

GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

REGISTRADO COMO ARTICULO DE 2ª CLASE EN LA ADMINISTRACION DE CORREOS
DE MEXICO, D. F., CON FECHA 21 MARZO DE 1939

TOMO LXXIII

FEBRERO DE 1943

NUMERO 1

TRABAJOS ACADEMICOS

Consultorios públicos y medicina social *

POR EL DR. CARLOS S. JIMENEZ

Como una expresión del sentimiento de caridad, aparecía hace mucho tiempo un rótulo en las farmacias que decía "Consulta gratis para los pobres de solemnidad". Producto de ese sentir fué el primer paso a un servicio médico social, en aquel entonces desconocido.

La circunstancia fundamental de ese paso fué el factor económico que motivó la consulta gratuita en las farmacias de aquellos tiempos y que hoy justifica la creación de instituciones que, en mi sentir, forman una de las grandes columnas del servicio médico social actual.

No es el sentimiento de caridad, es la necesidad social que se hace sentir más fuerte, cada día más intensa, cada día más imperiosa, a pesar de haberse proclamado en el mundo una era de progresos y adelanto.

Entre las consecuencias de la guerra mundial pasada, hubo la exteriorización de problemas sociales que dieron margen a las instituciones de servicio social, que día a día han sido incrementadas y vistas en sus diversas modalidades en los países que más han sentido las consecuencias de ese cataclismo.

Por otra parte, la medicina social ha surgido y se va aplicando cada día más a los problemas nuestros, y lógico es pensar que, en la

* Trabajo de turno reglamentario leído en la sesión del 10 de junio de 1942.

esperanza infinita de servir a los demás, se perfilen y se anuncien las aplicaciones de la medicina en los problemas sociales.

Si la consulta gratuita nació al calor de la caridad, el consultorio público ha nacido a la sombra de un servicio que tiende a realizar la devolución de la salud para un elemento que debe ser reintegrado al seno de la comunidad como factor de producción. El consultorio público no debe ser tan sólo la institución que da la medicina tras un breve interrogatorio; debe ser el puesto avanzado de una oportuna y pronta curación, en una misión profiláctica y en una reintegración rápida del individuo.

Grandes oportunidades presta esta institución al realizar un servicio social en beneficio del individuo, que le procure su bienestar, y por eso en otros países, el empeño en la difusión, su multiplicación y el perfeccionamiento en "la hora de consulta".

La medicina ha evolucionado y sus múltiples especialidades, sus seguros medios de diagnóstico, sus valiosos elementos de laboratorio, no podrían ser en manera alguna privativas para los que por su debilidad económica social no alcanzarán las ventajas de un tratamiento más efectivo y más real.

Es notorio que la necesidad de estas instituciones se marca más cada día y al mismo tiempo precisa poner mayor atención en ellas, organizadas debidamente para no desvirtuar sus fines, entorpecer su marcha y realizar una labor manifiesta de servicio social.

Analicemos por un momento las funciones que deban tener los consultorios públicos: en primer lugar, la asistencia médica del paciente, del enfermo ambulatorio, ya sea de orden médico o quirúrgico.

En segundo, está la de descubrir oportunamente la aparición de epidemias o enfermedades transmisibles que ameritan la intervención oportuna de las autoridades sanitarias realizando una labor profiláctica, también oportuna.

En sus múltiples aspectos de la consulta, se realiza la labor de puericultura y pediatría, seguramente de mayor eficacia, ya que por lo general los enfermitos son tomados en su principio y no cuando el mal ha avanzado. Y a este propósito puede realizar la institución, la enseñanza de dietas y estudios de alimentación, y los cuidados y preceptos de la higiene infantil.

Es, además, un centro de educación médica para practicantes, enfermeras y médicos, fomentándose y ampliándose las especializaciones, erigiéndose como un centro de enseñanza verdaderamente útil y provechoso.

Aunque lo notoriamente aparente en el que ocurre a la consulta, es su debilidad social por falta de salud, siempre se relacionan a ella otras causas, sobre todo la económica, y esta circunstancia obliga a la institución a la atención integral del débil social, pues de otra manera puede constituirse un círculo vicioso, porque la penuria, la miseria, pueden ser factores en la producción de la enfermedad y aunque no amerite gasto el médico, la consulta y la medicina, las causas de deficiente alimentación, de falta de higiene de la habitación, del trabajo excesivo y mal remunerado, etc., sostienen la debilidad social y hacen que el enfermo se constituya como un parásito que pasa largo tiempo como asiduo concurrente al consultorio, sin que pueda reconstituirse y transformarse en productor en la economía general, sosteniendo una situación de constante miseria y transformándose en enfermo crónico y en el débil social crónico también.

Varios factores hay que considerar para definir la situación de los concurrentes al dispensario, pero ellos se refieren a las situaciones siguientes: falta de salud, difícil situación económica que le hace concurrir a la consulta médica gratuita, impreparación del o de los que sostienen el hogar para poder obtener elementos suficientes que cubran el presupuesto familiar, y problemas de orden moral en el propio hogar que en muchas ocasiones se enlazan a los otros factores para producir el estado patológico social que demanda ayuda de la Asistencia Pública.

Analizadas las actividades del consultorio público, se puede señalar otro punto de vista también de notorio interés y de capital importancia. Si el consultorio público atiende al enfermo en muchas ocasiones desde el principio del padecimiento, hay otras en las que sucede lo contrario. La atención se hace a un individuo que lleva más tiempo de sufrir, que transcurre su vida con el mal crónico, el estado de salud precario por un padecimiento que no ha cedido y en marcha crónica ha dejado al individuo exhausto de fondos y de salud. Entonces el consultorio público se constituye como el centro de asistencia para el alivio y reducción de sus penas, es-

forzándose en buscar la manera de restablecer, hasta donde sea posible, su capacidad productora, dándole ánimo y fe para la mayor tranquilidad de su vida.

Más aún, hay otro aspecto que pudiera llamarse servicio de continuación en la asistencia hospitalaria.

Constituye un capítulo importante en la Asistencia Pública la atención de los convalecientes, individuos que salen dados de alta de los hospitales por no ser precisa su atención bajo el título de encamados, pero que no han podido restablecer sus fuerzas ni menos aún su capacidad productora y podremos considerarlos en tres categorías: individuos casi por completo restablecidos, individuos cuyo restablecimiento es parcial e individuos no restablecidos.

En el primer grupo se comprende a los que en realidad pueden desde luego volver a sus labores con mayor o menor intensidad y en los cuales el problema social es de poca consideración. En el segundo grupo están los individuos que apenas han adquirido fuerzas y que lentamente pueden irse recuperando pero que en ocasiones el padecimiento ha dejado huellas que han ocasionado la pérdida de un miembro, la facultad de un movimiento completo, etc., que forzosamente tienen que obligarlos, bien a nueva actividad para la que necesitan preparación, bien a una modificación en sus actividades de producción que reduzcan considerablemente los ingresos que para el sustento familiar pueden tener. Por estas consideraciones, lógico es pensar que la asistencia en el consultorio público no mira tan sólo el aspecto únicamente médico, sino que el individuo asistente a la consulta sea estudiado en todas sus situaciones para poderlo conducir, en lo posible, a un restablecimiento integral.

Tarea difícil, se me dirá, tarea ardua, tarea muy grande para los servicios que actualmente existen. Pero no hay que contemplar obstáculos y ver las dificultades y aunque sea en un radio de acción corto, para principiar debe hacerse algo efectivo y perfectamente definido.

Si la pérdida de la salud es lo más ostensible en el cliente del consultorio público, los factores determinantes son en muchas ocasiones la situación económica, padres analfabetos, numerosa familia, salarios restringidos, carestía de la vida y, si quisiéramos ver un poco más allá, contemplaríamos los cuadros del abandono de la mujer llena de hijos, del esposo vicioso que dilapida su salario, de

la hija que abandonada por el marido vuelve al hogar de sus padres con hijos, que no ha sabido mantener el hombre con quien se unió, o el cuadro de la anciana abuelita que le han quedado los nietos y que sin fuerzas ni energías apenas alcanza un miserable ingreso para poder vivir. Enfermedad, pobreza, miseria, desquiciamientos morales, es lo que hay en el fondo de los concurrentes a los consultorios públicos.

La aplicación de la medicina social debe ser tan amplia como lo expresa su concepto, donde debe hacerse sentir y debe verse y palparse el resultado práctico de su aplicación, que no es otro que la recuperación del individuo que ha necesitado el tratamiento médico pero que como enfermo social necesita de la curación bajo ese concepto.

Todo ello no se podrá obtener sino sobre la base de una buena organización sustentada bajo los principios de la medicina social, y en los consultorios públicos es donde hay mayores oportunidades para ponerse en contacto con el débil social, para conocer su situación y poder rehabilitar al individuo. El servicio debe traducirse en instrucción para la clientela, destruyendo prejuicios, encauzando la comprensión del tratamiento, induciendo al cumplimiento de las prescripciones y métodos señalados por el médico, a la observación de las reglas higiénicas generales y a las que el médico mismo haya dictado por el padecimiento de que se trate, pues no se concibe cómo puede funcionar un consultorio público sin el servicio social correspondiente en el desarrollo de un trabajo médico social.

Analícemos por un momento al individuo que asiste a la consulta gratuita: el enfermo puede ser de cualquier edad, niño, adolescente, adulto o anciano, pero en todo ello se encuentran dos causas que insisto en ello, una es la primordial, falta de salud, y la otra la determinante: la situación económica. Tanto una como la otra se ligan a otros varios factores; la primera, a la deficiente alimentación, las costumbres o vicios, la falta de higiene, en fin, a los que contribuyen a la pérdida del equilibrio y mal funcionamiento del organismo, constituyéndose así la enfermedad. La segunda, a la incapacidad productora del sostén de la familia y a la falta de buena distribución de los salarios, etc., factores todos que producen la situación económica difícil.

Señaladas todas estas circunstancias no es posible mirar al cliente bajo un solo aspecto. Por eso no es de extrañar que en los consultorios se vean frecuentemente personas que ya son conocidas, que van de consultorio en consultorio por largo tiempo, que se transforman en gente sin trabajo o, más aún, que se van convirtiendo en mendigos para el pasaje del camión y se van habituando a la holgazanería y a la mendicidad.

Problemas son éstos que se deben tener presentes en los servicios de la asistencia pública, pues los perjuicios que ocasionan ya individualmente o bien a la misma sociedad, son notorios y año por año se agudiza el problema, siendo incapaz cualquier presupuesto que la Asistencia Pública tenga para poder, ni aun siquiera reducir, este inmenso problema.

Nuestros consultorios son en número reducido, algunos de ellos mal situados y los elementos de trabajo social correspondiente son demasiado exigüos.

Precisa darse cuenta de todas las características, de los verdaderos fines, y de una vez destruir intereses y encauzar estas instituciones de servicio social con mayores elementos y con acciones integrales para los concurrentes a los consultorios públicos. De otra manera, seguiremos contemplando las muchedumbres apiñadas, los casos no resueltos, el aumento constante en las demandas y la incapacidad mayor cada día de la Asistencia Pública para dar cima a la resolución del problema.

Sin que puedan considerarse como definitivas, pero sí tomadas como bases de orientación técnica, juzgo que pueden establecerse las siguientes:

- 1ª Formación de ficheros que identifiquen en cualquier momento al asistido.
- 2ª Reorganización de los servicios para la mejor atención en tiempo, en eficacia, en conocimiento pleno de la evolución de la enfermedad y en perfecto control del tratamiento.
- 3ª Organización del servicio permanente en cada institución del trabajo social estrechamente vigilado, encauzado por la oficina central correspondiente del trabajo médico social.

- 4ª Intima relación y armonía entre la acción médica y el desarrollo del trabajo social.
- 5ª Relación perfectamente establecida con una o varias instituciones hospitalarias para el fácil envío del enfermo del consultorio al hospital o viceversa.
- 6ª Preparación y mejor eficiencia del personal, así como de las trabajadoras sociales.
- 7ª Control estadístico general (en la oficina central y local) y en cada institución, para poder hacer los estudios correspondientes y las modificaciones necesarias para el mejor servicio.

Sería largo detenerse en cada una de estas bases señaladas para hacer la exposición en detalle y sólo voy a referirme en breves palabras a la organización del servicio de trabajo médico social.

Debe constituirse en cada institución una sección de trabajo social, compuesta por el número indispensable de trabajadoras, de las cuales una será la jefe.

Las jefes tendrán relación directa con los directores y con la oficina central; organizado así el servicio, éste constituirá la puerta de entrada del enfermo para que sea inmediatamente estudiado el caso y poder resolver desde luego si es acreedor al servicio o no. Y en caso de que esa investigación diera un resultado dudoso, se le otorgaría el servicio de manera provisional mientras tanto se realizara el estudio.

La inscripción debe ser en tarjetas apropiadas para poder identificar, conocer la asistencia a un servicio o varios, un resumen de la situación económica y el concepto general médico sobre la duración de la enfermedad.

El manejo del fichero deberá ser perfectamente llevado, verificando el traslado de las tarjetas de una institución a otra cuando así sea necesario.

En la oficina central se catalogarán y estudiarán los estudios de las trabajadoras y se coordinarán las actividades médicas con las del trabajo social y con otras dependencias de la Secretaría de la Asistencia Pública.

Estos conceptos deben tenerse presentes para que en cuanto pueda establecerse el servicio en esta forma se adapten y se modifi-

quen a las necesidades administrativas para poder lograr una buena organización.

Conclusiones:

- 1ª Es conveniente la organización de los servicios de los consultorios públicos sobre las bases de la medicina social para la asistencia integral de los asistidos.
- 2ª Deben suministrarse todos los elementos necesarios, pero principalmente el número de trabajadoras indispensable para que la labor llegue a ser efectiva.

La diatermo-coagulación mixta y los diversos tratamientos empleados en el despegamiento de la retina *

POR EL DR. RAUL A. CHAVIRA

Habiendo operado algunos despegamientos de la retina por diatermo-coagulación en mi Clínica Oftalmológica de la Facultad de Medicina, creo interesante relatar los resultados de mis operaciones que remontan a seis años y hacer algunas consideraciones que se desprenden de la observación de los hechos.

El conocimiento de esta enfermedad data del siglo XVIII, cuando Haller y Morgagni la observaron disecando unos ojos atróficos en el cadáver. Clínicamente fué observada por Saint Ives y Maitre Jean (1). En el siglo XIX fué estudiada por Ware y Wardrop, quienes distinguieron la hidropesía sub-esclerotidiana y la sub-coroidea. En el año de 1817, Beer describió una forma especial de amaurosis a la que denominó "ojo de gato amaurótico". Sichel, en el año de 1841 (2), y Desmarres dieron una buena descripción del aspecto oftalmoscópico del fondo del ojo. Son de mencionarse en este recuerdo histórico los trabajos de Coccius, de Van-Trigt, de Graefe en 1854 y de Jaeger, quienes dos años después del descubrimiento del oftalmoscopio en 1853, estudiaron los signos del desprendimiento.

En el siglo XIX comenzó a estudiarse su patogenia; fueron Arlt (1853) (3), de Graefe (1854) (4), Muller (1855) (5) y Seamisch (1866), quienes estudiaron este asunto.

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 24 de junio de 1942.