

Apartado de la Revista Chilena  
de Higiene y Medicina Preventiva  
Vol. IV. Págs. 241-252

---

1941

ORIENTACIONES MODERNAS

DE LA

SALUBRIDAD

POR EL

DR. LEWIS W. HACKETT



IMP. UNIVERSO, S. A.  
Santiago de Chile

---

1942

Apartado de la Revista Chilena  
de Higiene y Medicina Preventiva  
Vol. IV. Págs. 241-252

---

1941

**O R I E N T A C I O N E S   M O D E R N A S**

DE LA

**S A L U B R I D A D**

POR EL

DR. LEWIS W. HACKETT (\*)

---

(\*) Director Regional de la Fundación Rockefeller para la región andina  
y de Río de la Plata.

## ORIENTACIONES MODERNAS DE LA SALUBRIDAD (\*)

*Señor Decano de la Facultad de Medicina, señor Director General de Sanidad, señoras, señores:*

Esta es una ocasión memorable para mí. Es mi primera conferencia en lengua española. Habría preferido iniciarme en circunstancias más modestas y ante un auditorio menos imponente. Sin embargo, estoy muy agradecido al distinguido señor Decano y al señor Director General de Sanidad, que me han procurado esta oportunidad inusitada para dirigirme a los médicos de Santiago y a otras personas que se interesan en las orientaciones modernas de la salubridad y en su posible aplicación a este país.

La historia completa de la salubridad, como profesión, es breve. Se ha desarrollado íntegramente durante los últimos 25 años, que son también el período de mi vida profesional activa. Cuando me gradué en la Universidad de Harvard, había pocos funcionarios en la salubridad de Estados Unidos que tuvieran preparación especializada. A cualquier médico se le suponía capaz de asumir las obligaciones de funcionario sanitario, que consistían, en esencia, en la cuarentena de los sospechosos de sufrir una enfermedad contagiosa. Los consejos locales de salubridad estaban habitualmente compuestos por un médico, un sacerdote, un empresario de pompas fúnebres y un gasfiter. Como en el Estado de Connecticut, ocurría a menudo que la autoridad sanitaria fuera un abogado, porque se estimaba que el mantenimiento de la salubridad se basaba en una buena ley y en un Código Sanitario que requerían ser pues-

---

(\*) Conferencia leída por el Dr. Lewis W. Hackett, de la Fundación Rockefeller, en el Salón de Honor de la Universidad de Chile, el 17 de diciembre de 1941.

tos en acción aun recurriendo a la fuerza pública. Naturalmente, era un abogado la persona adecuada para este objeto. Por fortuna la antigua idea de que el Departamento de Salubridad es una organización burocrática con un libro de reglamentos como director ha desaparecido de la salubridad, aun cuando me parece observar que todavía persiste en algunas otras actividades de gobierno.

La creencia de que cualquier médico es *ipso-facto* un técnico sanitario, no ha desaparecido con tanta facilidad. Los Directores de Salubridad, en muchos países de este hemisferio, son cirujanos activos o médicos clínicos que sólo disponen de una o dos horas del día para dedicarlas a sus obligaciones oficiales. Este tiempo lo ocupan, principalmente, en alternar con Diputados y Senadores y firmar enormes montones de documentos. Imagino a menudo esta organización burocrática como un enorme ovario, en el cual los documentos se desarrollan como huevos, y, cuando están maduros, son fertilizados por un golpe de la pluma del Director, como los huevos de la abeja que pasan por la espermatoteca de la reina. Pero el significado de esta documentación o determinar si este tipo de actividad ejecutiva disminuye la mortalidad no interesa a nadie.

Compruebo con satisfacción que el Departamento Sanitario de Chile no pertenece a esta categoría. Por eso es que puedo hablar libremente de un tema que sería espinoso en otras partes.

En verdad, el médico y el funcionario sanitario pertenecen a diferentes profesiones y tienen puntos de vista diferentes. Uno piensa en la curación y otro en la prevención; uno, en el individuo y el otro, en el grupo o colectividad. El clínico trata de salvar el caso de tifoidea; el médico sanitario busca cuál fué la fuente de origen y la vía de transmisión. Aun en enfermedades venéreas, que son siempre citadas como ejemplo de un campo en el cual el tratamiento y la prevención se confunden, el venereólogo a menudo no tiene la autoridad o el tiempo para investigar las fuentes de infección y el funcionario de sanidad concienzudo no tiene interés en medicina curativa. Si su salario le basta para vivir y si su cargo está a cubierto de cambios políticos repentinos, si puede dedicar todo su tiempo a las oportunidades potencialmente ilimitadas del servicio público, abandonará con gusto toda tentativa de conservar su eficiencia en dos campos distintos y complejos de la actividad médica. Abrazará la profesión de sanitario y dejará atrás sus afanes clínicos. Un médico de conciencia no pretende hoy ser, a la vez, internista y cirujano o ejercer dos especialidades al mismo tiempo. Menos aun puede tener éxito como clínico y como sanitario, puesto que la

salubridad no es una rama de la medicina clínica, sino una vocación enteramente distinta. Por eso es que en Estados Unidos no tenemos ahora cursos de salubridad en nuestras escuelas de medicina, sino facultades de salubridad en las universidades. Aun los profesores de especialidad clínica, tales como pediatría, enfermedades venéreas, tuberculosis y otras, no son necesariamente las personas adecuadas para enseñar a estudiantes de salubridad la prevención de enfermedades y la conservación de la salud. La salubridad ha entrado en una fase positiva y estamos no sólo tratando de prevenir las enfermedades, sino que estamos también empeñados en conservar y fomentar la salud de una colectividad entera y no sólo de los individuos que la componen. En el futuro los médicos deberán ser higienistas o clínicos, porque no podrán ser ambas cosas con éxito y eficacia. Pero así como el funcionario sanitario ha recibido preparación médica y comprende los puntos de vista clínicos, así mismo el médico práctico debe recibir en las escuelas médicas nociones de medicina preventiva, que lo capaciten para colaborar con la autoridad sanitaria, tanto en la declaración de enfermedades como en su capacidad de agente sanitario, frente a las familias a que atiende. El país en el cual esta cooperación es más eficiente es, probablemente, Holanda y los resultados se evidencian en las cifras de mortalidad general que han sido, desde hace años, menores de 10‰.

Es obvio que la evolución del médico sanitario, desde el amateur de hace 30 años hasta el profesional altamente especializado de hoy, ha sido impulsada por el crecimiento rápido, en importancia y complejidad, de los programas mismos de salubridad. En un principio la atención estaba enteramente enfocada en las epidemias. El Departamento de Salubridad era exactamente como una compañía de bomberos: compuesta de amateurs que en la vida diaria ejercen otras profesiones y que están listos a dominar conflagraciones, pero que permanecen inactivos la mayor parte del tiempo. Hoy sabemos que el hombre mismo es el reservorio de la mayor parte de las enfermedades infecciosas y la atención se ha desplazado desde el ambiente hacia el portador. Hace años toda desinfección terminal de casas — todo desinfectorio, como lo llaman ustedes— fué abolida en Estados Unidos, con considerable economía de presupuesto y mejora en la declaración de enfermedades, sin que hubiera aumento alguno de las enfermedades infecciosas. Ahora exigimos que se nos proteja de los vivos y no de los muertos y esto ha alterado las técnicas de salubridad. Ha conducido al aislamiento del hombre enfermo en su propia cama y a la desinfección concurrente de sus secrecio-

nes y excreciones. Ha conducido a esforzarse por obtener un diagnóstico precoz, por aumentar las facilidades de laboratorios gratuitos y por educar a la familia y a su médico en las técnicas de un vivir saludable, a la vez que en la utilización oportuna de los recursos sanitarios.

Hay más todavía. A medida que las enfermedades transmisibles se hacían menos importantes, el servicio sanitario asumía un papel más positivo y comenzaba a fomentar la salud, a la vez que protegerla. En Canadá y Estados Unidos, las enfermedades no infecciosas son hoy más importantes que las infecciosas. Si recuerdo bien, en Toronto, ciudad industrial de un millón de habitantes, todas las enfermedades transmisibles en conjunto, excluyendo las venéreas, ocuparon el año último el décimo cuarto lugar en la lista de causas de muerte. Por primera vez no se declararon casos de difteria ni de tifoidea; la tuberculosis tuvo una mortalidad de 300|000, y la neumonía declina rápidamente. A la cabeza de la lista figuran el cáncer, las cardiopatías, etc. Estas son enfermedades características de las edades tardías. En Canadá las gentes viven más largamente. En Norteamérica la expectativa de vida del recién nacido es hoy de más de 60 años. Las deficiencias nutritivas y la apendicitis son las enfermedades infantiles que más preocupan ahora a las autoridades sanitarias. Estos problemas han existido siempre, pero estaban ocultos por necesidades más urgentes.

Aludo a este desplazamiento de incidencia desde las enfermedades transmisibles a las degenerativas en Norteamérica, porque ha sido ocasionada por la modernización de los procedimientos sanitarios. Y la clave de este procedimiento es la proyección de las actividades del Departamento Sanitario desde el centro de salud y el dispensario hacia el hogar. Los agentes de la educación sanitaria y de la prevención de enfermedades van hasta la familia antes de que ésta llame y aún de que perciba la necesidad de sus servicios. Estos agentes son las enfermeras sanitarias, las "educadoras de higiene", como las llaman en Brasil.

Son amigas de la familia; la visitan regularmente y conocen a cada uno de sus miembros. Educan a la joven madre; le enseñan los hábitos caseros de salud y aseo; sorprenden los primeros indicios de anormalidad y saben cómo obtener un diagnóstico oportuno y una atención rápida por medio del Departamento de Salubridad. Están más que defendiendo, están contraatacando los ejércitos de enfermedades. El enemigo ha perdido la iniciativa y ésta está ahora en manos del frente nuestro.

Estimo que la primera tarea y el deber más importante

del Departamento de Salubridad chilena es descargar al público, a las organizaciones de seguro, a los hospitales y a la Beneficencia —en una palabra, al Fisco y a la colectividad— del peso enorme e intolerable de las enfermedades transmisibles. Pasando revista en mi mente a las experiencias de muchos países donde nosotros, como representantes de la Fundación Rockefeller, hemos vivido y trabajado —no sólo las naciones ricas y poderosas, sino también aquellas cuyos problemas y recursos se asemejan más a los de Chile, vale decir Hungría, Yugoslavia, Grecia, Portugal—, tengo la convicción de que estos problemas sólo pueden ser resueltos en el hogar y en la familia, por mujeres jóvenes con gran carácter y educación adecuada, con devoción y la preparación profesional de enfermera sanitaria. Sólo la formación médica elemental de una enfermera capacitada puede abordar los problemas domésticos de fomento de la salud y de prevención de enfermedades. La Visitadora Social es la intermediaria entre la familia y las instituciones estatales de protección, beneficencia, seguro y previsión. En cambio, la enfermera sanitaria es el único puente posible entre la familia y el Servicio Nacional de Salubridad.

En un principio las enfermeras sanitarias eran muy especializadas, tanto en su formación como en sus actividades. Los servicios de madre y niño, de enfermedades transmisibles, de nutrición, de tuberculosis, enfermedades venéreas y aún los hospitales de cáncer, tenían cada uno su propia legión de enfermeras domiciliarias, ordinariamente escasas en número y deficientes en educación y destreza. Varias personas visitaban a la misma familia y a menudo impartían instrucciones contradictorias. Una enfermera, con un objetivo específico, recorría largas distancias y servía grandes extensiones, de manera que sus visitas no se realizaban regularmente a todas las familias, sino que eran espaciadas, y sólo beneficiaban a aquellas familias que se sabían necesitadas de ayuda o vigilancia. De ordinario la enfermera era desconocida para la mayoría de las gentes de su distrito, aun en el supuesto de que sus visitas se circunscribieran a un distrito de la ciudad. Cinco enfermeras especializadas en cinco problemas diferentes tenían que cubrir, todas ellas, el mismo territorio, en tanto que si cada una de ellas pudiera manejar las diferentes fases de la acción sanitaria, podría concentrar sus esfuerzos en un quinto de las familias. La enfermera generalizada puede hacer todo esto. No es un médico. Es una profesora capacitada para reconocer (no para diagnosticar) condiciones anormales, llamar la atención de la familia, orien-

tarla hacia los organismos de prevención y de control. La enfermera sanitaria universal ofrece menos riesgos que la especializada de usurpar cualquiera de las prerrogativas del médico. La enfermera sanitaria no actúa por sí sola: pertenece a una gran organización, es guiada por sus propios jefes y por los funcionarios sanitarios, en tanto que está respaldada por todas las instituciones curativas y preventivas de la colectividad. Por otra parte, el Departamento Administrativo Central de la Salubridad y los otros organismos de asistencia médica no tienen ya sus empleados propios en contacto con el público. Hay una sola enfermera sanitaria en cada distrito, y todas las actuaciones domiciliarias son realizadas a través de ella. Su distrito debe ser suficientemente pequeño como para que le permita entrar en relación efectiva con todas las familias que necesiten ayuda. Una enfermera puede visitar de 500 a 1.000 familias, según el número de sus miembros, la densidad y las condiciones sociales y económicas.

La enfermera sanitaria no puede, naturalmente, recibir órdenes de una docena de autoridades diferentes. Esto conduciría a una situación imposible. Su programa quedaría despojado de perspectiva y de armonía y se vería envuelta en conflictos y confusión perpetuos. No es ella la persona llamada a decidir cómo distribuir su tiempo y sus esfuerzos ni tampoco lo son los especialistas encargados de las diferentes secciones de tuberculosis, madre y niño, epidemiología, etc. Cada uno de ellos querría absorber todo el tiempo de la enfermera y ésta no complacería a ninguno de sus Jefes.

Su programa debe ser objetivamente coordinado por una persona con formación integral en métodos sanitarios y administración. Este es el Jefe local de Sanidad, o sea, el jefe de la unidad sanitaria. Este funcionario no es un especialista, pero sí entiende todos los procedimientos modernos de salubridad y tiene especialistas que lo guían. Dedicado todo su tiempo a tratar de resolver los problemas de su colectividad y la población a su cargo debe estar limitada al número que puede atender con eficiencia. Según las circunstancias locales, un Jefe de unidad sanitaria puede atender de 50 a 100 mil personas en una ciudad, y 25 mil en un territorio rural, con población diseminada. Tendrá de 10 a 20 enfermeras sanitarias bajo sus órdenes, y a ellas transmitirá, por intermedio de la inspectora de las enfermeras, los detalles del programa de enfermería sanitaria que está condicionado por el programa general de salubridad. Será un hombre muy ocupado, porque tendrá la responsabilidad de ejecutar los programas sanitarios de las distintas secciones especiales existentes en el servicio cen-



tral de salubridad: los programas de saneamiento, de tuberculosis, de venéreas, de epidemiología y de control, y educación, etc., para cuyo fin tiene inspectores y auxiliares.

A su vez, él tendrá que estar protegido de los especialistas que están por encima de él en el Estado Mayor del Departamento, cada uno de los cuales querrá que la unidad sanitaria dedique el máximo de tiempo al campo de interés que él cultiva. Es costumbre tener un Director de Unidades Sanitarias en el Departamento Central de Salubridad que ha sido, él mismo, Jefe de unidad y que está encargado de coordinar los programas de las distintas unidades, a igual que el Jefe local de Sanidad coordina las actividades de las enfermeras sanitarias.

Es también costumbre que las enfermeras tengan representación en la Dirección General en forma de una directora de la sección de enfermería sanitaria del país, que es enfermera sanitaria. Ella dirige el trabajo de las enfermeras y actúa como Consejero de las escuelas de enfermería en materia de método y programas de enseñanza, ayuda a las enfermeras que buscan ocupación y observa el panorama general de la enfermera sanitaria.

La innovación más importante es la de que los programas de las distintas secciones del Departamento Nacional de Salubridad son todos coordinados y aplicados en cada distrito, por intermedio de una persona entrenada, que dedica todo su tiempo a este trabajo y limita sus esfuerzos a un grupo relativamente pequeño de gentes. Este grupo de gentes y este distrito constituyen una unidad sanitaria. Los respectivos Jefes de las secciones lo ayudan y lo guían, pero no crean agencias especializadas e independientes en contacto con el público. En cada unidad sanitaria hay una sola agencia de salubridad y el personal está bajo la dirección de un Jefe único. Este adapta su programa a las necesidades de su colectividad y a los recursos de su presupuesto. Este sistema ha introducido orden y eficiencia, perspectiva y economía en la acción moderna de la salubridad. Evita el doble esfuerzo y previene en alto grado los conflictos de autoridades y procedimientos. Esta ha sido pues la evolución de las unidades sanitarias de operación que están en contacto con el público y que obtienen resultados efectivos. Cada una de ellas sirve un área y una población circunscrita, y eventualmente todo el país puede quedar dividido en unidades semejantes, de modo tal, que cada ciudadano, urbano y rural, recibe los beneficios de la protección y el consejo en materia de salubridad. Así ha ocurrido no sólo en Estados Unidos, sino en una gran parte de Europa, que incluye los

países más pobres y más avanzados... Está ahora en rápido progreso en muchos países de Centro y Sud-América que comprenden a México, Cuba y Sao Paulo y otros Estados del Brasil. En Uruguay, la Fundación Rockefeller ya ha iniciado un programa parecido de colaboración, y algo semejante está proyectando en Santa Fe, una de las provincias más progresistas de la Argentina.

Esta división, en unidades sanitarias, ha introducido algunos conceptos nuevos en el campo tradicional de la salubridad. De acuerdo con el programa en cuestión, un Jefe de Salubridad concienzudo no tiene tiempo alguno para ninguna otra actividad profesional que no sea su trabajo sanitario. Necesita además la plena cooperación de los médicos de su distrito, y esto sólo se consigue si no entra en competencia profesional con ellos. Finalmente, como ya hemos subrayado, la medicina clínica y la salubridad se han convertido en profesiones distintas y de tanta complejidad, que un mismo hombre no puede dominarlas ambas con eficiencia. Pero, por cuanto un funcionario sanitario no puede volver a la medicina práctica, debe recibir un salario adecuado y suficiente para mantener su familia y su nivel profesional, y suficiente también como para que atraiga a profesionales inteligentes y capaces. Un médico que abandona la práctica profesional, confía en que el Estado le seguirá empleando mientras preste servicios honrados y eficientes. Las leyes deberían establecer calificaciones técnicas muy severas para estos cargos: un funcionario sanitario debería tener un diploma especial de la Universidad, y, en su oportunidad, el Director General de Sanidad debe ser elegido entre los funcionarios sanitarios, como ocurre en el Servicio Nacional de Salubridad de los Estados Unidos. Es cierto que el Presidente de los Estados Unidos o el Gobernador de un Estado puede despedir a un Jefe Sanitario o al Director de Salubridad, pero debe reemplazarlo por otro hombre con iguales calificaciones. No puede nombrar a su médico personal o uno de sus aliados políticos.

El Jefe de unidad sanitaria, como ya dije, es guiado por los especialistas que dirigen las distintas secciones del Departamento de Salubridad. Estas secciones pueden ser pocas o muchas, pero representan los cinco grandes campos en los cuales el esfuerzo sanitario está ordinariamente repartido. Ellos son:

- 1) Saneamiento, cuyo objetivo es procurar agua potable, alimento (especialmente leche), alcantarillas, condiciones adecuadas de ambiente en el hogar, las instituciones y las industrias.

- 2) Salud infantil; que considera a niños de todas las edades, desde la concepción hasta el final de la educación secundaria.
- 3) Enfermedades transmisibles con epidemiología y control.
- 4) Enfermedades no transmisibles, tales como cáncer, cardiopatías, enfermedades mentales y de la nutrición.
- 5) Educación Sanitaria.

Algunos de estos campos pueden ser subdivididos de acuerdo con las necesidades, pero estos 5 Jefes constituirán el estado mayor del Departamento de Salubridad, junto con el Director de las Unidades sanitarias y la Directora de Enfermeras Sanitarias.

Además, el Departamento Sanitario estará equipado de ciertos servicios técnicos, cuyas funciones son las de suministrar información, preparar el personal, realizar investigaciones.

También ellos son 5 en número, o sea:

- 1) Los Laboratorios de Salubridad para el diagnóstico, los exámenes clínicos, la higiene industrial, el control de drogas y productos biológicos.
- 2) Biblioteca.
- 3) Estadística.
- 4) Ingeniería Sanitaria.
- 5) Departamento Jurídico.

El tiempo no me permite entrar en mayores detalles; pero por lo que tenemos dicho, ustedes observarán que un Departamento de Salubridad tiene personal de 3 clases:

- a) Los funcionarios de la organización central, cada uno de los cuales tiene a su cargo una sección especial del Servicio.
- b) Los Jefes de Unidad y las Enfermeras Sanitarias, no especializados, que se distribuyen con un criterio geográfico y no funcional, y que manejan las unidades de acción.
- c) Los expertos en materias técnicas.

El antiguo sistema fué organizar el Departamento Sanitario de arriba abajo con un criterio funcional. Cada sección del servicio tenía sus clínicas especializadas y su personal propio en cada grupo de población. El personal se reclutaba entre los clínicos locales que recibían un salario insuficiente, que no tenían preparación especializada en Salubridad y que no podían dedicar a este trabajo sino una parte pequeña de su tiempo. Tales centros van siendo reemplazados en todo el mundo por unidades sanitarias bien distribuidas, del tipo universal ya descrito, manejadas por personal *full time*, estable y cuidadosamente preparado, que está a salvo de la influencia política. Cada Jefe de unidad es el agente del Departamento Nacional de Salubridad y las distintas secciones de la administración actúan a través de él en lugar de establecer sus contactos, propios e independientes, con el público, por medio de las clínicas especializadas a que nos referimos.

¿Cómo ha de prepararse este nuevo personal?

En lo que hace a las enfermeras, la creación de una carrera atrayente y útil en la salubridad procurará un incentivo poderoso; más aún, hará necesario tener el tipo de escuela adaptado a los requerimientos y las habilidades de niñas cultas e inteligentes y un tipo de escuela que responda a las necesidades del país más que de los médicos, individualmente. Esto significa que la dirección y los programas deberán estar en manos de personas, no sólo inteligentes y de carácter, sino que sean ellas mismas enfermeras de profesión y de vocación. Tales escuelas tienen éxito dondequiera que las mujeres posean un sentido normal de deber social y dondequiera que sus servicios técnicos sean necesarios.

Respecto a los Médicos Sanitarios, una buena escuela de salubridad sólo puede existir cuando la Universidad y el Departamento de Salubridad concurren a ofrecer educación, teórica y práctica, a médicos jóvenes que han elegido la profesión sanitaria, y cuando hay demanda continua de graduados para que ocupen cargos *full time* en el Departamento de Salubridad. En Estados Unidos las escuelas nacieron como respuesta a la necesidad de funcionarios sanitarios bien preparados. Al principio la Fundación Rockefeller ha ayudado, en muchos países, con sus becas. En Yugoslavia, Polonia, Hungría y España, donde las ideas nuevas estaban arraigándose y desarrollándose con rapidez, hombres jóvenes, formados en Estados Unidos, establecieron los primeros modelos de unidades sanitarias y éstas fueron usadas, a su vez, para entrenar a otros funcionarios. Si estas unidades se multiplican en tal forma

como para que produzcan una demanda considerable de personal calificado, surgen las escuelas de higiene y se aprueban las leyes que hacen obligatorio para todos los funcionarios sanitarios un entrenamiento previo.

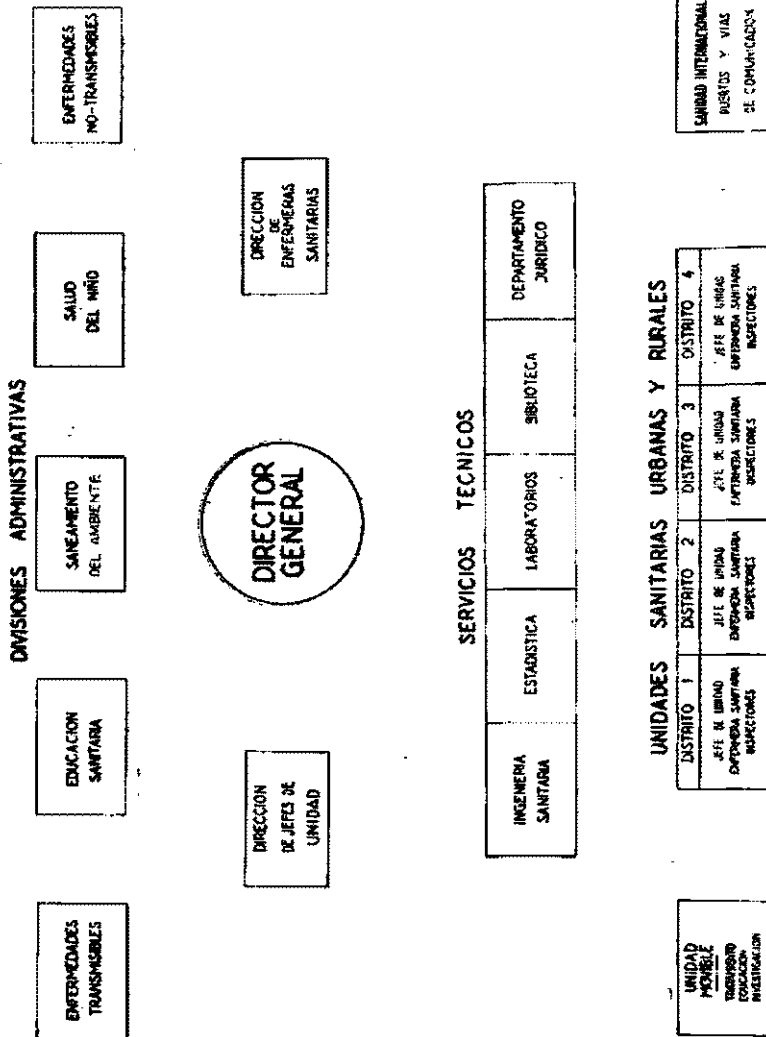
Al considerar la aplicación a Chile de un programa de esta especie, se presentarán inmediatamente dificultades, y fuentes autorizadas sustentarán opiniones contradictorias. No me corresponde aquí la enunciación de cómo se salvan estas dificultades y se avienen estas diferencias. Pero ustedes me permitirán acaso que yo termine con unas cuantas observaciones fundamentales y sencillas, en las cuales ustedes, seguramente, coincidirán conmigo y que, en mi opinión, podrían servir como punto de partida para discutir una política sanitaria.

Durante dieciséis años, Chile ha estado en la vanguardia del movimiento mundial hacia el seguro integral de salud de los trabajadores y empleados, y también de previsión social y de atención médica gratuita de todo individuo enfermo.

En mi patria, estos aspectos han sido descuidados hasta ahora último. Durante mucho tiempo todos nuestros esfuerzos han sido dirigidos hacia la prevención de enfermedades y el fomento de la salud. Como consecuencia, la atención médica, el seguro de salud y la protección económica de los grupos de edad avanzada son inadecuados. Por otra parte, el saneamiento fundamental existe en todas partes y las enfermedades infecciosas han quedado relegadas a una posición insignificante, como causa de incapacidad y de muerte. Por mucho tiempo nosotros cometimos el error de considerar esto como la única obligación que el Gobierno tiene, frente al público, en el campo de la salubridad. Es posible que ustedes hayan estado incurriendo en el pecado opuesto de desarrollar el seguro social y de salud antes que la prevención de enfermedades. Si las gentes se están cayendo continuamente a un precipicio, es más humano y más barato colocar una defensa en la altura que construir un hospital en el fondo.

Mi primera observación es, pues, que, para que un gran programa de seguro social y de medicina socializada tenga éxito y sea funcionariamente viable, debe estar asentado y garantizado por un sistema de protección sanitaria y de prevención de enfermedades que sea completo, efectivo y de funcionamiento continuo. La experiencia misma de Chile demuestra que el tratamiento de enfermedades, por rápido y eficaz que sea, no tiene influencia sensible en la morbilidad nacional.

En segundo lugar, debe existir un sistema de centros



de salud empeñados en la aplicación continua de medidas preventivas, manejados por un cuerpo de funcionarios bien pagados, *full time* y a cubierto de la política.

Mi tercera observación es que, al organizar los mecanismos de prevención, debe darse atención preferente a las principales causas de enfermedad y de muerte. En Chile éstas son, en el momento actual, la mortalidad infantil y la tuberculosis. Ellas, a su vez, son debidas a las condiciones del hogar. Al igual que el tifo exantemático, son debidas más a la ignorancia que a la pobreza. Dichos problemas no serán resueltos por los dispensarios, hospitales o sanatorios. El servicio sanitario deberá entrar en el hogar y hacerlo saludable. Sólo la enfermera sanitaria puede realizar esta tarea. En otros países ella ha realizado ya milagros, bajo las circunstancias menos propicias. ¿Qué no podrá hacer entonces en Chile?

Mi observación cuarta y final es que para prevenir la enfermedad y fomentar la salud la iniciativa debe pasar de los ejércitos de enfermedad a los ejércitos de salud. Cuando la madre joven llama al médico para que vea a su criatura deshidratada por la disentería; cuando se sorprende una caverna en los pulmones de un obrero; cuando las deficiencias nutritivas han producido ya lesiones cutáneas, ceguera nocturna, trastornos nerviosos y deformaciones de los huesos; cuando la infección reumática ha destruido una válvula del corazón; cuando una mujer acude a todo su coraje para consultar en el dispensario sobre una tumoración del pecho, es ya demasiado tarde para que funcionen los mecanismos preventivos.

Los puentes y los ascensores, las construcciones y los tranques, los motores de los automóviles y toda la estructura compleja y la maquinaria de nuestro mundo físico, están bajo constante vigilancia para prevenir las fallas y los desastres. La familia es el componente fundamental de nuestra estructura social y debería estar bajo vigilancia constante, solícita y eficaz. Esta es la piedra angular de nuestra salubridad. Debemos mantener la familia limpia, sana y bien nutrida y aseguraremos así nuestra raza y nuestro futuro.