orden atraviesa el país. Si bien dicha ley fué dictada en el año 1893, cuando ya habían alumbraado los nuevos conceptos asistenciales, está sin duda inspirada enteramente en los ideales de caridad que dominaban en el mundo antes de la revolución francesa.

El calificativo de beneficencia aplicado a las sociedades encargadas de cumplir funciones de asistencia, tiene un significado sentimental, en mucho equivalente al de la caridad, y dicho nombre ha sido sustituido en todas partes, para expresar los fines que con él se indicaban, por el de Asistencia Pública. Respecto de esta denominación decía LA ROCHEFOCAULD, en su cuarto informe a la Constituyente francesa: "*Esta beneficencia (la que implica la asistencia) no es el efecto de una sensibilidad irreflexiva y no es tampoco una virtud compasiva; ella es un deber, ella es la justicia*". El Consejo de Go-

bierno que decretó, en 1825, la creación de la primera Junta de Beneficencia de Lima, se expresó en el preámbulo de él, en los siguientes términos, que conviene recordar aquí porque invoca ese principio de justicia a que se refería **el constituyente francés**, y **porque dicho decreto fué, sin duda, debido a las inspiraciones y a la pluma de UNANUE, que era uno de los miembros de ese Consejo**: "**Plantear las instituciones** — dice — **que tienden al bien público e interesan a la Humanidad es uno de los deberes mas sagrados y deliciosos de un Gobierno justo.** La comunidad, que le ha confiado el ejercicio de sus mas augustos derechos, reclama igualmente los que se deben al hombre en todos los aspectos de la vida. Si bien la prosperidad y la riqueza individual son consecuencia de las leyes y el orden; no por eso la Beneficencia ocupa un lugar menos eminente: porque dirigiéndose a la porción de sociedad que demanda los primeros efectos de la naturaleza, no se le puede olvidar sin acarrear sobre sí una responsabilidad que aflige mas que la injusticia misma. El hombre siente en el fondo de su corazón una voz tan imperiosa, pero mas terrible que la infracción de sus deberes, cuando olvida a la humanidad paciente. Efecto, pues, del pro comun y del instinto de la compasión han sido los establecimientos fundados en todas las naciones para socorrer permanentemente a los que poco o nada pueden por sí mismos. Y dirigido por tan nobles sentimientos S. E., el Consejo de Gobierno, ha fundado la Junta de Beneficencia".

Por motivos de orden científico también, concernientes al conocimiento físico, intelectual y moral del hombre, el concepto de la asistencia ha cambiado desde hace poco tiempo, ampliándose considerablemente, pues no se limita ya a considerar sólo el mal físico del que sufre, sino que trata de penetrar en sus sentimientos, en su inteligencia, en su ambiente de familia, de trabajo, en sus diversas condiciones de vida, en una palabra, para actuar así de modo integral en cada caso. De esta manera la asistencia individual no es ya un simple socorro, sino una verdadera reeducación. Combatiendo a la miseria, a la que no se cree inevitable, y menos providencial, la caridad, dice René SAND, ha ensanchado su círculo, ha afirmado sus bases, de tal modo que ha habido que crear un término para designar esta asistencia renovada, a la que los anglo-sajones han llamado "**Servicio Social**". La primera Conferencia Internacional del Servicio Social, que tuvo lugar hace cuatro años, lo ha definido, diciendo: "**Que es el conjunto de los esfuerzos que tienden: a aliviar los sufrimientos que provienen de la miseria (es la asistencia paliativa); a recolocar a los individuos y sus familias en condiciones normales de existencia (es la asistencia curativa); a prevenir los flagelos sociales (es la asistencia preventiva); a mejorar las condiciones sociales y a elevar el nivel de la existencia (es la asistencia constructiva).**"

Nuestro país no ha entrado en la etapa de la asistencia como derecho, ni se ha extendido aún la asistencia como principio de caridad en gran parte de nuestro territorio, puesto que la gran mayoría de sus pueblos carecen de establecimientos hospitalarios, y ya ha nacido el Servicio Social, y lo que es mas, ha surgido en el mundo un nuevo sistema, basado en la previsión, y constituido por los Seguros Socia-

les, que regulariza y vivifica a la asistencia, el que se observa casi en todos los países de Europa y en algunos de América. Es muy amplio, como se ve, el horizonte que ofrece nuestra asistencia para las reformas.

Los hospitales, los principales instrumentos de la asistencia, han cambiado también totalmente, experimentando una transformación absoluta: en su organización, que es esencialmente técnica; en sus medios de acción, porque deben contar con personal técnico numeroso, muy especialmente de enfermeras y con servicio social; y en sus fines, por que ellos no se limitan, como antaño, simplemente al cuidado y al tratamiento de los enfermos, sino que son centros de enseñanza o de instrucción para los médicos, las enfermeras, los agentes del servicio social, etc.; y centros de investigación científica y de prevención de las enfermedades. "En una comunidad civilizada —ha dicho un eminente médico americano— el hospital del día es una institución vital importante, en estrecha relación con la vida familiar y cívica del pueblo americano. Consagrado en su origen únicamente al cuidado de los enfermos, el hospital ha acrecentado sus funciones de tal modo, que ahora se le considera como el centro sanitario de la comunidad."

La importancia que tendría orientar la asistencia hospitalaria en el sentido de la prevención de las enfermedades, la revela claramente el cuadro estadístico N°. 4, en que se registran las cifras absolutas y las cifras relativas correspondientes a los asistidos y a los fallecidos de tuberculosis, de paludismo y de varias otras entidades patógenas en el Hospital "Dos de Mayo" en los años 1923 a 1931, cuadro que para la tuberculosis revela un porcentaje poco variable en dichos años, pues ha oscilado entre el 10 y el 14% sobre el número de asistidos, y que para el paludismo acusa que esa enfermedad ha ocasionado entre el 11 y el 25% del total de los hospitalizados. Si se hicieran labores de profilaxia, es seguro que el número de enfermos de las dos infecciones indicadas y de las otras que registra ese cuadro disminuirían considerablemente, obteniéndose así más beneficios en todo sentido, que con los simples cuidados que se dispensan a los pacientes.

Nuestros hospitales requieren grandes modificaciones en su organización, que no es del caso enumerar; permitiéndome decir solamente que ellos exigen, sobre todo, que se les humanice, en el sentido de rodear a los enfermos de todas las garantías para asegurar su tratamiento integral dentro del tiempo mas breve, y de evitarles la adquisición de otras enfermedades, como consecuencia de contagios del medio hospitalario. Hasta hoy las grandes salas de los hospitales reciben indistintamente toda clase de pacientes; juntándose en ellas todas las infecciones, pues no se separan sino los enfermos de medicina, de los de naturaleza quirúrgica. Se reúnen los enfermos agudos, los crónicos y los convalescientes; y los sufrimientos de cada uno tienen así que ser forzosamente de todos. El enfermo que experimenta padecimientos que le arrancan quejidos incesantes; el que en estado inconciente experimenta trastornos ruidosos impresionantes; el que ha entrado en una lenta y mortificante agonía, todos, se hallan en una promiscuidad lamentable, que contrista a los ánimos mas acos-

CUADRO N° 4
HOSPITAL "DOS DE MAYO"

PRINCIPALES ENFERMEDADES QUE HAN ORIGINADO EL MAYOR NUMERO
DE HOSPITALIZADOS

Enfermedades.	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931
Tuberculosis Pulmonar:									
N° absoluto de asistidos	924	843	1066	956	940	1002	1029	1075	1229
% sobre el total de asistidos	12,3	12,0	12,7	9,9	11,0	12,5	11,3	11,5	12,5
N° absoluto de fallecidos	321	314	408	379	359	397	392	412	537
% sobre el total de fallecidos	39,4	42,0	42,8	37,4	39,3	40,1	38,8	40,7	47,8
Paludismo:									
N° absoluto de asistidos	1301	870	1339	2463	1257	918	903	1118	1365
% sobre el total de asistidos	17,4	12,4	17,0	25,5	14,7	11,5	11,3	12	13,9
N° absoluto de fallecidos	20	9	14	30	17	13	9	13	16
% sobre el total de fallecidos	2,4	1,2	1,4	2,9	1,8	1,3	0,6	1,2	1,4
Fiebre tifoidea:									
N° absoluto de asistidos	165	152	200	171	166	111	174	153	139
% sobre el total de asistidos	2,7	2,2	31	2,9	2,8	17	2,1	1,6	1,3
N° absoluto de fallecidos	22	17	30	30	26	17	22	26	21
% sobre el total de fallecidos	2,2	2,1	2,3	1,7	1,9	1,4	2,1	1,5	2,1
Brucelosis (Fiebre de Malta):									
N° absoluto de asistidos	3	4	8	15	121	160	71	87	54
% sobre el total de asistidos	0,4	0,5	0,9	0,3	1,4	2,0	0,8	0,9	0,56
N° absoluto de fallecidos	—	—	3	2	2	10	4	8	—
% sobre el total de fallecidos	—	—	0,3	0,1	0,2	1,0	0,3	7	—
Disenteria amibiana									
N° absoluto de asistidos	245	154	298	249	201	141	165	188	141
% sobre el total de asistidos	3,2	2,2	3,5	2,5	2,3	1,7	2,0	2	1,4
N° absoluto de fallecidos	21	6	20	23	9	7	11	13	9
% sobre el total de fallecidos	2,5	0,8	2,1	2,2	0,9	0,7	1,0	1,3	0,8
Sífilis (declarada y deducida del diagnóstico):									
N° absoluto de asistidos	588	706	1029	1069	1109	670	840	931	961
% sobre el total de asistidos	7,8	10,1	12,3	11,8	13,0	8,4	9,2	10	9,8
N° absoluto de fallecidos	70	84	83	82	91	86	89	83	84
% sobre el total de fallecidos	8,6	11,2	8,7	8,1	13,0	8,6	8,7	8,2	7,4
Enfermedad de Carrión:									
N° absoluto de asistidos	23	9	38	92	63	51	55	50	83
% sobre el total de asistidos	0,3	0,4	0,4	0,9	0,7	0,6	0,6	0,53	0,84
N° absoluto de fallecidos	2	6	17	21	16	5	6	11	21
% sobre el total de fallecidos	0,2	0,8	1,7	2,1	1,7	0,5	0,5	1	1,8
Gonococia:									
N° absoluto de asistidos	74	107	285	324	284	234	273	268	276
% sobre el total de asistidos	0,9	1,5	3,3	3,3	3,3	2,9	3,4	2,8	2,8

tumbrados a presenciar las miserias humanas. Yo creo que existe, y es oportuno señalarlo, en la reforma que demandan dichas grandes salas, para separar a los enfermos según sus dolencias y según el estado de ellas, una gran obra de bien que realizar, para los corazones magnánimos, para los espíritus filántropos, acariciados por la fortuna, pero que hay también en esto un deber que cumplir por las instituciones encargadas de la asistencia.

Siguiendo con la enumeración de las bases cardinales de nuestra organización higiénica, me corresponde manifestar que es fundamental que la ley que regule las funciones sanitarias, considere: 1º) las medidas especiales concernientes a la defensa eficiente del país respecto de la importación por las vías terrestre, marítima y aérea de las enfermedades infecto contagiosas que son objeto de acuerdos internacionales; 2º) la existencia en cada capital de departamento de un médico sanitario departamental, que tenga bajo su dependencia todos los servicios sanitarios de la circunscripción; 3º) la existencia de un médico titular en cada capital de provincia y en cada población o circunscripción del territorio que tenga tres mil habitantes; 4º) la creación en las capitales de departamentos y de provincias de una oficina sanitaria, dotada del respectivo personal técnico de asistentes sanitarios y enfermeros, la que tendrá bajo su dependencia un hospital para enfermos contagiosos, un desinfectorio y un laboratorio químico bacteriológico; 5º) la vigilancia higiénica rural, estableciendo para el efecto "Centros de Salud" o "Dispensarios de Higiene Social", dotados de todos los elementos de diagnóstico y de tratamiento, y consagrados a la vigilancia higiénica y a la asistencia de la infancia, y a la prevención y defensa de la tuberculosis, del paludismo, de la avariosis y demás enfermedades venéreas, etc.; centros o dispensarios cuyo personal de médicos, de asistentes sanitarios y de enfermeros deberá guardar proporción con la extensión de las regiones a que sirvan, con el número de habitantes de ellas y con las facilidades de comunicación de que dispongan; 6º) la creación de un Instituto Nacional de Higiene, el que tendrá a su cargo los estudios e investigaciones de índole sanitaria, la enseñanza del personal sanitario, la preparación de productos terapéuticos de naturaleza biológica o química, etc. etc.; 7º) la existencia de un Consejo Superior de Higiene y de Asistencia Social, que asesore a la Dirección de Salubridad y entre cuyo personal figuren uno o varios miembros del Servicio de Sanidad Animal; 8º) la existencia también de Consejos Consultivos de higiene en las capitales de departamentos y en las de provincias; 9º) el funcionamiento de médicos inspectores de sanidad que vigilen la acción sanitaria y asistencial de las diversas regiones del país; 10º) la formación, dentro de la Dirección de Salubridad, de una sección de propaganda higiénica; 11º) la creación, igualmente, de una sección de Ingeniería sanitaria (obras de saneamiento, urbanizaciones, etc.); 12º) la vigilancia higiénica de los establecimientos industriales y en general de todos los centros de trabajo, y la obligación de los propietarios de fundos agrícolas, de explotaciones mineras, de establecimientos industriales, etc., de proporcionar asistencia médica gratuita a sus operarios; 13º) medidas especiales: a) de amparo a las madres y a la infancia; b) de lucha contra la tuberculosis;

c) de lucha contra las enfermedades venéreas; y c) de lucha contra las enfermedades endémicas y epidémicas; 14º) la vigilancia y control de los productos alimenticios y muy especialmente de la leche; 15º) la vigilancia que la Dirección de Salubridad debe ejercer respecto de la administración sanitaria municipal, a fin de mantener la unidad de acción del servicio sanitario nacional. En este particular la ley deberá disponer; a) que todos los Municipios que dispongan de una renta superior a \$ 200.000,00, establezcan una Oficina Municipal de Sanidad dirigida por un médico, la que tendrá a su cargo todos los asuntos sanitarios de la población; b) que se uniformicen todos los reglamentos sanitarios municipales, inspirándose para el efecto en un reglamento tipo que expida la citada Dirección; c) que todas las obras que afectan a la higiene de las poblaciones, como son, las de agua potable, alcantarillado, mercados, mataderos, etc. se sometan a la aprobación del Gobierno, por intermedio de la Dirección de Salubridad; d) que en materia de urbanizaciones, de nuevas construcciones y de reconstrucciones, los Municipios observarán también los reglamentos tipos que formule esa Dirección; e) que las oficinas Municipales de Sanidad deberán establecer el padrón o catastro sanitario de las habitaciones, etc.

Me corresponde formular ahora las bases o principios cardinales que debe establecer la ley de Asistencia Social, que sustituya a la de beneficencia vigente al presente. Ellos son en mi modesto concepto, los siguientes: 1º) que la asistencia de las personas indigentes, o de las que se hallen privadas accidentalmente de recursos, es un deber del Estado; 2º) que la asistencia, cuyos fines son curativos y preventivos, comprende: a) los cuidados a los enfermos agudos y crónicos, inclusive los que sufren de la mente; b) la protección de los niños huérfanos y de los abandonados; c) la protección de los ancianos desamparados; d) la protección de las personas inválidas físicamente; e) los auxilios y cuidados a las mujeres embarazadas y parurientas; f) la defensa de la infancia; y g) el amparo de las personas moralmente incapaces de atender a su sostenimiento; 3º) que la asistencia se dispense en establecimientos especiales, cuya dirección integral corresponde a profesionales médicos, o en el domicilio de los necesitados; 4º) que para conceder la asistencia se debe inquirir la condición de indigencia o de necesidad accidental que invoque el que la solicite; 5º) que es obligación de las empresas agrícolas, mineras e industriales organizar servicios médicos gratuitos encargados de la vigilancia de la salud y de la asistencia de sus operarios; 6º) que deben construirse hospitales en todas las capitales de provincia y en todos los distritos cuyo número de pobladores los requieran; 7º) que a los hospitales existentes y a los que se funden se les dotará de dispensarios o servicios de policlínicas; 8º) que la asistencia de los enfermos internados y la de los de las policlínicas comprenderá las actividades del Servicio Social del hospital; 9º) que deberán fundarse escuelas para enfermeros y enfermeras a fin de dotar a todos los hospitales de personal capacitado para las funciones secundarias de la asistencia; 10º) que la asistencia, siendo esencialmente de carácter técnico, su alta dirección gubernativa estará encomendada a un personal médico especializado. Este per-

sonal constituirá una Sección de la Dirección de Salubridad sí, como lo he manifestado, se unen la sanidad y la asistencia para formar una sola dirección, o formará una dirección distinta si esto se considera preferible; 11º) que habrán médicos inspectores de sanidad y de asistencia, encargados de visitar periódicamente los establecimientos de asistencia del país, para informar sobre su funcionamiento y para que la dirección del ramo pueda señalarles las orientaciones que les corresponde seguir; 12º) que las actuales Sociedades de Beneficencia serán sustituidas por Juntas de Asistencia Social, las que se compondrán, en las capitales de departamentos, a excepción de la de Lima, de dieciséis miembros, en las de provincias de doce, y en las de distrito de ocho. En dichas Juntas tendrán representación los diversos gremios profesionales, y serán miembros natos de ellas los médicos titulares y los Fiscales o Agentes-fiscales; 13º) que las Juntas de Asistencia Social, que tengan un ingreso anual superior a doscientos mil soles organizarán una Sección Técnica de Asistencia, a cargo de un médico que se consagre exclusivamente a ella; 14º) que la Junta de Asistencia Social de Lima estará formada por cincuenta miembros. En esta junta, lo mismo que en todas las demás que organicen una Sección Técnica de Asistencia, se formará un Consejo de Asistencia, que tendrá a su cargo todos los establecimientos y asuntos asistenciales. Los miembros que formen dicho Consejo serán en su mayoría médicos, correspondiendo al reglamento indicar el número y la calidad de dichos miembros. Los indicados Consejos se completarán con los directores de hospitales, y en Lima y en el Callao con un representante o delegado de la Dirección de Salubridad y con otro de la Academia de Medicina. El médico Jefe de la Sección Técnica y los médicos Directores de Hospitales tendrán voz y voto en las deliberaciones del Consejo; 15º) que el gobierno puede autorizar a dos o mas Juntas de Asistencia para fundar, en la forma mas conveniente y con el fin de introducir economías en sus egresos, establecimientos de proveeduría de artículos alimenticios, de ropa y útiles de hospitales, de medicamentos, etc., para abastecer a las necesidades de los institutos de asistencia dependientes de ellas; 16º) que se crearán rentas para la construcción y sostenimiento de hospitales, las que pueden consistir, entre otras, en impuestos, sobre los artículos de lujo o suntuarios, las bebidas alcohólicas que se importen al país, los productos minerales de exportación, en relación con su riqueza, etc; 17º) que las Juntas de Asistencia, con autorización, del gobierno, pueden fundar Cajas de ahorro, Montes de piedad, Cajas de previsión y de seguro de enfermedad, de maternidad, etc.; 18º) que las Juntas de Asistencia Social que tengan a su cargo institutos de enseñanza, de cualquiera naturaleza que sean, crearán una sección especial para que corra con la vigilancia de la instrucción, en el caso de que dichas Juntas sean de las que estén comprendidas en el inciso 13º. Si así fuera la Sección respectiva formará parte de la Sección Técnica de Asistencia. Si las Juntas que administrasen colegios no fuesen de las comprendidas en el inciso citado, la vigilancia de la enseñanza corresponderá a un delegado de la Dirección General de Instrucción, la que en el anterior caso ejercerá la acción que le corresponde, conforme la ley, por intermedio de la Sección o Departamento técnico de

Asistencia; 19°) que el gobierno contratará en el extranjero dos técnicos peritos en asuntos de previsión y seguros sociales, para estudiar en el país, con arreglo a las condiciones de sus diversas secciones territoriales, el fomento de la mutualidad y la implantación del seguro social; y 20°) que las instituciones privadas de asistencia estarán bajo la vigilancia del Gobierno.

El título de Asistencia Social que he dado a las instituciones que se encargarán del desempeño de las funciones encomendadas a las Sociedades de Beneficencia, lo he considerado preferible al de Asistencia Pública — que como lo he manifestado es la designación empleada con el mismo objeto en la mayoría de los países — en razón de que dicho título armoniza mejor con los conceptos dominantes al presente sobre la influencia que los factores sociales, a que me he de referir en breve, tienen como causas determinantes de la asistencia, y con la definición citada del Servicio Social.

Las bases indicadas, que seguramente encierran deficiencias para abordar el gran problema de la reforma, o, mejor dicho, de la creación de la asistencia científica en el país, son simplemente puntos de mira para tal objeto. En ellas la idea matriz es orientar la asistencia en el sentido técnico, a fin de que pueda recorrer los senderos de progreso que el avance de los tiempos abre sin cesar, y que no quede, como hasta hoy se halla, viviendo en mucho de las inspiraciones de épocas pretéritas. Esa orientación técnica la darán a nuestra asistencia: 1° la Dirección de Salubridad, interviniendo como revisora de los asuntos que traten las Juntas de Asistencia Social; 2° los departamentos u oficinas técnicas de asistencia, a cargo de profesionales especializados, que deben fundar las Juntas de Asistencia que tengan una renta superior a doscientos mil soles; y 3° los inspectores médicos de sanidad y de asistencia, que tendrán a su cargo la vigilancia del funcionamiento de los establecimientos asistenciales de todo el país.

Si los organismos referidos llegaran a ser una realidad franquearíamos el periodo empírico de la asistencia y seguramente se alcanzarán beneficios que hoy no se vislumbran, siquiera, por que estamos acostumbrados a ver los escasos frutos que rinde la beneficencia y a considerar que lo que tenemos en este orden es lo mejor que puede concebirse.

La necesidad que existe, como lo hice presente ya, de disponer de un personal convenientemente preparado para las funciones de sanidad y de asistencia es, desde todo punto de vista, completamente obvia; ya que ninguna obra sanitaria, ninguna campaña higiénica, puede ser emprendida al azar, sin el estudio previo y detenido, sin la intervención debida del personal técnico respectivo. El éxito sólo acompaña a los trabajos que han sido preparados concienzuda y detalladamente.

Al dar fin en este estudio a la parte referente a la asistencia, estoy obligado a reproducir aquí, en relación con las indicaciones que he expresado sobre la Beneficencia de esta capital y los hospitales que de ella dependen, los conceptos que expuse en un informe que presenté en 1931 a dicha Sociedad, en cumplimiento de una comisión

que me confirió para organizar la Sección Técnica de Asistencia Social. Ellos son:

“Todas las opiniones referidas sobre los defectos de organización de los hospitales y de la institución que los regenta, así como el relato de los estudios y proyectos presentados para colocar a aquellos y a ésta en las condiciones que son requeridas para que satisfagan mejor las funciones que les corresponden, y que se logre de este modo que la asistencia en Lima alcance los adelantos que son propios del momento actual, no podrían ser considerados como censura, ni como menosprecio de la labor efectuada en su larga existencia por la Beneficencia. Sería erróneo suponerlo. Esas opiniones no representan, en realidad, otra cosa en sus autores, que el justo anhelo de perfectibilidad para un ramo de tanta importancia en la vida de los pueblos como es el de la asistencia pública, cuyos progresos están intimamente vinculados a los adelantos de la ciencia médica y de la técnica científica, a la vez que a la evolución de las ideas sociales. Es por esto, que si dicha Sociedad merece el reconocimiento general por todo lo que ha realizado en el cumplimiento de su elevada misión, también es acreedora a él por la nobleza e hidalguía que revela poniendo ella misma de manifiesto los obstáculos que encuentra en su camino, la necesidad que tiene, como todo organismo vital, de modificarse y de adaptarse a las nuevas circunstancias del medio, para ampliar y perfeccionar su acción benéfica.

“Ella ha adquirido así, no obstante las vicisitudes de todo orden que en el correr de los años ha experimentado el país, el más hondo arraigo en el concepto público. Vigorizarla, haciéndola completamente apta para el cumplimiento de las funciones que le competen, mediante las reformas que su organización demanda, es por eso inaplazable”.

(Continuará)

EN LOS BELLOS TIEMPOS DE LA CABALLERIA AQUELLOS HIDALGOS QUE ERAN ADMITIDOS EN UNA *societas o beneficium* AL HALLARSE LA INSTITUCION EN DIFICULTADES, NO COMPROMETIAN NI DAÑABAN LAS BUENAS OBRAS DE ELLA, SINO QUE, GOZOSOS, PROVEIAN CON SUS LARGUEZAS. ES VERDAD QUE ENTONCES LAS PREOCUPACIONES PERSONALES TENIAN MUY OTROS INCENTIVOS QUE OGAÑO: CADA CUAL HACIA BENEFICIO *in remedium animae meae*.

Médicos del Hospital «Larco Herrera».

La sepsis de los recién nacidos

Trabajoleído en la Sociedad Peruana de Pediatría el 11 de mayo de 1933

Por el Dr. ERNESTO EGO AGUIRRE

Un hecho que se observa cuando se ahonda en la atención médica de los recién nacidos, es la fragilidad que ofrecen para las invasiones microbianas. Por eso, la infección tiene en la patología del que acaba de nacer una situación singular. Y muchas hemorragias, e icterias, tantas veces mortales, son tan solo la expresión de las infecciones experimentadas por el producto de la concepción a poco de abandonar el claustro materno.

Trastornos graves, casi siempre fatales, de angustiosa significación para el pediatra, la sepsis del recién nacido es, entre ellas, el más destacado y el que ofrece las variantes clínicas más decemajantes.

Los casos que aparecen en seguida son totalmente diferentes desde el punto de vista clínico, tienen características sindromáticas particulares, pero son, fundamentalmente, la expresión indudable del mismo estado septicémico propio de los seres acabados de nacer.

OBSERVACION 1.

Servicio N°. 2 (Dr. Villavicencio).—Parto a término. Sale en cefálica. Ligero sufrimiento fetal. Pesa 3,000 gramos, blanco, varón.

A las 36 horas de nacer comprobamos disnea y cianosis. Hay dificultad para la succión, pero el llanto es enérgico. La temperatura es normal en el recto. Se ordenan bolsas calientes y leche materna por cucharaditas.

Al día siguiente, las crisis de cianosis son mayores y la respiración va siendo más difícil. No hay llanto ni fiebre, que está reemplazada por hipotermia. Por la tarde, hay un vómito muco-bilicoso, muriendo el bebé a las pocas horas. Peso después del fallecimiento: 2,900 gramos.

OBSERVACION 2.

Servicio N°. 1 (Dr. Busalleu).—Prematuro de 8 meses, de madre añosa, inercia uterina. Se aplica el forceps que no deja lesión. Peso: 2,500 gramos, mujer, mestiza.

Al día siguiente del nacimiento se nota el apósito umbilical y la ropa teñidas fuertemente de sangre. Confirmamos una niña pálida subictérica, con convulsiones oculares. Gran decaimiento. Temperatura rectal 36,5. Fontanela deprimida. Ni llanto ni reflejo de succión.

Se practica una curación hemostática a nivel del anillo umbilical que sangra en capa. Se hace, además, una transfusión de sangre materna, se inyecta suero fisiológico y se ordenan botellas calientes y el pecho a pocos.

Fallece al día siguiente.

OBSERVACION 3.

Servicio N° 3 (Dr. Roe).—Parto a término. Al comenzar el trabajo se hace la versión profiláctica en una transversa. Pero 3,230 gramos, mestizo, varón. Ni hay antecedentes de sífilis.

Onfalorragia e ictericia a las pocas horas del nacimiento. El niño llora sin motivo aparente. Llega a tomar el seno apesar de ser algo umbilicados los pezones de la madre.

Una curación y una inyección de tromboplastina detienen la hemorragia. La ictericia en cambio se acentúa. Hay respiración superficial muy acelerada, taquicardia, vómitos y diarrea.

Muere en la noche y la piel ofrece grandes manchas equimóticas. Peso post-mortem 3,100 gramos.

OBSERVACION 4.

Servicio N° 3 (Dr. Roe).—Edemas de la madre. Parto a término. Presentación podálica. Nace en cabeza última con algún sufrimiento fetal. Es varón, mestizo y pesa 3,200 gramos. Nada de antecedentes luéticos.

Después de cumplir las 24 horas de vida hay fuerte enterorragia. El niño está pálido, ansioso, las conjuntivas ictéricas. El hígado aumentado de volumen, lo mismo que el bazo. Grito apagado, fontanela de tensión normal, cefalalgias ictéricas. Rechaza el seno, pero ingiere los líquidos por cucharaditas. Temperatura rectal 37°.

Transfusión de sangre, tromboplastina, suero de Ringer subcutáneo y *per os* y botellas calientes se indican como tratamiento.

El bebé muere después de una segunda melena, a las 72 horas de haber nacido.

OBSERVACION 5.

Servicio N° 3 (Dr. Roe).—Múltipara, feto a término, parto normal. Pesa 3,000 gramos, es mestizo y pertenece al sexo femenino. Vomita líquido amniótico.

Hemorragia del anillo al día siguiente del nacimiento. Icteria fuerte de la piel y mucosas. No succiona ni llora. La expulsión del meconio está disminuída. La onfalorragia impone una cauterización del anillo, pero la pérdida sanguinea continúa. Una segunda

cura con agua oxigenada y un apósito bien sujeto con esparadrapo le ponen término por unas horas.

El estado general empero es cada vez más alarmante. La piel tiene un tinte verde oscuro. Hay disnea, quejidos, epístaxis y pérdidas sanguíneas por la vulva y el ano. El hígado tiene dimensiones inusitadas y se aprecia una acentuada red venosa en el abdomen. Un foco en la base pulmonar izquierda complica las cosas. Temperatura rectal 37,6.

Se inyectan hemostáticos, se ordena suero de Ringer en ingesta y paraenteral, y leche materna por cucharaditas.

Los síntomas enumerados se agravan al día siguiente. Hay sepsis. Fontanela deprimida. Sufusiones sanguíneas en algunas porciones del tegumento externo de carácter espontáneo. Las orinas tiñen fuertemente el pañal. El niño no ingiere ya nada.

Fallece a las 12 del día, después de una convulsión. Peso acaba-do de morir 2,950 gramos.

La necropsia da los siguientes datos: en el examen externo: Longitud 38 centímetros. Piel amarillo-verdosa con grandes manchas lividas en la cara externa de los miembros superiores e inferiores, de límites precisos, sinuosos y con equimosis de dimensiones menores en la cara, cuello y dorso. El cordón está desecado y con coágulos en la zona de implantación. El examen interno hace ver los pulmones algo congestionados, con un punteado hemorrágico, resumantes al corte. En la cavidad peritoneal el hígado y bazo hipertrofiados y tumefactos. La investigación macroscópica que se resume permite decir que la sepsis fué debida a la infección del cabo cutáneo del cordón umbilical con fuerte lesión de los órganos abdominales por el proceso infeccioso.

OBSERVACION 6.

Servicio 3 (Dr. Roe).—Feto a término, primeriza, gonocócica. Parto en O. I. I. A. Se extrae profiláticamente con el Kielland una mujer mestiza, de 3,000 grs.

A los tres días de nacida fuerte onfalorragia en la noche que pasa inadvertida y que se aprecia horas después en la palidez del niño. Muerte rápida que no detiene una nueva ligadura ni los cuidados del caso.

El doctor Lozano practica una punción en el bazo. La siembra de pulpa esplénica a las 24 horas de incubación en la estufa a 37° muestra bacilos móviles. Por diferenciación en diversos medios (Endo, Petrusky, caldo lactosado, caldo al subacetato de plomo), por los caracteres del cultivo, por las reacciones tintoriales—es Gram negativo — se puede afirmar que se trata del bacilo coli.

COMENTARIOS

La falta de inmunidad adquirida de los recién nacidos es la causa de la facilidad con que los microorganismos patógenos infectan su economía. Hoy como ayer la sepsis suele encontrarse, y para su descripción aún sirven los sombríos relatos de las viejas médicas.

Las variedades de estafilococos, los diversos estreptococos y algunas especies microbianas como el colibacilo la ocasionan. Y la relativa inmunidad transmitida por la sangre materna y la débil oposición de los glóbulos blancos, "simples conscriptos que aún no se han ejercitado en sus futuras funciones" conforme al atinado decir de Hutinel, nada pueden ante la virulencia de los agentes causales, que encuentran facilidades de ingreso al organismo del niño por muy distintas vías.

La etapa ganglionar siempre deja de cumplirse. Los humores y tejidos son, por lo mismo, rápidamente invadidos. En los débiles y prematuros estas condiciones de menor resistencia tienen particular gravedad, sensiblemente igual a la ofrecida por las taras hereditarias, los traumatismos obstétricos y las incidencias que el trabajo del parto imprimen en el producto de la concepción a la hora de su salida por el canal genital o en los instantes de su atención por las manos del tocólogo o de la comadrona.

En los seis bebés historiados la infección ha tenido diversas entradas. En el curso del parto se hizo en la observación N° 5, que ingirió líquido amniótico en la vida intrauterina. La atelectasia adquirida por su aspiración se manifestó al punto por los signos conocidos, — la fácil penetración de los epitelios por los microorganismos presentes dió la clave de la generalización del proceso séptico mortal.

Después del nacimiento ocurrió la siembra infecciosa en la observación N° 4. Niño salido en cabeza última, tuvo que acudir a las operaciones del caso para estimular su respiración. La maniobra rutinaria y no siempre conveniente de desembarazar con los dedos las fauces de las sustancias que las obturan, si bien estimuló los actos respiratorios, hizo también la inoculación piógena. El modo de infección fué, pues, interno, vale decir del tipo de las afecciones que tienen lugar en las mucosas. (Variedad interna de Finkelstein).

La variedad externa, en la que las inoculaciones parten de la piel y que caen en consecuencia dentro del tipo de las heridas infectadas — las de más fácil evitación — corresponden a las observaciones 1ª, 2ª 3ª y 6ª. La herida umbilical fué la achacada y todas las apariencias así lo sugirieron. El camino es de los que no presentan obstáculos. Ni la mas leve linfangitis puede apreciarse. Los gérmenes están, desde el principio, en plena circulación general y las manifestaciones sintomáticas, cuando se presentan, sólo sirven para hacer ostensible la brutal acción de la toxina séptica.

Las impresiones anotadas frente al hecho patológico que se estudia ofrecen particularidades patogénicas de desarrollo y condiciones de aparición que conviene subrayar.

Así, en la vía de entrada respiratoria (observación N° 5) es la prolongación del trabajo del parto la causante. Y conviene pensar en ella como uno de los motivos para intervenir operatoriamente con tanta urgencia como aquellos otros a los que el tocólogo atiende en esas circunstancias. El parto profiláctico a este respecto es de incalculables ventajas para la sanidad del niño. Entre el gran número

de los nacidos en esta forma no se ha presentado hasta ahora esta temible dolencia. Es acaso porque no hubo tiempo para que el sufrimiento fetal provocara las inspiraciones intempestivas que hacen que el tracto respiratorio se tupa con la llegada de líquido amniótico infectado o con las secreciones vaginales tomadas en el paso lento a través de la hilera genital.

Cuando, inversamente, se confía mucho en las fuerzas expulsivas del músculo uterino, las sustancias que vehiculan los gérmenes patógenos se concentran en la rino-faringe, cuya barrera linfática es, como se sabe en pediatría, notoriamente frágil e insuficiente para el amparo de la economía del bebé. Aún hay más; el mecanismo de la expectoración falta en el lactante, que nunca puede disponer de este medio de defensa. La invasión del torrente circulante por los piógenos es por esto la resultante inevitable de no haber acelerado la salida del feto del interior del útero.

La penetración de los microorganismos por las mucosas digestivas se produce en los casos en que el nacido ha deglutido el licor amniótico o — lo que es mas acusado en los servicios de maternidad — cuando se trata de retirar mediante maniobras digitales las sustancias contenidas en la cavidad bucal del niño. La limpieza es sin duda indispensable. Su ejecución no obstante debe sujetarse a los imperativos de la asepsia. Ligeras erosiones en la mucosa lingual y en las encías (observación N° 4) permiten las ulceraciones, las aftas de Bednar, que son verdaderos acantonamientos de microbios dispuestos a trasladarse al interior de los tejidos. En los niños débiles la cuestión adquiere tonalidades más severas.

La vía umbilical es, sin duda, la más abordable por los gérmenes infecciosos. La gangrena del cordón facilita el cultivo microbiano. En los niños en que se prolonga el desprendimiento funicular, las amenazas mórbidas son mayores. "Campo abierto a las infecciones secundarias" como se le ha considerado, la exéresis del cordón tiene que practicarse con idénticos cuidados higiénicos a los demandados por la vigilancia de su momificación. Y como la sección del cordón deja libre la luz de los vasos que lo forman, ya se colige la oportunidad que hay para que los gérmenes alcancen los órganos profundos y más alejados del ombligo (observación 6°).

Cuando se piensa en la facilidad con que los gérmenes franquean los tegumentos o las mucosas del niño, deja de sorprender la intensidad de las reacciones mórbidas y la precocidad con que se presentan. La hipotermia, verbi gracia, que ha sido el signo común de los seis casos que aquí hemos historiado brevemente, es su corolario. La incapacidad de las defensas, efectivamente, sólo permite pasajeros des-puntes febriles, que no siempre es posible registrar en los momentos del reconocimiento médico.

La caída del peso y la cianosis cobran más bien inusitado valor clínico y pronóstico. Su grado es paralelo a la gravedad del cuadro, que al acompañarse de convulsiones caracterizan la forma violenta, "foudroyante" de la sepsis infantil. El colapso cardíaco es siempre el síntoma terminal.

La forma hemorrágica es el tipo clínico que hemos visto con más frecuencia y la que le presta carácter a las observaciones 2ª, 3ª, 5ª y 6ª de nuestro escrito. Las últimas especialmente son del tipo descrito como de "enfermedad hemorrágica del recién nacido" (*La maladie hemorragique du nouveau-né de Rhenter*). La bacteriemia y la toxemia concomitante son las causantes de las emisiones sanguíneas. No es necesario la existencia de efracción alguna en los tejidos. Sangra el cordón bien ligado, sangran las mucosas intactas y sangran la piel y los órganos sin que razones aparentes expliquen la presentación de la pérdida hemática.

Modalidades tan distintas tienen empero un denominador común: su incoercibilidad y la evidencia de la pérdida del poder coagulante de la sangre. Los cocos piógenos han sido señalados como sus causantes por Neumann, y en compañía con otros gérmenes como el bacilo coli, los incriminan autores de la talla de Fraenkel y Nicholson. Específicamente hemorrágicos en sus acciones vitales, ellas explican como fué indetenible la enterorragia de la observación N° 4 y las onfalorragias de las observaciones N° 2, 3 y 6. Las equimosis, la epístaxis y la hemorragia vulvar del caso citado en la observación 5ª responden seguramente al mismo factor etiológico. Por otra parte, la cianosis, la ictericia acentuada y las orinas hemoglobinúricas que presentó este mismo enfermito hubieran hecho pensar en la enfermedad de Winckel (cianosis afebril icterica), si el diagnóstico diferencial no hubiera asegurado antes, por la observación detenida y continua de los hechos, el origen puerperal del síndrome.

La sepsis del recién nacido es un proceso evitable. Tal anhelo profiláctico es el determinante de las líneas acabadas de leer y que han sido redactadas después de sereno análisis y con el espíritu puesto en un punto equidistante entre la meditación científica y el ímpetu emocional que suscita el sufrimiento de los niños acabados de nacer.

Aseptizando debidamente el ombligo, evitando la producción de lesiones que faciliten el ingreso de los gérmenes patógenos y conservando las resistencias del niño por una adecuada alimentación vigilada, los servicios de maternidad ocuparan menos a su personal médico en estas labores terapéuticas de luchar infructuosamente contra la septicemia infantil. Las dos primeras normas corresponden a los cultores de la obstetricia. El nipiologista debe responder de la última.

Formas neurológicas de la Verruga

(Continuación)

Por los Dres.

CARLOS MONGE y DANIEL MACKEHENIE

2. — Caso MONGE 1932. *Hemiplegia cerebelosa y Afasia tipo Wernike. Síndrome de la arteria cerebral posterior.*

Enfermo: M. G., 42 años, nacido en Lima, casado, padre de 6 hijos todos sanos.

Acusa en sus antecedentes únicamente las enfermedades frecuentes de la infancia, paludismo, etc.; pero en general se considera un hombre sumamente sano. Hace seis años se encuentra radicado en la ciudad de Huaráz, frecuentando las zonas verrucosas. Refiere que hace seis años se le presentó, en el dorso de la mano izquierda y en el dorso del pie derecho, un proceso inflamatorio edematoso y doloroso con aumento local de la temperatura, que le duró un mes desapareciendo sin tratamiento. Algún médico le aseguró que se trataba de verruga pero ésta no llegó a brotar. Posteriormente se sintió perfectamente bien hasta el presente año, cuando, encontrándose trabajando en Vitoc— a algunas leguas de Huaráz— el 22 de Febrero del año 1932 fué acometido de un proceso febril en que la temperatura llegó a 38° y se mantuvo así por espacio de algunos días. Fué tratado infructuosamente por la quinina. La fiebre algunos días después se elevó a 40° estando acompañada de cefalalgia, inapetencia, estado nauseoso y de una gran sensación de abatimiento.

Al comenzar del mes de Marzo aparecieron dolores osteocopos particularmente marcados en el miembro inferior izquierdo y poco después se producía una contractura dolorosa que fijaba la pierna en flexión forzada, bajo el muslo, acompañada igualmente de una inflamación difusa de color oscuro rojizo que tomaba este segmento en toda su extensión, respetando el pie.

Refiere el enfermo, además, que al mismo tiempo que acusaba cierta perturbación en su sensibilidad en el miembro inferior, puesto que no sentía las aplicaciones calientes que le hacían a efecto de tratamiento, los dolores eran agudísimos y lo inmovilizaban enteramente. La fiebre fué declinando poco a poco, pero la contractura y la tumefacción de la pierna persistieron no obstante haber desaparecido aquella.

En estas condiciones, el enfermo durante el mes de Marzo recibió tres inyecciones de Salvarsán.

En el mes de Mayo vió aparecer un botón verrucoso del tamaño de medio grano de trigo, en la cara palmar de la muñeca derecha, luego apareció otro más grande, de coloración rojo vinoso, en la cara anterior del muslo izquierdo, que llegó a alcanzar el tamaño de un garbanzo pequeño y en fin hubo cierto elemento que se presentó en la región superciliar derecha. Ya en estas condiciones habiendo mejorado considerablemente de la contractura así como de la inflamación de la pierna, podía caminar con una pequeña dificultad. Agrega que la anemia que le había acompañado durante la enfermedad comenzó a desaparecer y que su estado general ganó bastante, pero que sin embargo él se sentía preso de una gran depresión física y síquica que le impedía volver a sus ocupaciones. En este estado continuó durante los meses de Julio y Agosto, mejorando gradualmente.

El 3 de setiembre, a las 11 de la noche, en momentos en que se incorporaba experimentó bruscamente una hemiparestesia del lado izquierdo como si fuera una corriente eléctrica que hiciera vibrar medio cuerpo—según su expresión—y al tomarse la mano izquierda con la derecha sintió como una descarga eléctrica. Esta sensación duró unos cuantos segundos. Guardó cama, pudo dormir, y al día siguiente, a las 9 de la mañana, cuando se dirigía a consultarse, en momentos en que se encontraba caminando, repentinamente le sobrevino un vértigo acompañado de un dolor agudísimo en el miembro superior derecho, de una parestesia del mismo lado que le recordaba la que sintió la víspera en el lado izquierdo y tuvo que sujetarse en brazos de una persona que pasaba para no caer. Recuerda que le era imposible hablar y que las expresiones que pronunciaba no respondían a sus pensamientos. Esta apreciación conciente de lo ocurrido posiblemente duró algunos segundos, después de lo cual cayó sin conocimiento. Ya en pleno ictus fué acometido de vómitos y diarrea. Durante tres días estuvo en estado comatoso sin que tenga el menor recuerdo de lo que pasó durante este tiempo. Al recuperar la conciencia, al cuarto día, el enfermo refiere que su condición general era de una gran depresión física y mental, que no podía articular las palabras, que emitía sonidos que no respondían a las palabras que debiera pronunciar y que le era imposible encontrar las palabras necesarias al expresar el nombre de las cosas que necesitaba.

La parestesia del lado izquierdo había quedado limitada al borde externo de la mano. Pero recuerda además que había perdido la impresión de contacto y que la sensibilidad del lado izquierdo estaba obtusa. Por el contrario, en el lado derecho sentía dolores agudos en el brazo y particularmente una torpeza marcadísima en los miembros del mismo lado. Recuerda que para tomar los objetos con la mano derecha solollegaba a hacerlo después de una serie de movimientos como si la mano titubeara para llenar su cometido. Agrega, en fin, que para cojer los objetos debía acomodarlos en la mano derecha con la mano izquierda y, entónces, ya estaba en condición de sujetarlos fuertemente. Análoga cosa pasaba con su pié derecho. Interrogado repetidamente sobre si esta perturbación era debida a la pérdida de la fuerza muscular o una incoordinación de la mano, se puede llegar a la conclusión de que la mano derecha "planeaba", antes de alcanzar su

objetivo y que la pérdida de la fuerza era mínima. En una palabra, se trataba de un trastorno parésico muy leve al que se agregaba una intensa incoordinación cerebelosa. Poco a poco estas manifestaciones fueron disipándose. Al levantarse notó que la marcha no la hacía en una forma normal sino que titubeaba. En ocasiones sentía un movimiento de látero-propulsión que lo amenazaba caer. Acusaba una sensación subjetiva de mareo y de inseguridad constante y al caminar había de hacerlo lentamente y separando las piernas como para ensanchar la base de sustentación. Fué en esas condiciones que tuvimos ocasión de examinarlo a principios de Octubre de 1932.

El exámen general del enfermo, aparte de una nerviosidad explicable por su largo sufrimiento y el temor que le embargaba, no ofrecía nada de particular: no había anemia, el corazón latía a 80 pulsaciones por minuto. Tensión arterial máxima $12 \frac{1}{2}$, tensión arterial mínima 8, discreta pléyade ganglionar, ligera ingurgitación de la conjuntiva ocular, edema duro manifiesto de la pierna izquierda, con exclusión del pié. En los demás órganos y aparatos no había nada de importancia. El exámen neurológico nos revela los datos siguientes: movimientos activos y pasivos normales, fuerza muscular segmentaria normal, no hay contracturas, los reflejos tendinosos iguales a ambos lados, no hay Babinski, reflejos cremasterianos y cutáneos abdominales conservados, no hay reflejos de automatismo medular, lo pares craneanos no ofrecen participación alguna, no hay Argyll Robertson. El enfermo acusa, de vez en cuando, una hiperestesia del borde interno de la mano izquierda; no hay perturbación de la sensibilidad táctil ni de la sensibilidad térmica. La noción de posición se conserva así como el sentido estereognóstico. Hay ligera incoordinación cerebelosa al lado derecho, la prueba del dedo a la nariz se hace después de un largo titubeo, hay un ligerísimo grado de Adiadococinesia derecha, que, por lo demás, el enfermo corrige rápidamente en los días sucesivos. No hay nistagmus, ni signo de Romberg. El exámen del fondo del ojo es normal, el enfermo presenta ligerísimas secuelas de afasia tipo Wernicke. El exámen de la palabra permite observar que se produce sin dificultad. Sin embargo el enfermo asegura que en muchas ocasiones no encuentra la palabra para expresar su pensamiento, sobre todo cuando se encuentra nervioso. De cuando en cuando la pérdida de la memoria de la palabra se acusa por una falla sobre todo cuando se le interroga sobre el nombre de una cosa. Al enumerar a la inversa los días de la semana experimenta una ligera incertidumbre, así como hay ligerísimas fallas en las pruebas de cálculo. La comprensión de las palabras es perfecta, la lectura igualmente, así como la escritura. No hay fenómenos de Apraxia. El estado intelectual está perfectamente conservado.

En el momento de la marcha lo único que puede observarse es que esta es lenta y que el enfermo camina con las piernas ligeramente separadas, como si necesitara ensanchar la base de sustentación. El análisis de sangre acusa los resultados siguientes:

Hematíes	4.130,000
Leucocitos	5,504
Polinucleares en bastón.....	4
id segmentados	44
Eosinófilos	4
Grandes mononucleares	15
Linfocitos	33
Células Plasmáticas	1

En suma Leucopenia con Neutropenia, Monocitosis y Linfocitosis ligera, con eosinofilia. Hemoglobina 80%, valor globular 1,03. Resistencia globular normal. Reacción Wassermann, negativa. Análisis de orina negativa. Hemocultivo por Bartonellas, negativo.

La inyección de 10 cm. de su sangre a un cuy produce el fenómeno de Mackehenie. El cultivo del exudado peritoneal y del testículo es positivo por bartonellas. (Coronado).

Demostrada la naturaleza verrucosa del mal, debemos hacer el diagnóstico diferencial de la lesión encefálica.

Desde el punto de vista neurológico, se trata de un enfermo que, en un primer momento, acusa fenómenos de Hemiparestesia izquierda cuyo compromiso talámico es evidente; pero al día siguiente, después de un ictus, presenta una Hemiplegia caracterizada por los elementos siguientes: Hemiparesia, Hemiparestesia, Hemiplegia cerebelosa del lado derecho, Afasia, tipo Wernicke.

Para precisar el punto de la lesión podemos descartar formalmente la zona cortical ya que en ésta sería inexplicable la presencia de trastornos de orden cerebeloso. Igualmente descartamos la posibilidad de una lesión protuberancial o bulbar, porque en este caso el compromiso de alguno de los pares craneanos marca la altura de la lesión, y esto no ocurre en nuestro caso. En estas condiciones, para abarcar un conjunto de lesiones cerebelosas, parésicas, sensitivas y afásicas, solo es posible establecer como diagnóstico anatómico una lesión situada en el trayecto de la arteria cerebral posterior. Efectivamente, la lesión del lóbulo lingual y fusiforme, la afasia sensitiva; la de la región talámica, las perturbaciones sensitivas, y la del núcleo rojo, donde va a terminar el pedúnculo cerebeloso superior, el síndrome cerebeloso. En cuanto a la Hemiparestesia izquierda que solo dejó como huella, una parestesia del borde externo de la mano, corresponde a una lesión talámica derecha.

En suma, síndrome talomorúbico con afasia de Wernicke dependiente de un proceso verrucoso. En cuanto a la lesión misma si esta es de naturaleza hemorrágica o de naturaleza infiltrativa, como puede encontrarse en el proceso evolutivo de la reacción histiocitaria que alcanza al sistema nervioso, o si se trata de lesiones nerviosas debidas al mismo virus, es cuestión sobre la cual hasta el momento no se puede decir nada todavía.

3er. Caso—CHUECA-ROCA, 1932. *Parkinsonismo verrucoso*.

Terminado este trabajo, gracias a la gentileza del Doctor Chueca, hemos tenido ocasión de observar un caso de Verruga eruptiva

con manifestaciones de tipo parkinsoniano. Se trataba de un enfermo febril en pleno brote eruptivo en el que anotamos ciertas particularidades que podrían referirse a manifestaciones exudativas predominantes en que aparece un tremor fino, de tipo parkinsoniano, que desaparece con los movimientos voluntarios pero que se acentúa cuando se llama la atención de la enferma sobre sus extremidades, que va acompañado de contracturas variables de un momento a otro y de un segmento a otro, contracturas que no permiten hacer la extensión, sino en varios tiempos dando a la mano que toma el músculo contracturado la sensación de "rueda de molino", contractura y tremor que desaparecen durante el sueño bajo la acción de la escopolamina. La mano de la enferma toma actitudes características: efectivamente, sus primeras falanges encorvadas sobre el metacarpo, mientras que las dos últimas continúan en extensión, dan la impresión de conjunto de una mano que cose, en un temblor incesante. En los días sucesivos se generalizan las manifestaciones parkinsonianas para alcanzar también las extremidades inferiores.

Este caso fatal, en que el exámen de la sangre no permitió señalar sino anemia moderada, será publicado por el personal del Servicio.

El diagnóstico de Parkinsonismo verrucoso, nos parece suficientemente demostrado.

4º.—Casos QUIROGA y MENA 1889. a) *Encefalitis, parkinsonismo, letargia, Curación.* b) *Hemorragia protuberancial, curación.*

Debemos incluir en este grupo los dos casos publicados por el malogrado Quiroga y Mena, que evidentemente con una visión genial fué un precursor en estos estudios neurológicos.

(Continuará)

La reforma de la asistencia médica en el Perú

Hace meses se trató en el Congreso Constituyente de la necesidad de aumentar la eficiencia de los servicios asistenciales y con ese motivo se designó una Comisión especial que viese la forma de llevar a cabo iniciativa del mas evidente valor. La Comisión no se puso de acuerdo y como consecuencia se han presentado dos proyectos de Ley que publicamos en este número.

El tema de la Asistencia interesa en forma superlativa al gremio médico y debe preocupar a todos los que en el Perú mediten en el futuro del país, porque puede afirmarse, sin temor a rectificación, que sin población sana y vigorosa de la mente y del cuerpo, no puede pensarse en el progreso de la Nación.

Hasta ahora la Asistencia se ejerce entre nosotros con criterio caritativo, por eso las instituciones encargadas de esos menesteres se llaman Beneficencias; hoy la Asistencia se considera obligación del Estado, razón por la cual ya no conviene el nombre de Benefi-

cencia sino algún otro, habiendo aceptado uno de los proyectos el de Asistencia Social.

Hasta aquí la Asistencia ha marchado entre nosotros desvinculada de la Salubridad Pública; urge que cese en el mas breve plazo esta anomalía que ha producido innumerables perjuicios para el progreso demográfico del país. Uno de los proyectos crea en la Dirección de Salubridad Pública, una sección de Asistencia que será el conducto regular por donde se tramite y se ejerza el control sobre las instituciones asistenciales que hoy no tienen ninguna vigilancia técnica en su funcionamiento, pero el otro, desgraciadamente, solo coloca vigilancia administrativa y no control técnico.

La constitución de la Beneficencia se ha caracterizado entre nosotros por estar calcada en moldes medioevales; se las ha integrado por personas que no tenían siempre la fama de ser caritativas y a pesar de estar favorecidas por la fortuna y de pertenecer a la institución caritativa por excelencia, nunca contribuyeron con sus teneres a su sostenimiento. La Caridad propiamente hablando casi nunca la han ejercido los miembros de la Beneficencia; se han limitado a disponer de fondos donados por otros, a invertir en la Asistencia las rentas que les han proporcionado diversos impuestos dictados por la Nación, debiendo hacerse presente que solo un número muy reducido de Beneficencias ha gozado de esas rentas especiales, que ya forman un porcentaje muy crecido en los ingresos de las Beneficencias de Lima y Callao.

Los proyectos presentados contemplan uniformemente la reducción del número de miembros de las Beneficencias, pero difieren de la arquitectura que proponen, dándose mayor ingerencia al personal técnico en el proyecto Wieland, Esparza y Paredes.

La necesidad de hacer penetrar a la técnica asistencial en el funcionamiento de las instituciones dedicadas a curar al enfermo, la reconocen los dos proyectos, revelándose con esto — haciendo abstracción de criterios divergentes — que se palpa el empirismo en que se debaten las Beneficencias en el Perú.

Por la breve enumeración de algunos puntos sostenidos en los proyectos y por la apreciación doctrinaria que se formula, es posible darse cuenta de nuestra posición en este vital asunto de la sanidad nacional.

Convendría que una Asamblea convocada por el cuerpo médico de los Hospitales, definiese y concretase el anhelo de los técnicos, en cuestiones de asistencia.

LEY DE ASISTENCIA SOCIAL

Por los Dres.

OTTO WIELAND, LORENZO ESPARZA Y R. N. PAREDES

Art. 1º.— La presente Ley se denomina de Asistencia Social y reemplaza a la de Beneficencia de 2 de octubre de 1893.

Art. 2º.—El Estado prestará asistencia gratuita a todas las personas que comprueben su condición de indigencia o de simple penuria económica accidental.

Art. 3º.—Serán objeto de la asistencia de que trata el artículo anterior:

- a).—Los niños cualquiera que sea su condición, siempre que sus padres fuesen indigentes o se encontrasen en «estado de peligro»;
- b).—Los enfermos agudos;
- c).—Los enfermos crónicos;
- d).—Los ancianos desamparados;
- e).—Las embarazadas y parturientes.

Art. 4º.—La asistencia podrá dispensarse en el domicilio de los necesitados (principalmente a los niños) y en Establecimientos especiales. En estos últimos la asistencia se hará internando a las personas el tiempo que sea conveniente, o concurriendo a ellos sólo momentánea y periódicamente. Estas formas de asistencia guardarán relación con la naturaleza o clase de los mismos y con el estado o condición en que se hallasen los necesitados.

En la organización de la asistencia se tendrá en consideración que sus fines son preventivos y curativos.

Art. 5º.—La comprobación de la condición de indigencia o de penuria económica accidental de que trata el artículo segundo, como necesaria para que el Estado dispense la asistencia gratuita, no será exigible sino después de que trascurra un año de la expedición del reglamento de esta ley. Esta comprobación no será necesaria en los casos de urgencia.

Art. 6º.—La asistencia se hará en cuanto es posible de modo integral, comprendiendo toda la personalidad del necesitado en sus aspectos físico, psíquico y social.

Art. 7º.—Las entidades representativas de fábricas o empresas industriales y de negociaciones agrícolas y mineras, proporcionarán asistencia gratuita a sus empleados y obreros que enfermen en el curso de sus labores o como consecuencia del trabajo.

Los médicos al servicio de dichas entidades tendrán a su cargo la vigilancia higiénica de los locales en que se verifique el trabajo, así como el domicilio de los operarios, cuando se encuentre ubicado dentro de los terrenos de tales empresas y negociaciones, y verificarán periódicamente el exámen médico de todo el personal confiado a su cuidado, para evitar la presencia entre ellos de enfermos que sufran de afecciones contagiosas.

Art. 8º.—Se organizará Asistencia Social en todas las capitales de Departamento y de Provincia, así como en todas las poblaciones importantes inclusive en los medios rurales, fundándose para el efecto los respectivos establecimientos donde no existen y mejorando y ampliando los que hubiesen, si esto fuese posible.

Las Juntas de Asistencia Social abarcarán en el radio de sus actividades el área urbana y rural que corresponde a la demarcación política del país.

Art. 9º.—Corresponde a la Dirección de Salubridad Pública, que desde la promulgación de la presente ley se denominará Direc-

ción General de Salubridad y de Asistencia Social, la orientación y la vigilancia de los servicios de Asistencia Social.

Art. 10º.—El Consejo Superior de Higiene será consultado en los asuntos de asistencia social. Con tal motivo dicho Consejo se denominará en lo sucesivo Consejo Superior de Higiene y Asistencia Social.

La opinión de este Consejo deberá expresarse en todos los asuntos de Asistencia.

Art. 11.—Las Juntas de Asistencia Social que reemplazarán a las actuales Sociedades de Beneficencia se compondrán de:

Miembros natos;

Miembros delegados; y

Miembros elegibles.

Art. 12.—Las Juntas de Asistencia social se dividen en:

Junta de Asistencia Social de Capital de la República;

Juntas de Asistencia Social de capital de Departamento; y

Juntas de Asistencia Social de capital de Provincia.

Art. 13.—La Junta de Asistencia Social de Lima estará compuesta de:

Siete *miembros natos*, que serán el Fiscal en lo Administrativo de la Corte Suprema, el Alcalde del Concejo Provincial Municipal, el Decano de la Facultad de Medicina, el Presidente de la Academia Nacional de Medicina, el Presidente del Comité Central de la Cruz Roja Peruana, el Decano del Colegio de Abogados y el Médico Sanitario Departamental.

Nueve *miembros delegados*: uno por cada establecimiento asistencial, uno por el Cabildo Metropolitano u uno por la Sociedad de Ingenieros.

Diez *miembros elegibles*.

Art. 14.—Las Juntas de Asistencia social de Capital de Departamento se compondrán de:

Siete *miembros natos* que serán: el Fiscal de la Corte Superior o Agente Fiscal, el Médico Sanitario Departamental, el Médico de la Guarnición Militar, el Alcalde del Concejo Provincial, el Presidente del Comité Departamental de la Cruz Roja, el Decano del Colegio de Abogados y el Presidente del Gremio Médico de la localidad.

Miembros delegados: un delegado médico por cada establecimiento asistencial, un delegado por el Obispado o el Cura de la Parroquia.

Seis *miembros elegibles*.

Art. 15.—Las Juntas de Asistencia Social de las Capitales de Provincia se compondrán de:

Miembros natos: el Agente Fiscal, el Médico titular y el Alcalde del Concejo Municipal.

Miembros delegados: un delegado Médico por cada establecimiento asistencial, el Cura de la Parroquia y el Jefe del Destacamento de la Guardia Civil.

Cuatro *miembros elegibles*.

Art. 16.—Los miembros elegibles serán designados por el Gobierno la primera vez: de entre ellos la mitad será del sexo femenino.

Art. 17.—Las Juntas de Asistencia Social, se renovarán por sorteo y por mitad cada dos años.

Se podrá reelegir una sola vez a los miembros sorteados.

Las vacantes de los miembros elegidos serán llenadas mediante elección que por mayoría absoluta practiquen los otros miembros.

Art. 18.—Las Juntas de Asistencia Social, cuyos ingresos sean superiores a doscientos cincuenta mil soles establecerán un Departamento Técnico de Asistencia Social, a cargo de un médico que se dedique exclusivamente al cargo. En las Juntas de Asistencia Social que organicen el departamento indicado, se formará con los miembros médicos de la misma, un Consejo que se denominará Consejo de Asistencia del que formarán parte también el Jefe del Departamento Técnico de Asistencia y los directores médicos de los hospitales, con voz y voto en los acuerdos y resoluciones que dicho Consejo adoptase.

El indicado Consejo, por intermedio del Departamento Técnico mencionado, tendrá a su cargo la vigilancia de todos los establecimientos de asistencia.

Art. 19.—La dirección técnica y administrativa de cada establecimiento hospitalario, estará a cargo exclusivo de un profesional médico especializado en cuestiones de asistencia y que le consagre por completo todo su tiempo.

Al médico director le corresponde la supervigilancia de la administración, por lo cual será solidariamente responsable con el personal correspondiente.

Art. 20.—Para la mejor organización de las Juntas de Asistencia Social, el Gobierno determinará, en armonía con los ingresos de cada una y con la naturaleza de las funciones que les corresponde dependientes de los mandatos que han recibido de personas filántropas, los diversos Departamentos Administrativos análogos al Departamento Técnico de Asistencia que cada una debe constituir.

Art. 21.—Las Juntas de Asistencia podrán, con autorización del Gobierno, fundar Cajas de Ahorros, Venta de Lotería y Cajas de previsión o de seguro de enfermedad y de maternidad.

Art. 22.—Previo el estudio correspondiente que acredite su conveniencia, el Gobierno podrá autorizar a dos o más Juntas de Asistencia para fundar en común establecimientos de proveeduría de productos alimenticios, útiles de hospitales, medicamentos, etc. para abastecer a los institutos de asistencia dependientes de ellas.

Art. 23.—Las Juntas de Asistencia Social son personas jurídicas que tienen el derecho de adquirir y de administrar, con los privilegios y restricciones determinadas por la ley.

Art. 24.—Podrá haber entidades particulares que desempeñen funciones de Asistencia Social, pero estarán sujetas a la inspección de la Dirección de Salubridad y Asistencia con el fin de orientar sus funciones técnicas. Les está prohibido adquirir, por donación o testamento, bienes raíces o rentas perpetuas.

Art. 25.—Nadie puede disponer de los bienes de las Juntas de Asistencia Social o de los establecimientos confiados a ellas, sino conforme a la ley. Los infractores de esta disposición caerán dentro de las sanciones del Código Penal.

Art. 26.—Son bienes propios de las Juntas de Asistencia Social: los que indica el artículo 8° de la ley de Beneficencia derogada y además los bienes de manos muertas, cofradías, etc. cuya administración ha estado a cargo de las Sociedades de Beneficencia Pública; siendo obligación de las Juntas de Asistencia atender a las obligaciones señaladas en las respectivas fundaciones.

Art. 27.—El Gobierno fomentará y controlará a las Sociedades de mutualidad que atienden riesgos de enfermedad y muerte.

Art. 28.—El Gobierno establecerá oportunamente—para que sea posible dotar a todos los establecimientos de asistencia del país del personal secundario necesario para el buen funcionamiento de ellos—una o más Escuelas de Enfermeras y Enfermeros con una sección especial para el Servicio Social de hospitales.

Art. 29.—En general todos los hospitales y establecimientos de salud dependientes de las Juntas de Asistencia, son también centros de investigación y estudio, y un Estatuto especial fijará las relaciones de esas Juntas, con la Universidad y los Médicos.

Art. 30.—Esta ley confiere a la Dirección de Salubridad y de Asistencia las funciones de vigilancia de la asistencia y deja en su manos la orientación técnica asistencial en el país, tanto en sus fines como en sus medios, para conseguir su desarrollo y su constante progreso.

La Dirección mencionada organizará como dependencia suya una Sección de Asistencia Social, la que estará a cargo de un Médico jefe especializado en el ramo y la completarán los empleados que sean necesarios.

Art. 31.—La Dirección de Salubridad y Asistencia formará un inventario valorizado de todos los bienes y muebles cuya administración esté a cargo de las Juntas de Asistencia Social. En un inventario especial acompañado de los respectivos planos y en el que se registrarán todos sus bienes y útiles, se hará la inscripción de todos los establecimientos asistenciales de la República. Estos inventarios se renovararán cada dos años.

Art. 32.—Formarán parte de la sección de Asistencia de la Dirección de Salubridad y Asistencia, cuando menos dos médicos, que estarán encargados de visitar permanentemente los establecimientos asistenciales de la República, para informar sobre sus condiciones, proponer las modificaciones que ellos requieren y señalar las orientaciones en que debe inspirarse la asistencia que en dichos establecimientos se presta, en conformidad con las instrucciones que ellos recibieran.

Art. 33.—El poder Ejecutivo reglamentará esta ley oyendo previamente al Consejo Superior de Higiene y Asistencia Social.

Art. 34.—Quedan derogadas todas las leyes y resoluciones vigentes que se opongan al cumplimiento de la presente ley.



LEY ORGANICA DE BENEFICENCIA

Por el Dr. G. MADUEÑO

Capítulo I

De la Sociedad y sus fines

Art. 1º.—Las Sociedades de Beneficencia establecidas o que se establezcan en el territorio de la República son entidades que tienen personalidad jurídica para realizar por delegación del Estado, fines de previsión y asistencia social.

Art. 2º.—Como personas jurídicas las Sociedades de Beneficencia disfrutan del derecho de dominio y en consecuencia tienen la libre administración de sus bienes; gozan de autonomía en la organización de sus servicios y en las actividades que desarrollan para la consecución de sus fines, sin más limitaciones que las señaladas en esta ley.

Art. 3º.—Tienen carácter público las Sociedades de Beneficencias que están fundadas, sostenidas o fomentadas por el Estado, las autoridades departamentales o municipales, y, tienen carácter privado las fundadas o sostenidas por particulares.

Art. 4º.—Las sociedades privadas serán declaradas instituciones públicas por el Gobierno, previa comprobación de que cuentan con los recursos indispensables para su sostenimiento.

Art. 5º.—Las Sociedades de Beneficencia continuarán ejecutando la voluntad de las personas que instituyeron fundaciones en favor de ellas o de algunos de los institutos o establecimientos que la componen, legándoles bienes para fines propios de su misión; pudiendo adoptar respecto de ellos cuanto fuere necesario y útil, disposiciones tendientes al mejor cumplimiento de los fines perseguidos por sus benefactores.

Las Sociedades tendrán así mismo representación con personería bastante para actuar en nombre de las referidas fundaciones y de la clase desvalida de la colectividad.

Art. 6º.—Para la más conveniente organización de las instituciones de Beneficencia estas se dividen en tres categorías, teniendo como base la capacidad económica de ellas; pertenecen a la primera categoría a) Las Sociedades de Beneficencia cuya renta anual exceda de cien mil soles. Pertenecen a la segunda b) las instituciones que tengan anualmente un ingreso de veinte a cien mil soles. Pertenecen a la tercera categoría c) Las Sociedades que cuentan con una renta anual que no sea mayor de veinte mil soles. 2

Capítulo II

Capital Social

Art. 7º.—Son bienes propios de las Sociedades de Beneficencia:

a).—Los muebles, inmuebles, derechos, acciones y rentas temporales o perpétuas de que actualmente están en posesión.

b).—Los que adquieran por herencia, donación, legados o de cualquier otro medio legal.

c).—Las partidas votadas a favor de ellas en el presupuesto del Gobierno o las Municipalidades.

d).—Los bienes de manos muertas, cofradías, etc. que en la actualidad administran, con cargo de atender a las obligaciones señaladas en cada estatuto o fundación.

e).—Los inmuebles y otros capitales que con el exclusivo objeto de atender capellanías, hospicios u otras obras de piedad, tengan actualmente en administración los Cabildos o cualquier otra entidad, con la obligación de atender cumplidamente los cargos que por ellos se hallen instituidos.

f).—La totalidad de los bienes de los que fallecieran intestados, sin dejar herederos forzosos.

g).—El 10% del monto total de la herencia de los que fallecieran sin dejar herederos forzosos, aún cuando hubieran hecho testamento.

h).—El 5% ad-valorem de las joyas finas y de fantasía que se importen por los puertos de la República.

i).—El 5% de sobre impuestos a todos los artículos de lujo que se importen por los puertos de la República.

j).—Los bienes inmuebles que algunas parroquias administran como fundaciones tituladas "Buenas Memorias".

k).—Todas las rentas temporales o perpetuas creadas o por crearse en virtud de leyes generales o especiales.

Art. 8º.—No se podrá disponer de los bienes de las Sociedades de Beneficencia sino por estas mismas para los fines y de conformidad con los requisitos que marca esta ley.

Los infractores de esta disposición quedarán incurso en las sanciones establecidas por el Código Penal, y con ellos lo serán solidariamente las autoridades que intervengan, los Notarios que otorguen las escrituras y los particulares que se adueñan de cualquiera clase de bienes de esas instituciones, sin perjuicio de la obligación de devolver tales bienes.

Art. 9º.—Ningún miembro ni empleado de las Sociedades de Beneficencia podrá celebrar con ellas contratos de ningún género, bajo pena de nulidad.

Esta prohibición comprende a los parientes consanguíneos o afines de los indicados miembros.

Art. 10º.—Todo acto que constituya enagenación, traslación de dominio, constitución de gravámenes, y en general toda operación que signifique creación de obligaciones, deberá según su cuantía

ser sometido a la aprobación de la Junta General y recibir la sanción de los Consejos Departamentales. Cualquiera del pueblo puede presentarse ante ésta oponiéndose a la operación.

Art. 11º.—Los inmuebles pertenecientes a las Beneficencias cuya valor exceda de mil soles serán enagenados en subasta pública previa autorización judicial y comprobación de la necesidad y utilidad de la venta, ciñéndose al procedimiento establecido para la enajenación de bienes de menores e incapaces.

Art. 12º.—La venta de las propiedades que valgan menos de mil soles podrá ser autorizada por la Prefectura respectiva, previo dictamen fiscal.

Art. 13º.—En la permuta de bienes inmuebles se requerirá también la autorización judicial, como en la venta, previa aprobación del valúo de las propiedades que deben ser permutadas.

Art. 14º.—Los contratos de arrendamientos de bienes de Beneficencia se harán en remate público, con aprobación de la Junta General y del Consejo Departamental respectivo.

Art. 15º.—En determinadas circunstancias, y cuando el cánón del arrendamiento no exceda de cincuenta soles mensuales, pueden las Beneficencias arrendar administrativamente sus fundos.

Art. 16º.—Es obligatoria la inscripción de los bienes inmuebles de las Sociedades de Beneficencia en el Registro de la Propiedad Inmueble, sin gravámen alguno para ellas, sirviendo para este objeto los planos y títulos que poseen.

Art. 17º.—Las Sociedades de Beneficencia gozarán en lo administrativo y judicial del beneficio de insolvencia y estarán exentas de pago de todo impuesto o arbitrio fiscal o municipal creado o por crearse, extendiéndose esta excepción a todos sus bienes, rentas, contratos y operaciones. Estarán exentas igualmente de todo impuesto, las emisiones de bonos, cédulas u obligaciones de la Sociedad en cuanto al capital que representan, premios si los hubiere, interés y pago de amortización, contribución, derecho o tasa existente o que pudiera crearse en el futuro, sea cual fuere su naturaleza, importancia, objeto y denominación, inclusive de la contribución sobre la renta y de alcabala de sucesiones.

Las Sociedades gozarán así mismo de liberación de derecho de aduana, observándose lo dispuesto en la ley N° 1207.

Siempre que las Sociedades de Beneficencia traten de introducir artículos libres de derecho, solicitarán previamente el respectivo permiso del Supremo Gobierno acompañando los conocimientos originales.

Capítulo III

Atribuciones de las Sociedades de Beneficencia.

Art. 18º.—Son atribuciones de las Sociedades de Beneficencia:

1).—Formular y modificar su reglamento interno con aprobación del Gobierno.

2).—Administrar sus bienes y rentas conforme a las leyes vigentes.

- 3).—Administrar los establecimientos que corren a su cargo.
- 4).—Dictar los reglamentos especiales de esos establecimientos, organizar la planta de empleados, asignarles la dotación correspondiente y nombrarlos y removerlos.
- 5).—Establecer cajas de ahorro, cajas de previsión y seguro social y montes de piedad, previa aprobación del Gobierno.
- 6).—Fomentar la asistencia a domicilio.
- 7).—Crear los establecimientos de asistencia pública que juzguen necesario.
- 8).—Aceptar la administración de bienes para los fines que guarden armonía con la índole de las Sociedades de Beneficencia.

Capítulo IV

De los socios

Art. 19º.—El cargo de socio o miembro de las Sociedades de Beneficencia es honorífico y gratuito, y no es incompatible con ningún destino o empleo público.

Art. 20º.—Las Sociedades de Beneficencia estarán formadas por los socios natos y socios elegibles. El número total de socios para la Beneficencia de Lima serán: dos natos y cuarenta elegibles. Los miembros natos de dicha Institución son el Fiscal en lo Administrativo de la Corte Suprema y el Decano de la Facultad de Medicina.

Los otros socios serán elegidos en la forma siguiente: 10 miembros que representarán a las entidades que enseguida se enumeran:

Poder Ejecutivo, 2 miembros.

Academia de Medicina, 2 miembros.

Senado, 1 miembro.

Cámara de Diputados, 1 miembro.

Cabildo Metropolitano, 1 miembro.

Consejo Departamental, 1 miembro.

Colegio de Abogados, 1 miembro.

Sociedad de Ingenieros, 1 miembro.

Los treinta miembros restantes serán elegidos por esta única vez por el Gobierno a propuesta del Consejo Departamental.

Art. 21º.—El Poder Ejecutivo designa a los miembros que le corresponden por conducto del Ministerio de Beneficencia. Los personeros del Senado y de la Cámara de Diputados, así como del Cabildo Metropolitano serán designados por elección de mayoría. Las demás entidades señaladas en el artículo anterior harán la elección con arreglo a sus estatutos para la formación de sus Mesas Directivas.

Art. 22º.—En las demás Sociedades de Beneficencia de la República los miembros natos son, según los casos, los Fiscales de Cortes Superiores o Agentes Fiscales y los Médicos Titulares. El número de miembros de las Sociedades de Beneficencia, a excepción de la de Lima será el siguiente: Primera categoría 23 miembros, cuya cuarta parte tendrá la representación proporcional de las instituciones importantes del lugar; Segunda categoría 13 miembros en las

condiciones expuestas anteriormente; Tercera categoría 7 miembros en la forma establecida en este artículo.

El Gobierno designará a los demás miembros elegibles que no sean personeros de instituciones a propuesta de los Consejos Departamentales respectivos.

Capítulo V

Dirección de la Sociedad.

Art. 23°.—Los miembros natos y elegibles forman la Junta General de las Sociedades de Beneficencia.

Art. 24°.—El cargo de miembro de Beneficencia dura cuatro años y la Junta General se renueva por mitad y por sorteo cada dos años.

Art. 25°.—Las vacantes que ocurrieran entre los miembros de Beneficencia se proveeran en la misma forma por esta ley, y el mandato de los nuevamente elegidos dura cuatro años.

Art. 26°.—No pueden ser miembros de las Sociedades de Beneficencia.

- 1).—Sus deudores.
- 2).—Los que tengan juicios pendientes con ella.
- 3).—Los parientes consanguíneos dentro del tercer grado.
- 4).—Los empleados con sueldo en sus oficinas o establecimientos y los médicos de estos establecimientos.
- 5).—Los que tengan en suspenso los derechos civiles por sentencia judicial.

Art. 27°.—Termina el cargo de socio:

- 1).—Por ausencia o inasistencia sin aviso durante un año.
- 2).—Por renuncia.
- 3).—Por sobrevenir algunos de los impedimentos del artículo anterior.

Art. 28°.—Las Sociedades Publicas de Beneficencia no podrán aceptar mandatos ni comisiones especiales para objeto diverso de su institución, sin la aprobación del Gobierno. En caso de aceptación los bienes destinados al mandato quedarán sujetos a las disposiciones vigentes sobre los de Beneficencia y a los prescritos en la presente ley.

Art. 29°.—La Junta General de las Sociedades de Beneficencia designará un director, un vicedirector, por los dos tercios de votos de sus miembros y cuyo mandato durará dos años. El Director y en su defecto el Vicedirector tendrá la representación oficial de las Sociedades de Beneficencia, cuyas atribuciones se fijarán en el reglamento.

Art. 30°.—Las funciones de carácter administrativo de acuerdo con fundaciones, instituciones y legados, corresponde al Director de Beneficencia.

Art. 31°.—La gestión administrativa de las Sociedades de la Primera y de la Segunda categoría, así como la representación económica y legal de ella corresponderá a un Gerente rentado, cuya remuneración y poderes señalará la Junta General.

En las Beneficencias de Tercera categoría los Directores desempeñarán el rol de Gerentes sin remuneración alguna.

Art. 32º.— El Gerente de las Sociedades está obligado a dedicar todo su tiempo y actividad en servicio de la institución con incompatibilidad para ejercer cualquiera otra función pública o privada y será directamente responsable ante las mismas por todos los actos de su administración.

Capítulo VI

Organización interna

Art. 33º.— Las actividades de las Sociedades de Beneficencia serán divididas en departamentos con orientaciones bien definidas. Estos departamentos en la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima serán los siguientes:

- a).—Un departamento económico.
- b).—Un departamento administrativo.
- c).—Un departamento de asistencia social.
- d).—La Caja de Ahorros.
- e).—El ramo de loterías.
- f).—El departamento de contraloría.

Art. 34º.— El departamento económico se compondrá:

- 1).—De la Sección de bienes y rentas.
- 2).—De la Sección de Proveeduría.
- 3).—De la Sección de Tesorería y Contabilidad.

Art. 35º.— El Departamento Administrativo se compondrá:

- 1).—De la Sección Legal.
- 2).—De la Sección de Secretaría.
- 3).—De la Sección de Mesa de Partes.

Art. 36º.— El Departamento de Asistencia Social se compondrá:

- 1).— De la Sección de Hospitales, Dispensarios y Puericultorio "Pérez Aranibar".
- 2).— De la Sección de Colegios, Escuelas de Enfermeras y Escuelas de Servicio Social.
- 3).—De la Sección Seguro Social.
- 2).—De la Sección de Hospicios.

Art. 37º.— La actual Sección de Archivo queda incorporada a la Sección Legal.

Art. 38º.— El Departamento de Contraloría constará de la Sección de Estadística y de la Sección Técnica de Control General.

Art. 39º.— La Caja de Ahorros continuará con su organización interna actual. El Directorio de la Caja de Ahorros se compondrá de cinco miembros nombrados por la Junta General de la Sociedad de Beneficencia y que pueden o no ser socios de la misma.

Art. 40º.— La Caja de Ahorros hará los Servicios de recaudación a la Sociedad de Beneficencia de Lima y los productos que directamente se recauden por los diversos departamentos secciones o establecimientos, serán empozados en la Caja de Ahorros dentro de las 24 horas siguientes, bajo la responsabilidad de ser considerada su detención como indebida.

Art. 41º.—En las demás Sociedades de Beneficencia habrán tantos departamentos cuantos sean los servicios que impongan sus necesidades a juicio de la Junta General.

Art. 42º.—Al frente de cada uno de los demás departamentos habrá un jefe técnico rentado que será nombrado por la Junta General.

Art. 43º.—El Departamento de Asistencia Social estará asimismo a cargo de un técnico rentado quien orientará las funciones que le respectan en armonía con los progresos de la medicina moderna.

Art. 44º.—El número total de socios de las Sociedades de Beneficencia a excepción de los Directores y Gerentes será distribuído en tantas Juntas como Departamentos haya. Dichas juntas tienen el control de cada departamento en materia técnica.

La designación de los socios que deben formar cada una de estas Juntas, será hecha anualmente por el Director de la Sociedad, teniendo en cuenta su capacidad y su profesión.

Art. 45º.—Las juntas creadas por el artículo anterior tienen también funciones deliberativas en todos los asuntos concernientes a cada departamento, cuyos actos serán revisados por la Junta General en sesiones extraordinarias convocadas por el Director.

Art. 46º.—El reglamento determinará el número de sesiones ordinarias que tendrán las Juntas Generales.

Art. 47º.—Los Directores y Gerentes de las Sociedades de Beneficencia ejecutarán las resoluciones de las Juntas de Departamento, una vez que sean revisadas por la Junta General.

Art. 48º.—Las Sociedades Públicas de Beneficencia formarán anualmente su presupuesto general en conformidad con los objetos de su institución, de las rentas de que disfrutan y de la voluntad de los fundadores. Dichos presupuestos serán aprobados por el Consejo Departamental.

Capítulo VII

Disposiciones generales

Art. 49º.—Los conflictos que se susciten entre las Sociedades de Beneficencia y los Consejos Departamentales serán resueltos por el Ministerio de Fomento previa consulta del caso a la Dirección de Salubridad Pública y al Consejo Consultivo de Higiene de dicho Ministerio.

Art. 50º.—Los contratos de arrendamiento de bienes de Beneficencia, celebrados antes de la vigencia de esta ley, serán revisados a fin de conformarlos a las prescripciones que ella contiene.

Art. 51º.—Todos los empleados en la recaudación y custodia de los fondos de las Sociedades de Beneficencia están obligados a prestar fianza.

Art. 52º.—La cuenta general del año será revisada por la Junta General, y aprobada que sea, se remitirá al Tribunal Mayor de Cuentas para su juzgamiento. El balance de dicha cuenta se pu-

blicará en uno de los periódicos de la localidad o en su defecto en el de la capital del respectivo departamento.

Art. 53°.—En los presupuestos de las Sociedades de Beneficencias se considerarán separadamente los gastos obligatorios y los facultativos.

Son gastos obligatorios los que deban hacerse en el sostenimiento y fomento de los establecimientos de asistencia social existentes, y facultativos, los que a juicio de las Sociedades deban hacerse en conformidad con los fines de la institución.

Art. 54°.—Las rentas de las Sociedades de Beneficencia se aplicarán a los establecimientos de asistencia social que corren a su cargo.

Art. 55°.—Los empleados de las Sociedades de Beneficencia serán nombrados de conformidad con el reglamento interior de cada una de ellas.

Art. 56°.—Los empleados de las Sociedades de Beneficencia serán considerados como empleados de comercio y en tal carácter están sujetos a las prescripciones de la ley N°. 6871.

Art. 57°.—Los médicos que se encuentran al servicio de las Sociedades de Beneficencia tendrán goce de cesantía, jubilación y montepío, en armonía con las leyes vigentes.

Art. 56°.—Promulgada la presente ley procederán las Sociedades de Beneficencia a formular sus respectivos reglamentos con estricta sujeción a ella y los presentarán al Gobierno para su aprobación. Pasados seis meses de su presentación, quedarán aprobados dichos reglamentos por ministerio de ley, aunque no tenga la revisión del Gobierno.

Art. 59°.—El Poder Ejecutivo por orden del Ministerio de Fomento supervigilará la vida administrativa de las Sociedades de Beneficencia, debiendo en consecuencia esa repartición ejercer las funciones que esta ley determina.

Artículos Transitorios

Art. 1°.—Mientras se sancionen los nuevos reglamentos que deben ser sometidos a la aprobación del Supremo Gobierno, regirán los vigentes, en cuanto no se opongan a las disposiciones de esta ley.

Art. 2°.—El Gobierno dictará las medidas que juzgue convenientes para el mejor cumplimiento de esta ley.

Art. 3°.—Quedan derogadas todas las leyes, decretos y resoluciones que se opongan a la presente.

Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social

SOBRE ASISTENCIA SOCIAL

Con motivo de los proyectos de Ley presentados al Congreso Constituyente para reformar el régimen asistencial en el país, la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social ha hecho la siguiente declaración.

1º.—Que la Asistencia al enfermo o desvalido debe proporcionarse con el carácter de obligación del Estado y no como función caritativa.

2º.—Que dado el carácter estatal de la Asistencia, las instituciones que lleven a cabo esta función del Estado no deben llamarse Beneficencias, sino Juntas de Asistencia Social.

3º.—Que la Asistencia Social es de carácter técnico y no fruto de la filantropía.

4º.—Que la Asistencia debe estar controlada y dirigida por las autoridades sanitarias de la Nación y que solo deben orientarla los técnicos.

5º.—Que la Asistencia debe comprender el aspecto preventivo y el lado curativo.

6º.—Que para sufragar los gastos que ocasione la Asistencia en el Perú, debe recurrirse a la formación de Cajas de Previsión y al Seguro Social.

7º.—Que mientras estos recursos se establezcan, el Patrón-Capital y el Patrón-Estado tendrán que soportar las cargas que la Asistencia impone.

8º.—Que el problema de la Asistencia interesa por igual a todo el Perú, encontrándose ésta desamparada fuera de Lima y existiendo solo en algunas otras pocas ciudades; y

9º.—Que la Asistencia debe constituir principal preocupación del Gobierno, en su afán por defender el capital humano de la Nación.