La Crónica Médica

APARTADO 2563

LIMA - PERU

COMITE CIENTIFICO

EDMUNDO ESCOMEL — CARLOS MORALES MACEDO

DIRECTOR

CARLOS A. BAMBAREN

COMITE DE REDACCION

LUIS D. ESPEJO — RAFAEL M. ALZAMORA — ERNESTO EGO-AGUIRRE
JORGE AVENDAÑO HUBNER — LUIS QUIROGA QUIÑONES
HUMBERTO PORTILLO (Arequipa). — JOSE MARROQUIN (Puno). —
GUILLERMO KUON CABELLO (Tacna).

PRECIOS DE SUSCRIPCION En Lima . . . S/. 6.00 al año En Provincias . . , 8.00 al año En el Extranjero 4 dóllars al año

AVISOS
Precios convencionales

Año 64. - No. 1014

Diciembre 1947

SUMARIO

Determinación de la urea sanguínea por nesslerización di- recta, por Manuel Mata, pág	201
Servicio social en la protección materno-infantil, por el Dr. Guillermo Kuon Cabello, pág	206
Aspecto genético-jurídico de la vagancia, por el Dr. Jorge Moscoso Barra, (continuación), pág	214
Noticias, pág.	218
Indice de materias año 1947, pág	223 224

Para un
suplemento
dietético
multivitamínico



VI-GRANS

Marca registrada

Una cápsula (dosis diaria) suministra:



Se suministra en frascos de 25, 100 y 1000 cápsulas

Vitamina A	5.000	U.I.
Vitamina D	500	U.I.
Clorhidrato de tiamina	2	mg.
Riboflavina	2	mg.
Clorhidrato de piridoxina	0,5	mg.
Niacinamida	20	mg.
Acido ascórbico	45	mg.
Acido pantoténico	1	mg.

E-R-SQUIBB & SONS

were and the Serie Laurence de America



Determinación de la urea sanguínea por nesslerización directa

Por MANUEL MATA
Matanzas, Cuba.

En los ya largos años de exclusiva dedicación a las tareas del laboratorio clínico, he conferido preferente atención a la práctica y comparación de casi todos los métodos conocidos para la dosificación de la urea en la sangre, desde la primitiva y rudimentaria medición con el ureómetro de Moreigne —recurso casi único que se disponía hace algo más de un tercio de siglo—, evolucionando con el hipobromito de soda a través de más perfectos ureómetros; pasando sucesivamente por los de aireación en sus modalidades volumétricas y colorimétricas, hasta llegar al método gravimétrico por el xantidrol y preferir en los últimos tiempos el de nesslerización directa que nos ocupa.

Actualmente los procedimientos más en uso para la determinación de la urea sanguínea, son el de Moog al hipobromito de soda en diversos aparatos existentes y el de la ureasa. Como métodos prácticos, ambos responden cumplidamente a las cualidades de sencillez, brevedad y exactitud relativa, que el

standard mínimo exige.

El procedimiento de **Moog** por el hipobromito de soda, es sin lugar a duda, de fácil ejecución y aceptables resultados, pe-

ro poco específico.

Las determinaciones comparativas con el hipobrorito y la ureasa, comprueban prácticamente las consecuencias de inespecificidad de la acción del hipobromito sobre el nitrógeno de la úrea. En la comparación de los resultados obtenidos por ambos procedimientos, se nota fácilmente la coincidencia de cifras cuando se trata de sangre normal, observándose, en cambio, frecuentes diferencias en la sangre patológica. Cuando no se está prevenido, se atribuyen tales discrepancias a posibles lapsus de técnica, pero al comprobar por cuidadosas repeticiones la evidencia de tales diferencias acabamos por aclarar la causa de tal fenómeno; que no es otro, generalmente, que el estar en tales sangres patológicas más o menos aumentado el nitrógeno

residual, nitrógeno que al ser parcialmente descompuesto por el hipobromito aumenta la cantidad de gas desprendido y medido como úrea, en cantidades a veces doble y hasta triple de las

aportadas por el nitrógeno puramente ureico.

En la sangre normal la pequeña cantidad del nitrógeno residual descompuesta por el hipobromito compensa el pequeño tanto por ciento del nitrógeno ureico que se substrae a su acción, sin sobrepasarla sensiblemente por su misma pequeñez; pero en el punto en que el nitrógeno residual comienza a aumentar en la sangre, aumenta también proporcional y falsamente la cantidad de gas desprendido por dicho reactivo y por ende la cantidad de úrea calculada por dicho gas.

Es bueno aclarar, para mejor especificación de lo expuesto, que al reterirnos al nitrógeno residual lo hacemos entendiendo como tal la fracción que se obtiene restando la cifra del nitrógeno ureico de la del total no proteico, o sea, la diferencia entre ambos, según el concepto de la Escuela francesa. La Escuela alemana considera como residual todo el nitrógeno no proteico.

Otros motivos de error inherentes al procedimiento gasométrico por el hipobromito de soda, como el posible desprendimiento de oxígeno por concentración o exceso de bromo, etc., etc., son de menor importancia y fácilmente controlables.

En esta técnica colorimétrica por la ureasa y nesslerización directa, se puede decir que no hay posibles causas de error, como no sea la prematura turbidez, que como en todos los métodos de dosificación del nitrógeno amoniacal de la sangre por el reactivo de Nessler se produce en la fase final de las pruebas, enturbiamiento a veces capaz de influenciar las lecturas colorimétricas.

Este perturbador enturbiamiento, producido por la misma naturaleza de los reactivos, es de hecho la única interferencia de algún cuidado que afecta al método. En reducirla hasta límites inofensivos —ya que eliminarla totalmente resulta poco menos que imposible— y asegurar la pasajera transparencia que permita anticipar la lectura colorimétrica al posterior e inevitable enturbiamiento de las pruebas, hemos empleado lo mejor de nuestro esfuerzo puesto en el perfeccionamiento de esta técnica.

Convencido desde las primeras pruebas de la indiscutible superioridad práctica y paso de avance que la forma de nesslerización directa supone en los métodos azométricos de la sangre, lo acogí con entusiasmo enfrascándome de lleno en su estudio.

Inicié una cuidadosa y paciente revisión de todo el mecanismo original de la técnica propuesta por Walter y Karr, repasando, puliendo y ajustando cada una de sus partes hasta adaptarlas a un más perfecto acoplamiento funcional que la simplifica y hace más cómoda y eficiente.

Las siete soluciones principales empleadas en la técnica

original (hidro-alcohólica de ureasa con permutita, tampón de pirofosíato, stock y standard de úrea, stock y standard de Nessler, y la de soda al 10%), han sido reducidas en la presente modalidad técnica a solamente tres soluciones: la de úrea preparada ahora en forma estable, el reactivo de Nessler de fórmula integral, y la acuosa de ureasa preparada en el momento.

Se suprime la solución tampón y se aprovechan en lugar de ella los tampones naturales de la sangre, anticipando el tiempo de fermentación o hidrólisis al de desproteinización, según valiosa sugestión de los destacados laboratoristas habaneros Lan-

da y Abreu.

Se ha eliminado la solución hidro-alcohólica de ureasa con permutita, de muy corta duración, empleándose en su lugar y en forma expedita y segura con su plena actividad, la ureasa en suspensión acuosa preparada en el momento.

La también inestable solución stock de úrea es ahora preparada en solución fenolada, lográndose conservarla casi inde-

finidamente.

En el reactivo de Nessler se ha buscado una fórmula integral alcalinizada para uso directo, de conservación indefinida, forma que aminora sensiblemente el enturbiamiento de las

pruebas.

La precipitación de las proteínas de la sangre, cuya deficiencia es una causa más de enturbiamiento, se mejora anteponiendo la solución sulfúrica 2/3 N a la de tungstato de sodio, siendo de importancia decisiva en este procedimiento el empleo de esta solución 2/3 de reciente preparación por anularlo al envejecer. La renovación frecuente de esta solución 2/3 N resulta por demás cómoda, si se tiene siempre disponible la solución stock o Normal; recomendada para su preparación.

El patrón de úrea empleado en la técnica ha sido adapta-

do al mismo sistema hidrolítico de la muestra.

El agua destilada agregada finalmente a la muestra y patrón al ser nesslerizados, conviene se encuentre a baja temperatura. Con ello se hace más lenta la reacción del Nessler, pero se aminora y retarda considerablemente la precipitación.

Debe proscribirse el uso de antisépticos conservadores de la sangre, especialmente el formol que tiene el inconveniente de precipitar el Nessler.

REACTIVOS NECESARIOS

Ureasa. (Jack Bean Meal, de Arlington).—En proporción de 0.005 a 0.01 grs. por cada centímetro cúbico de sangre. Cualquier otra ureasa de garantía y bien conservada puede ser igualmente útil.

Se emplea en este método la ureasa en suspensión acuosa al 1×1000 preparada en el momento de su empleo. La propor-

ción media del producto a emplear es de 0.75 por 100 de sangre, o sea, de medio a un centigramo por cada centímetro cúbico de sangre. Este holgado margen permite practicar una medición aproximada de la ureasa que ahorra el tiempo de pesada. Hago esta medición aproximada tomando con el extremo más ancho de un mondadientes una punta de un cuarto de pulgada de largo, colmada de la ureasa pulverizada para cada 10 c. c. de la suspensión acuosa que sea necesario preparar. Ejercitando un poco esta medida, comparándola al principio con el volumen de polvo que dá por pesada la referida cantidad media, se llega pronto y fácilmente a medir con bastante aproximación tal cantidad.

Solución stock de úrea. (1 c. c. = 0.15 de miligramos de Nitrógeno).—Pesar exactamente: 0.1603 grs. de úrea purísima que se llevan por medio de un embudo a un balón aforado de 500. Se prepara previamente una solución de ácido fénico puro al 5×1000 con agua destilada hervida. Se arrastra con parte de ella las partículas que puedan quedar adheridas al papel en que se pesó y a las paredes del embudo de paso. Una vez bien disuelta la úrea se completa con la misma solución fenicada al cinco por mil hasta 500 c. c. exactamente. Esta solución stock de urea, guardada en frascos oscuros y bien tapada, se conserva

mucho tiempo.

Reactivo especial de Nessler.—En un frasco de Erlemmeyer de 1,000 se disuelven 35 gramos de yoduro potásico (K1) en 500 c. c. de agua destilada. Se agregan 13 gramos de bicloruro de mercurio (HgCl²) y se calienta hasta la disolución del precipitado que se forma. Se enfría y completa hasta 1,000 c. c. con una solución de soda (NaOH) al 25%, preparada y enfriada en el momento. Se agregan gota a gota y agitando solución saturada también de bicloruro de mercurio (que se prepara disolviendo 2 gramos de bicloruro Hg en 30 c. c. de agua muy caliente), hasta la formación de un precipitado amarillo persistente que dá a la mezcla un aspecto semejante al del jugo de naranja.

Se tapa y guarda en sitio oscuro de dos a cuatro días, has-

ta completo aclaramiento.

Se decanta cuidadosamente, o filtra por lana de vidrio, y finalmente se le guarda en frascos oscuros y **con tapa de goma.** En estas condiciones se conserva este Nessler indefinidamente.

Empleando este Nessler hay que aceptar la mala apariencia que le imprime su permanente sedimento, que por otra parte en nada altera sus propiedades. La única noción que hay que mantener al usarlo es la de esquivar dicho precipitado al pipetearlo, dedicando a esto una pipeta, siempre seca.

Este Nessler se emplea sin diluir en proporción de 0.5 c.c.

para 10 c. c. de volumen de la muestra v el patrón.

Solución 2/3 normal de ácido sulfúrico de reciente preparación.—Se mezclan dos partes de la solución stock o normal con una de agua.

Esta solución y la siguiente 1/2 N, deben renovarse con frecuencia.

Solución 1/2 N de ácido sulfúrico: Partes iguales de la stock y de agua.

Solución stock de ácido sulfúrico para la preparación de las

 $2/3 \text{ y}^{1/2} \text{ N}$.

Medir exactamente 27.82 c.c. de ácido sulfúrico purísimo de Merck, de 96%, que pesa 51.08 grs. agregándolo poco a poco y mezclando a 500 c.c. de agua destilada contenida en un balón de 1,000. Una vez fría la mezcla se le agrega más agua hasta completar 1,000 c.c.

Esta solución stock se conserva indefinidamente, bien tapada,

TECNICA

MUESTRA

7 c.c. de suspensión de ureasa al 0.1×100 (uno por mil) acabada de preparar y agitándola, se pasan a un frasquito de Erlemmeyer o tubo de ensayo marcado "M" (muestra).

l c. c. de sangre total, plasma o

Agitar y poner en baño maría o estufa regulada a 56°C durante 15 minutos.

l c. c. de solución sulfúrica reciente 2/3 normal si se emplea sangre total, o de la 1/2 normal para plasma y suero.

Mezclar y agregar 1 c.c. de la solución al 10% de tungstato de sodio si se emplea sangre total, o al 5% si plasma o suero, agregada lentamente y agitando.

Agitar finalmente con energía y dejarla en reposo durante 15 mi-

nutos.

Filtrar por un papel de filtro de 8 centímetros de diámetro.

2 c. c. del anterior filtrado libre de proteínas en una probeta o tubo de ensayo.

7.5 c. c. de agua destilada, pre-

feriblemente fría.

0.5 c. c. del reactivo especial de Nessler, agregado al mismo tiempo que al standard.

Mezclar y llevar al colorimetro

entre los 5 y 10 minutos.

STANDARD

9 c. c. de la misma suspensión de ureasa en un frasquito de Erlemmeyer o tubo de ensayo marcado "S" (standard).

1 c. c. de la solución stock de urea.

Agitar vigorosamente y poner a 56° C durante 15 minutos.

Filtrar por algodón enrollado a la punta de un agitador de vidrio a modo de hisopo, hundiéndolo con agitador y todo, fuertemente, en la rama estrecha del embudo filtrador, a fin de lograr la mayor transparencia posible en el filtrado.

(2 c. c. de esta solución patrón de urea equivalen a 0.03 de miligramo de nitrógeno. Al final el color obtenido en el standard corresponde a una concentración de 15% miligramos de nitrógeno ureico, equivalentes a 32 miligramos de urea por 100).

2 c. c. de la anterior solución patrón de urea en otra probeta igual

o tubo de ensayo.

7.5 c. c. de agua destilada, prefe-

riblemente fría.

0.5 c. c. del reactivo especial de Nessler, agregado al mismo tiempo que a la muestra.

Mezclar y colocarlo a 15 en el colorimetro.

CALCULO

Aplicando la fórmula general de colorimetría se tiene:

 \times 0.03 $imes \frac{100}{0.2}$ imes 2.14 = urea por 100 de sangre. Altura del standard Altura de la muestra

Simplificando el cálculo bastará con dividir la cifra 486 por la altura de la muestra. El cuociente dará los miligramos

de urea contenidos en 100 de sangre.

En presencia de grandes cantidades de urea en las que el intenso color desenvuelto dificulta la comparación colorimétrica, se diluye rápidamente la muestra con agua destilada al doble, o hasta el cuádruple de su volumen si fuese necesario, para acercarla al standard, multiplicando entonces la cifra obtenida según el cálculo anterior, por 2 si se diluyó a 20 c.c. y por 4 si se llevó la dilución hasta 40. Si hubiera algún inconveniente para estas diluciones, o el enturbiamiento fuese intenso, se puede repetir la muestra empleando solamente 0.5 c.c. del filtrado libre de proteínas sobrante, completando con agua hasta los 9.5 del volumen y agregando los mismos 0.5 c.c. de Nessler. La urea obtenida así por el indicado cálculo se multiplicará por 4.

NOTA.—El filtrado libre de proteínas preparado para esta técnica sirve sin inconveniente para dosificar en él la glucosa por el método de Folin.

Servicio Social en la protección materno-infantil

Por el Dr. GUILLERMO KUON CABELLO

I.—SERVICIO SOCIAL EN LA PROTECCION DE LA MADRE ABANDONADA

Expongo observaciones registradas en el campo social provinciano, particularmente sobre asistencia materno-infantil.

El Centro materno-infantil de Tacna, asiste al núcleo familiar. El registro minucioso de nuestras fichas sociales de nueve años, anota las siguientes realidades: a) Frecuente deserción paternal; b) Ilegitimidad por mala constitución o carencia de hogar; c) Lamentables condiciones higiénicas, económicas y morales de gran número de hogares; d) Abandono de los hijos por madres que trabajan en el campo o fuera de la ciudad (comercio con Árica); e) Carencia absoluta de protección de la madre durante el embarazo, antes y después del parto; f) Falta de seguridad social frente a las contingencias de enfermedad, vejez, invalidez o muerte; g) Ausencia de trabajos remunerativos.

El trabajo que desempeña nuestro Servicio Social frente a estas dolorosas realidades, es por cierto muy exiguo. Se concreta al registro de las características fundamentales de cada hogar, y a impulsar hacia nuestro Centro a madres y niños, con la finalidad de que perciban auxilio paliativo, generalmente de tipo alimenticio o medicamentoso.

Las resistencias que hay que vencer para lograr la confianza del hogar son muy grandes, y una vez conseguida, las soluciones típicamente sociales que requieren estos dramas familiares, están muy lejos de los alcances institucionales. Esto implica dos cuestiones fundamentales: 1º. Carencia de conciencia general para medir la importancia del Servicio Social como técnica auxiliar, pues aun se confina a esta institución a labor de índole exclusivamente médica; 2º. Falta de legislación adecred i sobre seguridad social, que logre la protección integral de la familia en sus variados aspectos.

Un Centro médico que sólo cura, se queda en la superficie del hondo problema social. Si no penetramos en la entraña misma del hogar, nuestro trabajo es infructuoso. Fácil es aconsejar a un miembro cualquiera de la familia que enferma de tuberallosis —muy frecuente en el medio— que haga sobre-alimentación y adquiera tónicos, cuando la miseria ronda en su derredor, y cuando vivienda y abrigo no bastan para protejerle contra las

inclemencias del tiempo.

No crie Ud. a su hijo -aconsejamos los médicos-, cuando una madre lleva al Dispensario a su hijo en brazos, sabiendo que ella adolece de enfermedad incurable. No trabaje, porque su embarazo puede hacerse anormal, cuando esa madre tiene que levantarse con el despuntar del alba, para tener un mísero sustento. Que su padre lo sostenga, cuando llora el abandono. Inscriba Ud. a su hijo en el Registro Civil, cuando ignora las fundamentales prescripciones de nuestro Código. Y así, el drama familiar va adquiriendo contornos pavorosos, mientras la indiferencia, o cuando más la palabra compasiva, abruman porque no remedian nada, o denigran, porque relievan la humillante condición de nuestros prójimos. Es que las soluciones, sólo pueden esperarse de una sociedad comprensiva y justa, con un elevado y generoso sentido cristiano, que entienda y piense que por cada individuo que sufre miseria, ignorancia y abandono, se resiente el organismo social entero.

El Servicio Social, puede hacer mucho en los hogares, pero, para que su acción sea fecunda, es menester ante todo dictar un **Código de familia**, que asegure en forma legal la estabilidad del hogar; son necesarias leyes protectoras, que contemplen con amplio criterio de justicia las pautas mínimas de seguridad social, contra el abandono, la veiez, la enfermedad, la invalidez y la muerte. La educación del hogar, la corrección de los factores morales, económicos, higiénicos, etc., encuentran campo vasto en que la Visitadora Social ejercerá elevada y ge-

nerosa misión, de tanta profundidad como la contextura misma de la vida, tan variable en su dinámica y tan rica y cambiante en las situaciones que ofrece.

La asistencia familiar integral debe abarcar funciones muy distintas, que deben coordinarse en un solo haz doctrinario y práctico, para lograr ayuda eficaz desde el punto de vista médico, jurídico, moral, religioso, económico, etc., etc.

II.—SERVICIO SOCIAL Y RECIEN NACIDO

Múltiple labor puede realizar el Servicio Social para proteger al nacido. Los Centros materno-infantiles piden su auxilio para impulsar a las madres hacia las Maternidades, donde hay máximo de seguridad en el parto, librándolo de la intervención empírica que origina elevada mortalidad materna y del neo-nato; orienta al nacido hacia los centros que le protegen, asegurándole vigilancia durante su desarrollo; suministra consejo técnico a los hogares para su correcto cuidado; correlaciona el hogar con todos los centros asistenciales, que en forma completa aseguran la higidez de todos los miembros de la familia. Esta es la labor mínima que realiza una Visitadora en un Centro materno-infantil. Pero, hay que convenir, que esta no termina ni puede terminar alli. Hay que penetrar en la enmarañada trama social, para solucionar los problemas de abandono, ilegitimidad, responsabilidad paterna, etc.; en una palabra, debe procurar corregir todos aquellos factores que conspiran contra las oportunidades que cada niño trae como un derecho a la vida.

Desde el punto de vista jurídico, nuestra institución registra las situaciones siguientes: a) Falta de inscripción del nacido en el Registro Civil; b) Ilegitimidad frecuente; c) Desconocimiento de la paternidad; d) Abandono; e) Problema de los nacidos, hijos de padres que adolecen de enfermedad incurable y contagiosa.

La falta de inscripción del nacido en el Registro Civil, se debe a factores variados de incapacidad de los padres (ignorancia, distancia de los pueblos, abandono de la madre, trabajo, etc.) Recae la omisión en la gente más ignorante y pobre. Hay que modificar el Art. 33 del Código Civil, determinando que el plazo de inscripción sea de treinta días, y que vencido el plazo, las inscripciones por mandato judicial serán gratuitas y de trámite rápido. Obvio es que la omisión de la inscripción no asegura los derechos civiles del niño, y altera notablemente los guarismos de nuestra demografía.

La ilegitimidad es profundo problema, ligado al instinto sexual, que origina muchos desastres familiares, que revela un hogar inexistente o dislocado, al que se atribuye las repercusio-

nes más serias en el bienestar del niño. Desgraciadamente, es una realidad cuya extensión es cada vez mayor. Para quienes preconizan el hogar sólido, en que los vínculos afectivos y morales sean predominantes, la corrección de la ilegitimidad, y la regularización del vínculo matrimonial, constituye por sí un avance en la protección de la infancia. Al lado del caso simple, en que el ilegítimo nace en el concubinato, que por desidia se sostiene, hay problemas más complejos cuya solución parece irrealizable, como el caso de los hijos adulterinos, etc. De todos modos, falta legislación avanzada, aunque el Código realizó ya cierto progreso para lograr protección de estos hijos del infortunio. Todos los problemas que afectan a la familia son uno solo en el fondo, de modo que un buen Código de Familia, que amplie los Códigos del Niño, en la etapa actual de avance social, encauzará dentro del margen de la ley las responsabilidades que derivan de la paternidad. Sobre estas buenas bases trabajará el Servicio Social logrando por compulsión, lo que no consiga la persuasión, actuando en nombre de la Sociedad, que no puede ver con indiferencia los problemas más hondos que afectan a su célula básica.

Este Código de Familia, contemplará la unificación de todos los asuntos que le atañen, y a su producto, el niño, porque en otra forma surgen discusiones de competencia jurisdiccional inútiles. Los municipios, los juzgados, las parroquias, los centros de asistencia médica, centros de trabajo, etc., deben coordinarse cuando se trata de resolver un asunto que atañe al niño o a la familia. En otra forma, es ineficaz la acción del Servicio Social, que encuentra puertas cerradas y prejuicios vanos al tratar de solucionar tan variados aspectos de la protección infantil.

Estos propósitos sólo pueden prosperar con una legislación que se inspire en elevados sentimientos de justicia y fraternidad, en alta y profunda sensibilidad social; en intensa labor educativa de nuestro pueblo; en un conjunto de medidas de seguridad social, económicas, morales, de trabajo, y en un sentido unitario de labor, que conglomere todas las fuerzas en derredor del ideal más alto y generoso de una sociedad: la defensa de sus niños.

III.—SERVICIO SOCIAL Y HOGARES SUSTITUTOS

Y cuando las tentativas de rehabilitar el hogar fracasan, se plantea el problema de la colocación del niño en otro hogar, u hogar sustituto.

El Octavo Congreso panamericano del niño, realizado en Washington en mayo de 1942, hizo declaraciones básicas sobre la vida familiar, formulando las oportunidades del niño:

1.—"Oportunidad para que el niño pueda crecer rodeado de cariño y con la disciplina indulgente de la vida familiar".

2.—"Todos los niños deberán vivir en el seno de una familia cuyo nivel de vida sea adecuado y que disfrute de una situación económica estable".

Es natural, que el hogar ideal es el propio, pero cuando todos los vínculos espirituales y morales que consolidan la familia están rotos, hay que librar al niño del abandono colocándolo en un hogar sustituto, que le dé el calor afectivo que le falta.

Las situaciones que registró el Instituto materno-infantil de

Tacna, fueron las que siguen:

a) Hijos huéríanos; b) Niños de padres que adolecen de enfermedad incurable y contagiosa; c) Niños que teniendo a sus padres crecen en ambiente moralmente nocivo o escaso de recursos económicos.

Estudiando la capacidad del pueblo para realizar colocaciones familiares, se observa lo siguiente: el pueblo tiene cierta capacidad sentimental para realizar colocaciones espontáneas en el seno de su propia familia, sin técnica que las regule, y sin lograr la protección completa, porque adolece de las mismas faltas que se trata de corregir. Se anotan los siguientes tipos:

- a) Hijos huéríanos, pro-rijados o en custodia.—Generalmente hay un vínculo espiritual entre los padres, tipo compadrazgo, que merece gran respeto a nuestro pueblo. Entran también ciertos niños, hijos de padres que adolecen enfermedades contagiosas. Pocos casos de padres carentes de recursos económicos. Es en cambio, de suma frecuencia, la entrega de menores indígenas, que están en condición de servidumbre, y cuyo logro integral depende de la naturaleza del hogar en que entró.
- b) Niños en guarda.—Generalmente se trata de niños en edad escolar colocados en el seno de una familia durante la escolaridad, abonando una pensión.
- c) Colocación remunerada.—En forma de un subsidio familiar abonado por instituciones protectoras de la infancia; no existe entre nosotros.

Creemos, que estos tipos de colocación, y principalmente el primero, sólo se puede hacer contando con una base afectiva, sentimental o moral, en cuya labor, orientada acerca de la conveniencia de tal o cual hogar, puede intervenir activamente el Servicio Social. No existe aún el nivel emocional suficiente para conseguir el hogar sustituto. La tarea por realizar para conseguir estas colocaciones, es un hermoso campo que se ofrece al Servicio Social, que puede constituir factor determinante en la búsqueda de hogares que alberguen sentimientos generosos de ayuda al prójimo desvalido.

d) Colocación institucional.—Tipo hogar infantil sostenido por el Estado, para niños anormales, lisiados, enfermos o meno-

res en estado de peligro.

e) Adopción.—Hay muchos hogares que se conforman con que el niño forme parte afectiva del nuevo hogar; pero hay otros, que quieren considerarlo como propio.

Y aguí no resisto a la tentación de relatar en síntesis uno de los casos más hermosos registrados, que permitirá algunas consideraciones sobre ciertos aspectos de nuestro Código Civil. He aquí la historia social: Nº registro 333.—Orden 37.—O. Q.— Nació el 27 de Junio de 1945.—Se inscribe a los 3 meses de edad el 29 de Setiembre de 1945. La trae su madre adoptiva doña D. S. de Q. Casada, de 25 años, con un quardia civil. En el Hospital San Ramón, nacen del adulterio de otra esposa, dos hijas gemelas y prematuras. Con ansia desea la muerte de sus dos hijas, antes de que llegue el marido ausente durante mucho tiempo. Una vecina de cama, doña D. S. de Q., la heroína de nuestra historia, recoge la cuita, y carente de hijos propios, le ruega concederle la hija que le queda, pues la otra murió ele prematuridad. La nueva madre aparente, recurre a nuestro Servicio para protección de la niña. Interesados por el caso, le aconsejamos trámite judicial. Y nuestros estrados judiciales tuvieron que tropezar con la rigidez del Código, incapaz de sclucionar este caso humano, que desde el punto de vista afectivo, moral y económico, es ideal para la protección de nuestra menor. Y la historia dolorida de esta hija del infortunio, y de madre que no la procreó, -pero que tiene el espíritu de las madres auténticas-, fué de zozobra por las enfermedades frecuentes de la prematura; de angustia, de gastos y desazones que le origina el trámite judicial.

Había consentimiento de la madre auténtica. Existía el consentimiento de su cónyuge, que quiere a esta hija del·vecino como propia. Pero... no tenía cincuenta años, que exige el inciso 1) del Art. 326 del Código Civil.

Las prescripciones legales sobre adopción están contenidas en el Código Civil vigente desde agosto de 1936, en Arts. 326 a 347.

El Código establece que el adoptante sea mayor de cincuenta años y goce de buena reputación, y que sea mayor en 18 años que el adoptado. No debe tener descendientes con derecho a heredar; pero en el art. 340 reconoce que no cesan los efectos de la adopción aunque sobrevengan hijos del adoptante, y tampoco cesa si el adoptante reconoce hijos ilegítimos. Debe mediar el consentimiento del cónyuge. Establece una serie de requisitos para la adopción, de los que extractamos los más importantes para el comentario. Señala quiénes pueden adoptar. Se refiere a los intereses del adoptante y adoptado. Considera las relaciones de parentesco que se establecen, interesando el Art. 332, que dice: "por la adopción del adoptado adquiere la calidad de hijo legítimo del adoptante". Se limita el parentesco entre ambos y con los hijos legítimos del adoptado. Fija los deberes y derechos con el adoptante y con su familla natural. Señala cómo se realiza la revocación de la adopción.

En ciertos aspectos, el Código adolece de falta de elasticidad frente a las realidades humanas; pero en otros, sus prescripciones son avanzadas y está a tono con legislaciones modernas.

En el Uruguay, se señala como límite para la adopción la edad de cuarenta y cinco años; pero, la realidad enseña que esta es una traba injusta. El Código del niño rebajó esa edad a treinta años, pero elevaba a veinte la distancia de edad entre adoptante y adoptado.

Contiene dicho Código uruguayo muchas disposiciones similares a las nuestras, que en ciertos casos merecen modificaciones semejantes. Así, no debe mediar el consentimiento de los cónyuges cuando hay separación de cuerpos, o cuando uno de ellos está en imposibilidad de expresar su voluntad.

Es necesario, como se hace en el Uruguay, señalar que para celebrar el contrato de adopción, se debe obtener la autorización del Consejo del Niño. Entre nosotros el Departamento de Protección Materno-Infantil, es el que debe aprobar la idoneidad moral y capacidad del adoptante, y además que el adoptante haya tenido dos años bajo su protección y cuidado al adoptado.

El Código uruguayo no contempla la cuestión de legitimidad del adoptado, que se adquiere, según el Art. 332 del Código Civil peruano junto con la adopción. Recién en 1945, el Uruguay hizo entrar en vigencia la ley por la que el adoptado adquiere la legitimación adoptiva. En esta forma, al lado de los hijos nacidos en matrimonio, hay otro tipo de hijos legítimos, con los mismos derechos que los primeros, pero nacidos de una paternidad afectiva.

La adopción es una forma de colocación familiar en hogar sustituto, que asegura mejor los derechos del niño.

Para que la colocación del niño en un hogar sustituto, dé resultados, debe haber un fundamental sentimiento afectivo, sin el cual fracasa la finalidad de proteger a la infancia.

Obvio es indicar, que en toda esta tarea, es el Servicio Social el que juega el rol más trascendente. Saber explorar un hogar, emprender una búsqueda prolija de los niños en abandono; conseguir un lugar seguro para ellos, constituye una penosa y delicada labor, en la que hay que poner ciencia y corazón.

CONCLUSIONES

1.—Para realizar la protección de la madre abandonada y de la familia, en general, urge dictar un "Código de Familia", y pautas de seguridad social.

- El Servicio Social juega papel trascendente en la corrección de factores educativos, higiénicos, económicos y morales, pero es cuestión básica que su tarea se desarrolle en un ambiente de justicia social.
- 2.—El Servicio Social en la protección del nacido realiza obra múltiple, impulsando a las madres y niños hacia los centres que les protegen. Tiene misión más honda en la trama social, solucionando todos los derechos del niño. Hay que concederle fundamental importancia en la inscripción de nacimientos, regularización de matrimonios, legitimaciones, corrección del abandono.
- 3.—Es necesario unificar las funciones que se relacionen con la familia. En el estado actual, los trámites que realiza el Servicio Social tropieza con dificultades por no existir amplia coordinación entre las distintas actividades sociales, que en una u otra forma rozan con los problemas familiares.
- 4.—El Servicio Social influye poderosamente para lograr oportunidades al niño, de vivir en el seno de una familia cuyo nivel de vida sea adecuado y que disfrute de situación económica estable.
- 5.—La colocación del niño en hogares sustitutos merece generalizarse, estudiando las posibilidades de obtener alguno de los tipos siguientes: a) En custodia; b) En guarda; c) Otorgando subsidio familiar por las instituciones protectoras de la infancia; d) Por adopción; e) En instituciones del Estado.
- 6.—Hay necesidad de modificar ciertas prescripciones legales acerca de la adopción, que figuran en el Código Civil vigente. La principal objeción es contra el Art. 326, inc. 1), que fija la edad del adoptante en cincuenta años, edad en la que el menor no tiene mucha garantía, además que contradice frecuentemente la realidad de la vida. Conviene introducir en la legislación peruana la disposición del Código uruguayo del Niño fijando la edad en treinta años para el adoptante, y una diferencia con el adoptado de dieciocho o veinte años.

El Servicio Social tiene en el problema de colocación de menores en hogares sustitutos un vasto campo de acción, que merece estudiarse a fondo, para adaptar la doctrina a la realidad peruana.

en refleje der er ihr falleberre

Aspecto genético-jurídico de la vagancia

Por el Dr. JORGE MOSCOSO BARRA

(Continuación)

REGIMEN ASEGURATIVO DE LA VAGANCIA

La vagancia es una manifestación del "estado pelígroso".

De la vagancia no emerge antijuridicidad, o sea contraposición entre la acción humana y el ordenamiento jurídico, imperativo o prohibitivo como la anota Ariosto Licurzi, por consiguiente no debe considerársela delito, sino "estado peligroso" que requiere medidas de seguridad.

Von Listz define las medidas de seguridad como todos aquellos medios por los cuales se trata de obtener la adaptación del individuo a la sociedad (medidas educadoras y correccionales) o la eliminación de los inadaptables a la sociedad (medidas de

protección o de seguridad en sentido estricto).

Emilio Zorcher al hacer la distinción entre las penas y las medidas de seguridad, dice "las medidas de seguridad, son las reglas que el juez impone cuando ha constatado la culpabilidad de un acusado responsable, tanto accesoriamente a la pena, tanto en lugar de ella, con el objeto de prevenir nuevos delitos".

Concurren a la defensa social, porque como dice Quintiliano Saldaña, "las medidas de seguridad extiéndense potencialmente a todos: delincuentes y honrados, adultos y menores, sanos y enfermos, no conocen en su aplicación, límite alguno relativo a las personas".

Las medidas de seguridad son el recurso preventivo de más alcance y precisión de que dispone el Estado para la defensa

social y se aplican a los vagabundos.

Si el vagabundo es individual y socialmente peligroso, contra el cual deben adoptarse garantías apropiadas de seguridad social, se comprende que sólo debe merecer medidas de seguridad.

Con este criterio el vago no debe recibir represión, penas de prisión, sino tratamiento reformador, en casas de trabajo previa sentencia de un tribunal especial que aplicaría la medida de seguridad tan sólo como defensa de la Sociedad.

LA VAGANCIA COMO PELIGRO DE POST-GUERRA

Dada la situación del Perú, como país de privilegio, es segura la invasión pacífica de gente extranjera, de diferentes nacionalidades, que en su mayoría serán ex-combatientes de la guerra actual, y es presumible que traerán consigo taras y ciertas psicosis y además carencia absoluta de recursos. Con su presencia dificultarán la actividad social del país, provocando un grave problema interno de desocupación y como consecuencia de vagancia, tal como sucedió en la ciudad de Buenos Aires con motivo de la conflagración de 1914 a 1918. Llegaron a esa Capital muchos extranjeros europeos y se agruparon 2,903 hombres en un campamento de desocupados, que irónicamente dieron en llamarle "Villa Esperanza" y no obstante la vigilancia de la policía de seguridad, se suscitaron difíciles problemas y muchas veces se produjeron innumerables hechos delictuosos, v para impedir la labor de la justicia y la fácil identificación, destruían sus documentos de identidad o los escondían, viéndose precisado el Estado argentino, de aplicar con rigor la Ley Nº 4144 de 23 de noviembre de 1902, que transcribimos, por considerarla como represiva a la vagancia, y que dice:

"Art. 1º.—El Poder Ejecutivo podrá ordenar la salida del territorio de la nación a todo extranjero que haya sido condenado o sea perseguido por los Tribunales extranjeros, por críme-

nes o por delitos comunes.

Art. 2°.—El P. E. podrá ordenar la salida de todo extranjero cuya conducta comprometa la seguridad nacional o perturbe el orden público.

Art. 3º.—El P. E. podrá impedir la entrada al territorio de la República a todo extranjero cuyos antecedentes autoricen a incluirlo entre aquellos a que se refieren los dos artículos anteriores.

Art. 4°.—El extranjero contra quien se haya decretado la expulsión de seguridad, tendrá tres días para salir del país, pudiendo el P. E. como medida de seguridad, ordenar su detención hasta el momento de su embarque.

Art. 5°.—Comuniquese, etc.

Como se ve por el tenor de esta ley, la Argentina procede con la mayor celeridad para salvar al país de esos elementos que ponen en peligro la tranquilidad social, pues es bien sabido que esas agrupaciones de individuos de conducta sospechosa, se transforma sucesivamente de una situación de desocupación en mendicidad, de ésta en vagancia y por último en delincuencia, que son los cuatro planos que llevan inevitablemente a la criminalidad y luego a la reincidencia.

La ley peruana de extraniería Nº 4145, también restringe el ingreso de extranjeros y da las normas para la expulsión de los perniciosos y en su art. 8º, ordena que la expulsión del país, de estos elementos, debe ser materia de una resolución expedida en Consejo de Ministros, con especificación de sus motivos. Esta disposición de garantía al derecho individual, las más de las veces, ha servido para que muchos extranjeros indeseables no hayan podido ser expulsados, en su debida oportunidad. Sería aconsejable la reforma de este artículo, procurando dar mayor brevedad a la tramitación de los expedientes, para expulsar del país a los elementos extranjeros indeseables, que por su falta de recursos estarían dentro de las restricciones de la ley de vagancia.

En el Primer Congreso Demográfico Interamericano, convocado por iniciativa de México y realizado en la Capital de esa República, se contempló, entre otros, el problema migratorio, que se agudizará en la post-guerra y que repercutirá posible-

mente, sobre el vagabundaje.

En una exposición que hizo el delegado peruano **Roberto**Mac Lean y Estenós, dijo: "Cálculos estadísticos consideran que 16 millones de personas han sido removidas de sus países o de sus habituales distritos o zonas de vida, por la furia persecutoria del racismo y por la actual guerra.

Se debe pensar que esas olas migratorias que nos arroje la crisis de post-guerra, no perturben el ritmo económico social de

los países americanos.

La fraternidad internacional en los procesos migratorios puede y debe conjugar, en el derecho de cada país para seleccionar a los inmigrantes, —claro está— no en cualidades raciales, sino de acuerdo con las posibilidades de su propio desarrollo económico, a fin de obtener los mejores rendimientos posibles en beneficio suyo y del Continente".

En el Congreso Panamericano de Criminalística, reunido en Santiago de Chile, del 29 de mayo al 2 de junio de 1944 también se contempló el problema de los extranjeros perniciosos que incrementan la vagancia y que por ello pueden constituír un serio problema para América en general y para el Perú, en

particular.

LEGISLACION PERUANA ACTUAL SOBRE VAGANCIA

La ley peruana de lucha contra la vagancia fué promulgada el 18 de enero de 1924 con el Nº 4891. Consta de 8 artículos y un Reglamento. Tiene como base la ley de 17 de enero de 1857.

El texto de la ley es el siguiente:

Art. 1°.—Vago es todo individuo que careciendo de bienes y rentas, no ejerce profesión, arte ni oficio; ni tiene empleo, destino, industria, ocupación lícita, ni otro medio legítimo ni conocido de subsistencia, o fingiendo tenerlos, carece de casa-habitación; o teniendo por suya, la perteneciente a distinta persona, vive de la tolerancia, complacencia, sugestión, tiranización o explotación de esta última.

Art. 2º.—La carencia de domicilio fijo y propio, es presunción de vagancia, aún cuando no concurran todas o algunas de las circunstancias enun-

ciadas en el artículo anterior.

Art. 3º.—Son también vagos:

l°.—Los condenados que después de cumplida su condena y habiendo tenido por accesoria la pena de sujeción a la vigilancia de la autoridad, no se presenten ante ésta en los días y en los plazos que para hacerlo se le determinen.

2°.—Los extranjeros expulsados que vuelven al territorio sin per-

miso.

3°.—Los que viajan sin recursos.

4°.—Los que agencian, fomentan y explotan la prostitución profe-

sional.

5°.—Los que mendigan sin sufrir de invalidez; o inducen a otra persona a mendigar, para aprovechar del todo o de alguna parte de los rendimientos de esta industria; o descuidan de prohibir esta última a individuos que se hallan bajo su patria potestad, tutela, patronato, dependencia y vigilancia.

6º.—Quienes se entregan al juego, a la bebida o al ocio, en forma tal que ya no les sea posible satisfacer sus propias necesidades, ni menos las de aquellos a cuyo sostenimiento encuéntranse obligados, sin ocurrir a extraña ayuda, fuere privada, religioso-conventual o de beneficencia.

7º.—Las mujeres, que siendo meretrices de profesión, se sustraen de figurar en los padrones del caso, y burlan las prescripciones de los reglamentos de policía, defensivos de la salud, de la higiene y del decoro públicos; y

8°.—Los que por fuerza y sin alegación de justa causa, rehuyen su participación en los trabajos que las autoridades requieran de ellos; con-

forme a la ley, para bien y salud comunes.

Art. 4º.—La vagancia se considerará circunstancia agravante en la punición de los delincuentes, correspondiendo al buen juicio de los magistrados, tomar en consideración las circunstancias personales de aquéllos, así como la naturaleza y los efectos del delito.

Art. 5°.—Los vagos a que se contrae el art. 1°, serán castigados por tal Policía con arresto de sesenta días máximo y 30 días mínimum, durante los cuales serán ocupados en alguna obra pública. Una vez cumplida la reclusión, serán expulsados del territorio, con un auxilio en dinero equivalente al jornal ganado en la prestación de los indicados servicios o trabajos públicos.

Art. 6°.—Los vagos a que se refiere el art. 2°, serán expulsados del territorio u ocupados, si así lo prefieren, en un año de trabajo, durante el cual serán mantenidos con el producto de este último. Los expulsados que volvieren, serán necesaria e indefectiblemente, castigados con un año de labor. Los que cumplido ese año, reincidieren en la vagancia, serán castigados con dos años de trabajo; y así sucesivamente, hasta cinco años, máximo.

Art. 7°.—Los rematados que después de cumplir una condena judicial de reclusión o de cárcel, no tomaren ocupación notoria en el semestre subsiguiente a la fecha de su salida, pasarán sin más trámite, a llenar el año

de labor prescrito en el inc. 6º de esta ley.

Art. 8°.—Ningún vago, extranjero o nacional, así como ningún extranjero calificado de pernicioso por las autoridades de policía, podrá utilizar en su favor el recurso de habeas-corpus, contra los arrestos, expulsiones o trabajo, que respecto de ellos, decretaren las autoridades de policía".

Esta ley ha recibido duras críticas, pues califica de vagos a una serie de sujetos que están comprendidos dentro del Código Penal.

La calificación de la vagancia es defectuosa y la aplicación de la pena crea un nuevo fuero, ya que el Poder Judicial es el único que debe aplicar las penas, administrando justicia, como lo dispone la Constitución.

(Continuará)

Noticias

PRIMERA CONVENCION MEDICA PERUANA.—La Convención médica peruana, se realizó en Lima en los días 22 al 28 de junio de 1947.

Los temas desarrollados fueron los siguientes: 1º) Problemas económico-sociales del médico; 2º) Enseñanza de la medicina; 3º) Bases de organización médica en el país; y 4º) Problemas de Salud Pública generales, regionales y locales.

Las conclusiones y recomendaciones que formuló fueron las que siguen:

PROBLEMAS ECONOMICO-SOCIALES DEL MEDICO

- l°.—Es urgente formular una ley de ejercicio profesional y de previsión social para los médicos.
- 2º.—Al interpretarse las disposiciones legales sobre incompatibilidad de empleos o al expedirse nuevas leyes o resoluciones al respecto, sólo debe tomarse como única incompatibilidad la del horario de trabajo.
 - 3.—Mientras subsistan las actuales condiciones de falta de personal especializado y baja remuneración por servicios médicos, debe procurarse dar solución legal del haber fraccionado en diferentes funciones públicas, considerando como un solo haber el recibido por trabajo a tiempo parcial en diferentes reparticiones del Estado o en instituciones oficializadas.
 - 4.—Mientras no se expida la ley a que se refiere la primera conclu}sión, es conveniente que el Ministerio de Salud Pública tenga autoridad para garantizar la estabilidad en los cargos públicos de carácter médico, impidiendo la interferencia de influencias extrañas a la propia función médica.
 - 5.—Debe ampliarse el campo de aplicación de la Mutualista Sanitaria a todos los médicos que prestan sus servicios en las diversas dependencias del Estado, Caja Nacional del Seguro Social, Sociedades de Beneficencia Pública, Municipalidades y compañías fiscalizadas; y debe estudiarse su aplicación para favorecer a los médicos al servicio de entidades privadas y a los de práctica libre.
 - 6.—Debe procurarse la nivelación en escala compatible con la dignidad de la función y las necesidades vitales, de los haberes de los médicos funcionarios de las distintas reparticiones del Estado.
 - 7.—Debe exigirse la aplicación de los beneficios que acuerdan las leyes a los empleados particulares, a todos los médicos que trabajan al servício de empresas comerciales o industriales.
 - 8.—Debe considerarse un tipo mínimo de remuneración, no inferior a 2,000 soles mensuales, a los médicos que por la función de su empleo deben vivir en grandes altitudes, campamentos alejados de las condiciones normales de vida, en la selva, en las minas y en los lugares en que su organismo esté sometido a la influencia de factores no compatibles con las normas comunes de la vida humana.

- 9.—La ley de previsión social para los médicos, debe considerar especialmente la condición de riesgo profesional.
- 10.—Debe obligarse a las empresas industriales o comerciales que tengan a su servicio médicos peruanos y extranjeros, igual trato y, a igual calidad de trabajo, igual remuneración para unos y otros.
- ll.—Debe estudiarse un sistema de aplicación de la ley del impuesto a las utilidades profesionales que reemplace al actual que es irregular y dañoso para los médicos.

ENSEÑANZA MEDICA EN EL PERU

- l.—La Facultad de Medicina de Lima, tiene una tradición de dignidad y trabajo que honra a la Nación.
- 2.—La enseñanza de la medicina, en el Perú, atraviesa actualmente por una crisis que altera su eficiencia.
- 3.—Es urgente ampliar los recursos para la docencia en forma capaz de coordinar la capacidad con el número de alumnos, para dar preparación a los médicos en calidad y cantidad, necesarias para satisfacer las necesidades médico-sanitarias del país.
- 4.—La creación de nuevas escuelas de medicina, puede contribuir a resolver el problema de la enseñanza médica en el Perú, si éstas ce constituyen con los recursos económicos capaces de garantizar personal docente de alta calidad, técnica administrativa, laboratorios y clínicas en volumen y con equipo suficiente; si se reorganiza la enseñanza pre-médica, y se constituyen con el concepto fundamental de preparar médicos de calidad y no en cantidad.
- 5.—La enseñanza médica en el Perú debe incluir, la enseñanza premédica y los estudios deben comprender ciclos diferenciados de pre-clínica, revisión de especialidades e internado. Deben haber secciones especiales para la preparación de médicos de Sanidad. Debe organizarse la enseñanza especializada de post-graduados.
- 6.—Como uno de los medios capaces de aliviar la situación de hecho planteada por el exceso de alumnos dentro de la Facultad de Medicina, deben ampliarse los locales, acelerarse la construcción de los nuevos edificios lo más cerca posible de los hospitales existentes y transformarse, estos, en hospitales mixtos.

PROBLEMAS GENERALES Y REGIONALES DE SALUD PUBLICA

- 1.—La situación sanitaria y asistencial de la República es deficiente. Para mejorarla es indispensable la acción del Estado con todos sus medios y del capital privado, con la cooperación de todas las organizaciones humanas del país.
- 2.—El Consejo Consultivo de Salud Pública, debe funcionar con el objeto de incitar, canalizar y coordinar la colaboración de todas las entidades capaces de hacer posible un plan integral de Salud Pública.
- 3.—Las instituciones médicas regionales, departamentales, provinciales y locales y las entidades técnicas especializadas, deben incluir como parte fundamental de sus programas de trabajo, la colaboración al conocimiento por el Estado, de la realidad sanitaria y asistencial en el país.

- 4.—La acción Sanitaria no ha llegado aún, en forma sensible a la población rural del Perú, cuya proporción es considerable. Urge la creación de organismos dedicados a su especial estudio.
- 5.—Es necesario elevar el presupuesto para la defensa de la Salud Pública, dentro del Presupuesto General de la República, a volumen semejante del de los Ministerios de Defensa.
- 6.—Es necesario organizar e intensificar la campaña de educación Sanitaria.
- 7.—Una de las medidas más urgentes en orden a realizar campaña sanitaria es de preparación de personal auxiliar, en número y calidad su'iciente y con preparación adecuada para el trabajo en las distintas condiciones geográficas de la República.
- 8.—Conviene experimentar el funcionamiento de organizaciones de defensa de la salud, en las regiones, departamentos, distritos, parcialidades y ayllos, integradas por autoridades políticas, civiles, municipalidades, mílitares y vecinos, indispensablemente colocados bajo la orientación técnica del médico local o de las instituciones médicas establecidas en la región o lugar. Dentro de este trabajo puede emplearse personal auxiliar autóctono, en cuanto fuera posible, eligiéndolo entre los de mayor ascendiente en su propio grupo (ejemplo de los varayocks).
- 9.—Los servicios hospitalarios, en la mayor parte del territorio nacional están en estado deplorable. Conviene llevar a cabo y ejecutar, urgentemente, el plan de construcciones hospitalarias.
- 10.—Conviene la coordinación de los servicios asistenciales en la República bajo un régimen administrativo uniforme.
- 11.—Conviene unificar y coordinar los procedimientos de prevención y asistencia de las enfermedades endémo-epidémicas y las llamadas sociales, tales como tuberculosis, venéreas, malaria, lepra, peste, en forma de hacer campañas con efectivo carácter nacional.
- 12.—Que la ejecución de las leyes 10628 y 10629, por parte del Supremo Gobierno, permitirá incrementar el número de centros de asistencia en la República.
- 13.—Que en el plan de construcciones hospitalarias debe considerarse la necesidad de crear establecimientos para enfermos crónicos y centros de convalescencia y recuperación.
- 14.—Que debe reconocerse oficialmente el derecho de las asociaciones de médicos de hospitales a intervenir en la organización y en la vigilancia del funcionamiento de sus respectivos establecimientos.
- 15.—Que es necesaria una nueva ley que regule el funcionamiento de las Sociedades de Beneficencia Pública, revisando la organización asistencial.
 - 16.—Que debe formularse el Reglamento General de Hospitales.

RECOMENDACIONES

1.—Que se lleve a cabo la construcción del nuevo Hospital Militar en la Capital de la República, que se mejore la condición de los que existen fuera de la Capital y que se coordine la atención a los militares en los hospitales de asistencia civil, en los lugares en que aquellos no tengan asistencia especial.

- Que en la red de hospitales que tiene proyectada el Ministerio de Salud Pública, se incorporen servicios destinados a la asistencia maternoinfantil.
- 3.—Que las leyes, decretos y resoluciones, expedidos o por expedirse a favor de los miembros de un Instituto armado se hagan extensivos a los miembros de los otros institutos.
- 4.—Que las Direcciones de Sanidad de los institutos armados tengan autonomía técnica y económica.
- 5.—Que al computar el tiempo de servicios de los médicos funcionarios del Estado se reconozca el tiempo de preparación profesional.
- 6.—Que por las posibilidades inmediatas y por el clamoroso estado del Hospital de Huancayo, se acelere la construcción del nuevo Hospital de esa localidad, que por su ubicación servirá para atender a los enfermos de una considerable zona geográfica.
- 7.—Que se dé carácter de obligatoriedad al examen psico-físico funcional de los deportistas y que se amplíen, de acuerdo a las Resoluciones vigentos, los servicios médico-deportivos.
- 8.—Que las entidades dirigentes y las promotoras del Deporte, sean obligadas a pagar honorarios por prestaciones profesionales.
- 9.—Que la Asociación Peruana de Médicos del Deporte, sea considerada como la entidad orientadora y consultiva para la organización de los servicios preventivos y asistenciales del deporte.
- 10.—Que como medida de urgencia en la campaña antituberculosa, se extienda la red dispensarial y se provea de más camas a los servicios especiales en la República. Que se aumente el fondo de ayuda social de que dispone el Departamento de lucha antituberculosa.
- 11.—Que se creen centros de readaptación para los enfermos recuperados.
- 12.—Que se reorganice en el organismo central de la Caja Nacional del Seguro Social, el Departamento médico, con miras a cumplir más ampliamente la función asistencial y a organizar la preventiva.
- 13.—Que los médicos al servicio de la Caja Nacional del Seguro Social se organicen al tipo de las instituciones médicas funcionales.
- 14.—Que se organice la preparación de personal administrativo para la función hospitalaria, tanto en las dependencias del Seguro Social, como en las de todas las entidades propietarias de hospitales.
- 15.—Que en los lugares en donde haya serviciós asistenciales del Seguro Social y no de otras entidades para no asegurados, se establezca una sección o proporción de consultas externas y camas para los últimos.
- 16.—Que se considere condición de riesgo permanente la de los tisiólogos, radiólogos y todos los que trabajan exclusivamente en labores similares, para los efectos de goces y bonificación en los haberes.
- 17.—Que mientras no sea organizada regularmente la asistencia de los médicos sanitarios a cursos periódicos de refresco o perfeccionamiento, sean destacados por períodos cortos en los centros de asistencia especializada y especialmente en los servicios del Hospital del Niño y Servicio Nacional de protección materno-infantil.
- 18.—Que se adopte la "Carta de la familia peruana" aprobada en el Primer Congreso Nacional de protección a la infancia.

- 19.—Que mientras exista el cargo de médico titular, se le dignifique dándole autoridad y eximiéndole de funciones que pueden ser realizadas por otros servicios médicos, tal como la obligación de revisar contingentes de sangre y la de realizar funciones de médico-legista.
- 20.—Que se cree una sección de información bibliográfica para los médicos sanitarios, facilitándoles los medios de adquirir los libros y, en general, la literatura médica que soliciten.
- 21.—Que en los casos en que el médico títular aún deba ejercer funciones de legista, se le proporcione medios de transporte, viáticos y elementos de trabajo y que se cumpla el Decreto Supremo del 9 de noviembre de 1940, que obliga al Juez a concurrir a las diligencias que practíque el médico y suscribir el acta respectíva. Que se elimíne a los empíricos de la función de peritaje médico-legal.
- 22.—Que se reconozca a los médicos el derecho de cobrar honorarios a las Compañías de Seguros, cuando atienden a pacientes asegurados que, por circunstancias de emergencia, sean atendidos en los Hospitales del Estado y de la Beneficencia.
- 23.—Que se establezca una tarifa de honorarios por exámenes médicos a asegurados, en forma proporcional al riesgo del asegurado.
- 24.—Que en los lugares en que no existen servicios médicos de Beneficencia ni municipales, el médico sea incorporado como miembro nato del Municipio, para los efectos de organizar y dirigir los trabajos de saneamiento.
- 25.—Que mientras se organice el servicio de Sanidad Rural, se inicie una campaña a base de equipos móviles en las regiones del Perú de más densidad de población rural.
- 26.—Que se intensifique la campaña contra el ejercicio ilícito de la profesión y el curanderismo, obligando a las autoridades a aplicar las sanciones que la ley establece.
- 27.—Que al ampliar los servicios asistenciales en la Capital, se considere la gran proporción de pobladores de los distritos del Sur, de San Isidro a Chorrillos, con sus ambientes rurales, como los más alejados de los servicios en actual función.
- 28.—Que dentro del plan de especializaciones que debe organizar la Facultad de Medicina, se estudie la posibilidad de incorporar capítulos especiales para la Medicina del deporte.

RESOLUCION FINAL

La Primera Convención médica peruana acordó, por unanimidad, dejar constituída la Federación médica peruana, como la entidad representativa de todos los médicos de la República, que estará constituída por un Comité Ejecutivo Provisional y por la totalidad de las instituciones representadas a través de sus delegados acreditados ante la Convención.

El Comité Ejecutivo tendrá mandato por un año y estará encargado de preparar la organización definitiva de la entidad.

El mismo Comité está encargado de comunicar los acuerdos de la Convención y gestionar su ejecución.

INDICE DE MATERIAS

	Pág.
Aspectos genético-jurídicos sobre vagancia	Control of the Contro
Bibliografía	93-175 153
Conceptos jurídico-penales de carácter sexual	59 128
Delincuentes sexuales.—Clasificación de los	25 97-168
Lima Determinación de la úrea sanguínea por nesslerización di- recta	104-138 201
Enseñanza y ejercicio de la profesión farmacéutica en Chile 87. Etiología de la delincuencia sexual	8
Histerectomía subtotal en las lesiones uterinas no malignas	73
Inmigración, problema médico-social del Perú	3- 33
Noticias	7-151-218 24
Preludio histórico de la nueva penicilinoterapia Prensa médica española	101 173-197
Suicidio.—Consideraciones sobre el	14- 42 33- 53 64

INDICE DE AUTORES

	Pág.
Bello Eduardo	73 87-108-112-132-143-153
Carlín Pedro B	104-138
Fuentes Juan	104-138
Kuon Cabello Guillermo	206
Marroquín José Moscoso Barra Jorge Martí Ibáñez F. Mata Manuel	49-80-164-214
Portillo Humberto	3 -33
Quiroga Quiñones Luís	
Rado Arturo	121-159-189
Tarazona V. Manuel	
Valdizán Hermilio	



Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Universidad del Peris Disama de América.