

# LA HIGIENE MATERNAL E INFANTIL EN VENEZUELA

## ADELANTOS OBTENIDOS DESDE EL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO\*

Por el Dr. PASTOR OROPEZA

Puede decirse que con la instalación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1936, como órgano del Ejecutivo Federal, comienza para Venezuela la reorganización y tecnificación de los servicios sanitariosociales de la madre y el niño, pues hasta diciembre de 1935 puede decirse que no existía ningún plan de acción.

**Organismos de lucha.**—Actualmente la dirección de estos problemas queda a cargo de la División de Higiene Materno Infantil (julio 1936), dependencia de la Dirección de Salubridad Pública. El Jefe de esta División dirige técnicamente todo lo relacionado con la madre y el niño desde el punto de vista sanitario, siendo dividida en dos secciones: (1) Prenatal: primera y segunda infancia; y (2) Higiene Escolar. Como centro coordinador de la acción del Gobierno Nacional, gobiernos estatales, municipalidades y obra privada, se ha creado el Consejo Venezolano del Niño (6 de agosto de 1936).

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social ejerce su acción sanitaria a través de los siguientes organismos: unidades sanitarias, centros de salud pública; oficinas de sanidad, lugares en que por condiciones especiales no ha sido posible centralizar la labor local de la salud pública; medicaturas rurales, que además de su función de beneficencia hacen una labor mínima de sanidad.

En 1942 había 37 unidades sanitarias calificadas, cuatro oficinas de sanidad, y 61 medicaturas rurales (colaboración del Ejecutivo Federal con los gobiernos estatales y municipalidades).

**Asistencia a la madre (clínica prenatal).**—La atención a la embarazada forma parte de las actividades fundamentales de las unidades sanitarias, oficinas de sanidad y medicaturas rurales. En la consulta prenatal puede realizarse una estupenda función de educación y prevención, y de ahí que el Despacho de Sanidad y Asistencia Social la haya considerado con el interés que requiere, haciéndola función básica de todo médico funcionario de sanidad.

**Principios directivos de la consulta prenatal.**—He aquí los principios directivos de la consulta prenatal en Venezuela:

(a) Atraer el mayor número posible de mujeres a la consulta prenatal y en los primeros tres meses de embarazo.

(b) Exámenes médicos periódicos de la embarazada, diagnóstico del embarazo, presentación, posición, toma de presión arterial, análisis de orina, consejos higiénicos, baños, cuidado de la dentadura, despistaje de la tuberculosis y otras enfermedades agudas o crónicas. Vacunación sistemática contra la viruela.

\* Tomado del trabajo presentado por el autor en el VIII Congreso Panamericano del Niño, celebrado en Washington, D. C., mayo 2-9, 1942.

(c) El problema de la alimentación de la embarazada es de capital importancia. Toda nodriza o embarazada debe tomar diariamente 1 litro de leche.

(d) El niño proveniente de foco tuberculoso debe ser separado de la madre inmediatamente después del nacimiento y resuelta su vida en colocación familiar. Dentro de nuestros pueblos venezolanos, donde persisten tan estrechamente los vínculos de la familia o del compadraje, no es tan difícil la solución de este problema. La prevalencia de la tuberculosis en la embarazada llega a 3.58% para 3,798 exámenes.

(e) Busca sistemática de la sífilis con serología obligatoria, de acuerdo con el Art. IV de la Ley de Defensa contra las Venéreas (1941).

La prevalencia de la sífilis en la embarazada venezolana llega a 12.9%. Entre 10,403 Kahn's practicadas en la República (clínica prenatal) se encontraron 1,342 positivas.

**Tratamiento de la sífilis.**—Las bases del tratamiento de la sífilis de la madre y el niño son las siguientes (resolución de 1941):

*Tratamiento preventivo de la sífilis congénita*

*Esquema de tratamiento*

Semanas del embarazo	Mes lunar							
	1 al 4	5	6	7	8	9		
1	Series alternas							
al	del arsenical y							
16	del bismútico							
17	Bi	Bi						
18	Bi	Bi						
19	Bi	Bi						
20	Bi	Bi						
21	As	As	As					
22	As	As	As					
23	As	As	As					
24	As	As	As					
25	As	As	As	As				
26	As	As	As	As	As			
27	As	As	As	As				
28	As	As	As	As				
29	Bi	Bi	Bi	As	As	Bi		
30	Bi	Bi	Bi	As	As	Bi		
31	Bi	Bi	Bi	As	As	Bi		
32	Bi	Bi	Bi	As	As	Bi		
33	Bi	Bi	Bi	Bi	As	Bi	As	Bi
34	Bi	Bi	Bi	Bi	As	Bi	As	Bi
35	As	As	As	Bi	Bi		As	Bi
36	As	As	As	Bi	Bi		As	
37	As	As	As	As	As		As	
38	As	As	As	As	As		As	
39	As	As	As	As	As		As	
40	As	As	As	As	As		As	

Exámenes frecuentes de orina, medida de la presión arterial, vigilar la aparición de tinte icterico. Planear el tratamiento de manera que, cuando sea posible, comience y termine con las inyecciones de arsenicales.

En la sífilis tardía, la primera serie arsenical puede ser precedida de algunas dosis de bismuto (2 a 4 inyecciones). Las toxemias del embarazo, los accidentes graves, la sífilis cardiovascular, las hipertensiones cardiorrenales, la tuberculosis, etc., requieren la individualización del tratamiento.

**Drogas.**—Neosalvarsán o mafarside. Se usarán las preparaciones intramusculares sólo en aquellos casos en que no se puede practicar la inyección endovenosa.

**Dosificación.**—La dosis aislada de salicilato de bismuto es de 10 cg de bismuto metálico a la semana. La dosis aislada del arsenical varía con el peso de la embarazada. En mujeres que pesen menos de 52 kg no se debe exceder de 0.45 gm de neosalvarsán y 0.04 de mafarside a la semana. La dosis semanal máxima no debe pasar de 0.6 gm de neosalvarsán y 0.06 de mafarside.

**Sífilis infantil.**—Desde el punto de vista clínico, la sífilis congénita puede ser dividida en sífilis de la primera infancia, niños menores de 2 años (sífilis reciente), y sífilis de niños mayores de 2 años (sífilis tardía).

Para el diagnóstico clínico de la infección en el recién nacido y en la primera infancia, no hay que atenerse de un modo absoluto sino a aquellos signos que ninguna escuela de pediatría discute acerca de su origen sífilítico, y que únicamente pueden verse en los primeros meses de la vida: pénfigo palmoplantar, hepatoesplenomegalia precoz, coriza, sífilides cutáneomucosas y osteocondritis. Los otros signos clínicos, enumerados con tantos detalles por los tratadistas, sólo tienen un valor muy relativo.

Antes de los dos meses de edad, el diagnóstico de la sífilis congénita es muy difícil en la mayoría de los casos. Las manifestaciones clínicas aparecen rara vez durante este tiempo, y para esta época la serología no tiene un valor absoluto, porque una reacción positiva puede ser producida por las reagentas de la madre. Los otros procedimientos de diagnóstico, tales como raspado de la pared de la vena umbilical para buscar treponemas y radiología de los huesos largos, no están al alcance del práctico ni de nuestros servicios sanitarios.

De los dos meses en adelante la serología tiene un valor decisivo en el diagnóstico de la sífilis congénita, y en los servicios sanitarios sólo se tratarán niños con serorreacciones positivas.

El tratamiento de la sífilis en el niño se debe realizar con los mismos medicamentos que se usan en la sífilis del adulto: arsénico, bismuto y mercurio. La cura debe ser continua, alterna y prolongada.

**Drogas.**—Mafarside:  $\frac{1}{2}$  a 1 mg por kg de peso a la semana; neosalvarsán: 10 a 15 mg por kg de peso a la semana; sulfarsenol: 10 mg por kg de peso a la semana; bismuto: 2 mg de bismuto metálico por kg de peso a la semana.

*Esquema de tratamiento\**

Semana	Tratamiento	Semana	Tratamiento
1-6	Bismuto	41-48	Arsénico
7-16	Arsénico	49-56	Bismuto
17-24	Bismuto	57-64	Arsénico
25-32	Arsénico	65-72	Bismuto
33-40	Bismuto		

Total: 34 inyecciones arsenicales y 38 de bismuto.

\* Observaciones: (a) La primera inyección de la serie arsenical será siempre reducida a un tercio o mitad de la dosis completa; (b) este esquema es aplicable a una gran mayoría de niños con sífilis congénita; (c) ciertas manifestaciones de la enfermedad (neurosífilis, etc.) requieren la individualización del tratamiento.

**Embarazadas inscritas.**—Cifras globales: 1936, 1,352; 1937, 1,625; 1938, 2,780; 1939, 6,243; 1940, 8,279; 1941, 8,832.

**Asistencia obstétrica.**—En 1935 existían en Venezuela alrededor de 230 camas de maternidad; en 1942 existen 1,100. Se ha levantado la estadística de la asistencia obstétrica nacional, y como la experiencia ha demostrado que el 70 u 80% de los

partos de la zona rural y urbana del país son asistidos por comadronas empíricas, se ha procedido a la vigilancia y educación de estas comadronas de conformidad con el reglamento respectivo.

La nueva Ley de Educación 1940 en el artículo 71 especifica el pènsum para obtener el título oficial de partera, que se rige en su ejercicio profesional por el reglamento de profesiones médicas (11 de febrero de 1914).

**Legislación del trabajo acerca de la embarazada.**—La legislación del trabajo sobre la embarazada, expedida en 1936, especifica, entre otros, los siguientes puntos: la jornada de trabajo de las mujeres y la de los menores de 18 años sólo podrá prestarse entre las 6 de la mañana y las 7 de la noche, salvo para labores de enfermería, servicio doméstico, etc.; se prohíbe el empleo de menores de 18 años en minas, fundiciones, empresas que acarreen riesgos para la vida, la salud, la moral o las buenas costumbres; se prohíbe el empleo de embarazadas en trabajos que puedan provocar el aborto o impedir el desarrollo normal; las embarazadas dejarán de trabajar desde seis semanas antes del parto hasta seis semanas después del mismo, conservando entre tanto su derecho a empleo y recibiendo una indemnización suficiente para su mantenimiento y el del niño; durante la lactancia, las mujeres tendrán derecho a dos descansos diarios de media hora.

**Seguro de maternidad.**—La Ley de Seguro Obligatorio promulgada el 24 de julio de 1940, dispone que todas las obreras que perciban un salario fijo inferior a 7,500 bolívares anuales, quedan obligadas al seguro de enfermedad-maternidad. Se exceptúan de esta obligación las trabajadoras de oficios domésticos, agrícolas y pecuarios.

Los derechos de las aseguradas en lo que al riesgo de maternidad se refiere son: (1) Percibo de una indemnización equivalente al 66% del salario básico durante las seis semanas anteriores y las seis posteriores al parto; (2) asistencia obstétrica completa; (3) prolongación de la indemnización en el caso de que el período de seis semanas después del parto fuese seguido de enfermedad; (4) indemnización funeraria en caso de fallecimiento; (5) eventualmente, una prima de lactancia.

Como el seguro de maternidad está unido al de enfermedad, se concede también el derecho de asistencia obstétrica a los familiares del obrero asegurado.

**Instituciones.**—En la ciudad de Caracas funcionan, dirigidas por asociaciones privadas, la Casa Prenatal María Teresa Toro (Asociación Venezolana de Mujeres, 1936), y la Casa Postnatal de las Damas Católicas (1937).

**Protección del niño (primera infancia).**—La natalidad y mortalidad en la República para los años 1936 a 1940 es la siguiente:

Año	Nacimientos	No. de muertos menores de 1 año	Coficiente por 1,000 nacidos vivos
1936	106,447	13,224	124
1937	114,977	14,426	125
1938	118,473	15,282	128
1939	129,482	17,058	131
1940	133,394	16,234	121

Estas cifras serían reales si el número de registros civiles correspondiese al total de nacimientos y si todas las muertes menores de 1 año estuviesen anotadas, pero es el caso que a pesar de las disposiciones expresadas del Art. 468 del Código Civil, en Venezuela no se hace el registro muchas veces sino cuando se va a bautizar al niño, y esto a los meses del nacimiento. Dada la inmensa extensión de nuestro territorio y la soledad de la zona rural no es de extrañar tampoco que muchas muertes en menores de 1 año dejen de ser anotadas. En virtud de tales circunstancias, el Ministerio de Sanidad hizo obligatoria la inscripción de la natalidad en la

ciudad de Caracas ante las autoridades sanitarias (abril de 1940), y como los resultados han sido muy halagadores, no sólo bajo el punto de vista estadístico, sino que ha facilitado extraordinariamente la vigilancia del niño sano, se extendió posteriormente a las ciudades de Valencia, Maracay y Barquisimeto, en enero de 1942.

En los diversos centros sanitarios de la República existen consultorios de lactantes (dirección de la lactancia materna y lactancia artificial) y clínicas para vigilancia de preescolares. Se practican las inmunizaciones necesarias y la labor de educación en los hogares es completada por las enfermeras visitadoras de salud pública (total para el país, 177 enfermeras). Niños inscritos: 1937, 6,896; 1938, 7,589; 1939, 19,666; 1940, 20,801; 1941, 20,575; visitas practicadas a los hogares: 1,458, 3,634, 47,706, 68,030, y 89,967, respectivamente.

Este trabajo de vigilancia sanitaria sobre la madre y el niño venezolano se ejerce con personal especializado en las unidades sanitarias situadas en los centros de población densa (Caracas, La Guayra, Los Teques, Maracay, Valencia, Barquisimeto, San Cristóbal, Maracaibo, Ciudad Bolívar, Mérida, Barcelona, Cumaná, San Fernando de Apure y Estado Nueva Esparta), y para el resto del país con personal sanitario que ha tenido, además, un entrenamiento previo en el Instituto de Puericultura situado en la ciudad de Caracas y centro de preparación técnica del personal del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

**Instituto de Puericultura.**—El Instituto de Puericultura, definido anteriormente, consta de las secciones siguientes: consulta prenatal; clínica de lactantes y de preescolares; estación de leche de tipo educativo; laboratorio de dietética infantil; casa-cuna externa; sección de prematuros y débiles; jardín de niños; lactario.

Fué inaugurado en 1936, y hasta la fecha ha servido de preparación para 20 médicos puericultores, entrenamiento de higiene maternoinfantil para 26 enfermeras de salud pública, y 71 auxiliares de estación de leche. Funciona, además, como centro de salud pública, y en su área de acción se estudiarán las bases para la instalación de los servicios de higiene maternoinfantil de la República.

**Estaciones de leche.**—Con el fin de combatir el problema de la desnutrición del niño venezolano, se han organizado durante los años a 1941, 45 estaciones de leche (reparto de leche a los niños indigentes de la región) en el mismo local de los centros de salud pública y bajo las siguientes bases: (1) leche cedida por los gobiernos estadales y municipalidades; (2) equipos y personal técnico suministrado por el Despacho de Salubridad y Asistencia Social. Han sido concebidas, no como establecimientos de beneficencia, sino como verdaderas escuelas de puericultura para las madres venezolanas. Leche repartida: 1936, 73,000 litros; 1937, 100,280; 1938, 290,175; 1939, 419,385; 1940, 517,205; 1941, 507,350.

**Asistencia al niño enfermo.**—Si la labor del Despacho de Sanidad y Asistencia Social ha estado dedicada de preferencia a sus labores de prevención y educación, no por ello ha olvidado la asistencia al niño enfermo, orientando a los gobiernos estadales y municipales en su función de asistencia pública. El país dispone de tres hospitales de niños:

(1) Hospital Municipal de Niños de Caracas (1937): asiento de la cátedra de clínica pediátrica y puericultura; establecimiento construído especialmente para tal fin, y que dispone del equipo e instalación necesaria. Capacidad: 200 camas.

(2) Hospital Daniel Camejo Acosta, en Barquisimeto (1937). Capacidad: 50 camas.

(3) Hospital Maximiliano Iturbe, en Coro (1938). Capacidad: 40 camas.

Para el resto del país la hospitalización se realiza en las salas de niños de los hospitales generales.

En cuanto a la asistencia en consulta externa, existen en el país diversas clínicas fundadas en los últimos años, mereciendo señalar la experiencia que se está reali-

zando actualmente en Caracas. En junio de 1941 la Junta de Beneficencia del Distrito Federal, organismo municipal de asistencia pública, y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, organismo director de la campaña para el presente caso, delimitaron áreas precisas para las labores de higiene y pediatría, evitando así el deambular de enfermos y adjudicándole a cada zona su responsabilidad y acción, previa investigación de problemas por resolver.

**Instituciones.**—Fundación de las casas-cuna del Instituto de Puericultura y de la Sociedad de Damas Católicas en la parroquia de San Juan, Caracas (1936 y 1939), de la Casa del Niño de Valencia (1939), y la Casa Cuna de la Sociedad Bolivariana de San Cristóbal (1939).

**Congresos del Niño.**—En 1938 se efectuó el I Congreso Venezolano del Niño, y el II se reunió en Maracaibo en octubre de 1940, discutiéndose en ambos una multitud de temas pertinentes.

**Propaganda.**—Se ha desarrollado una intensa propaganda acerca de todos los problemas de la niñez, valiéndose de todos los medios posibles: radio, charlas, divulgaciones en la prensa, etc. De 1936 a 1941 se repartieron 5,000 folletos reglas de higiene infantil, 50,000 folletos instrucciones para la alimentación de los niños, y 100,000 tarjetas de alimentación.

**Labor pedagógica.**—Creación de la cátedra de clínica pediátrica y de puericultura. La nueva ley de educación que rige al país desde 1940, ha hecho obligatoria para optar al título de doctor en medicina y cirugía, la asignatura de clínica pediátrica y de puericultura en el quinto año de medicina. Se dictó, además, un curso teórico y práctico de puericultura (1941) a casi todas las maestras de la República.

---

## MATERNAL AND CHILD WELFARE IN VENEZUELA

**Summary.**—Maternal and child welfare work in Venezuela was placed on a sound footing following the creation of the Ministry of Public Health and Social Welfare in 1936 to replace earlier public health agencies. At the present time these services are under the direction of the Division of Maternal and Child Hygiene (established in July 1936), a dependency of the Department of Public Health, and the work of the Federal Government is coordinated with that of the states, municipalities, and private agencies through the Venezuelan Child Council, installed August 6, 1936. The Ministry operates through health units, health centers, health offices in places where centralized local public health services have not been organized, and rural medical offices (*medicaturas*) which do some public health work in addition to the treatment furnished. In 1942 there were 37 fully qualified health units, 4 health offices, and 61 *medicaturas*, maintained by the Federal Government in cooperation with states and municipalities.

Prenatal attention is a function of all health offices and centers, and is based on the following principles: inducing as many women as possible to attend during the first three months of pregnancy; periodic examination, including in addition to the usual points, diagnosis of tuberculosis, and smallpox vaccination; nutrition; separation of the child at birth from a tuberculous mother and placing of it in a healthy family (tuberculosis was found in 3.58% of 3,798 pregnant women examined); and testing for syphilis (compulsory in accordance with Art. IV. of the Anti-Venereal Law, 1941; syphilis was found in 12.9% of pregnant women). Both mother and infant receive treatment for the disease according to the schedules given.

The number of pregnant women registered at the different agencies has risen from 1,352 in 1936, to 8,832 in 1941. In 1935 there were about 230 beds available for maternity cases in Venezuela; in 1942 1,100. Inasmuch as from 70 to 80% of

confinements are attended by lay midwives, regulations have been issued providing for their supervision and education (1940 and 1941). Pregnancy has also been the subject of industrial legislation (1936): working conditions and hours of all women are regulated; pregnant women may not be employed in certain tasks and must receive leave, with a subsidy, for six weeks before and six weeks after childbirth, and nursing mothers are to have two half-hour rest-periods daily to nurse their infants. The Social Security Law, promulgated July 24, 1940, provides that working women receiving less than 7,500 *bolivares* annually must be enrolled in social security (except domestic and agricultural workers), the benefits of which include 66% of salary during the six months preceding and following childbirth, complete obstetrical care, continuance of the subsidy if illness follows the six weeks period after birth, funeral expenses in case of death, and, eventually, a nursing subsidy. Obstetrical assistance is given the wives of insured male workers. Obstetrical and post-natal care are also furnished by the *Marfa Teresa Toro* prenatal home (maintained by the Venezuelan Women's Association), and the post-natal home of the Catholic Women's Society.

The infant death rate in Venezuela has fallen from 124 per 1,000 live births in 1936, to 121 in 1940, although these figures are regarded as inaccurate due to the fact that many births are not registered until baptism, and numerous deaths are probably not reported. Registration of births with the health authorities was made compulsory in Caracas in 1940, and results have been so encouraging that this was extended to Valencia, Maracay, and Barquisimeto in January 1942.

Child welfare work, including examinations and immunizations, is carried on by the various health centers, assisted by public health nurses (177 nurses for the country). The number of children registered has risen from 6,896 in 1937, to 20,575 in 1941. Personnel engaged in child care have received specialized training at the National Puericulture Institute (which was inaugurated in 1936 and has trained to date 20 physicians, 26 public health nurses, and 71 milk station assistants; its sections include prenatal clinic, nursing and pre-school clinic, milk station of educational type, laboratory of child dietetics, day nursery, premature and weak child section, kindergarden, and lactarium).

From 1936 to 1941, 45 milk stations (distribution of milk to children) have been organized throughout the country in connection with health centers (milk is provided by the state and municipal governments, and personnel by the Ministry of Health and Welfare); they function as educational centers as well as distributing ones, and gave out 507,350 liters of milk in 1941.

Attention is also given to care of sick children, largely through the public welfare agencies of the states and municipalities. There are three children's hospitals in the country: the Municipal, in Caracas (200 beds, well-equipped, built in 1937, seat of the courses in pediatrics and puericulture); the Daniel Camejo Acosta, in Barquisimeto (1937, 50 beds); and the Maximiliano Iturbe, in Coro (1938, 40 beds). Several children's clinics have been founded in recent years. Other institutions include the day nurseries of the Institute of Puericulture and the Society of Catholic Women, in Caracas (1936 and 1939), the *Casa del Niño* of Valencia (1939), and the day nursery of the Bolivarian Society of San Cristobal (1939).

Two Venezuelan Child Congresses have been held, in 1938 and 1940. Much educational work is carried on in the child welfare field. Other developments include the creation of the course in clinical pediatrics and puericulture, and the new law on education, of 1940, makes the study of these subjects compulsory for securing of the medical degree. A theoretical and practical course in puericulture was given in 1941 to nearly all school-teachers in Venezuela.