

PRIMER CONGRESO MEDICO · SOCIAL

PANAMERICANO

LA HABANA, 3-8 DE DICIEMBRE DE 1946

Problemas importantes de Medicina
Social en el Seguro Obrero Chileno

Dr. ALFREDO BIONDI E.

Director de los Servicios Médicos

CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

SANTIAGO DE CHILE

Dos palabras

Al presentar a la consideración del Primer Congreso Médico-Social Panamericano, la experiencia de 20 años del Seguro Social de Chile, en sus principales aspectos de Medicina Social, desea nuestro país revelar la significativa importancia que para la salud de la población chilena ha tenido esta orientación de la medicina.

Creemos que los problemas de la salud de nuestro Continente tienen muchos puntos de vista comunes, y será nuestra obligación poner nuestro acento en aquellos que limitan la edad activa del hombre, disminuyendo su capacidad productora y empobreciendo al individuo y a la colectividad.

El bajo standard de vida de muchos de nuestros compatriotas exige que la medicina social señale las causas económicas y sociales que participan en los cuadros mórbidos de la población americana.

Por estos motivos, estimamos que la responsabilidad del actual Congreso tiene una enorme trascendencia, y sus conclusiones deberán contemplar con juicio severo los graves problemas de su importante temario.

Dr. Alfredo Biondi E.

Función y responsabilidad del Médico en la Seguridad Social (Seguro Social)

Dr. Alfredo Biondi E.

Director de los Servicios Médicos

La enunciación de este tema parece, a primera vista, de carácter muy general, en circunstancias que su valor representa por sí solo uno de los pilares en que descansa todo seguro social: la calidad y orientación de la técnica médica. El otro pilar es el aspecto económico-financiero del seguro social.

Planteadas así las cosas, la responsabilidad del médico está determinada, en primer término, por el sistema de trabajo y orientación técnica de su labor. Esto quiere decir que si el sistema implantado es de tipo individualista y exclusivamente curativo, las responsabilidades de los funcionarios frente a la influencia en la prolongación de la vida activa de una población es muy secundaria; en tanto que su organización obedece a un tipo preventivo-asistencial, colectivamente organizado, su importancia es decisiva.

Para el Seguro Obrero chileno esto es muy claro, y ha organizado sus servicios con un criterio colectivista. En primer término, ha debido investigar cuáles son los rubros de morbilidad y mortalidad más elevados del país. Ha encontrado que la tuberculosis, las enfermedades venéreas y la patología infantil son las causas más frecuentes.

Pues bien, sus presupuestos, la distribución de los servicios a lo largo del país, los planes epidemiológicos en coordinación con Beneficencia y otras Instituciones, están dispuestos en forma que contribuyan a influenciar estos factores. Por otra parte, esta actitud no significa por ningún motivo despreocupación por los otros aspectos morbidos de los imponentes.

Es así como nuestra organización dispone la reglamentación del trabajo médico en sus características fundamentales; por ejemplo: el médico que se enfrenta con una lúes primaria o secundaria, ordenará de inmediato su aislamiento, instituyendo el tratamiento masivo, etc., obedeciendo instrucciones epidemiológicas que no podrá eludir. Frente a un tuberculoso bacilífero, deberá agotar su influencia por el Servicio Social, estableciendo fehacientemente si su enfermo está provocando contagios en su núcleo familiar o del trabajo, para proceder en consecuencia.

Por otra parte, los servicios médicos del seguro social deberán estar equipados convenientemente con todos los recursos necesarios: instrumental, medicamentos, personal, elementos de transporte, camas de hospitalización, etc., etc. Esto facilitará la acción del médico en forma oportuna.

¿Qué elementos de racionalización deberá un médico funcionario conocer e interpretar en su trabajo?

- 1) Deberá tener un criterio médico-social para hospitalizar a sus enfermos, especialmente atento a la trascendencia que ello importe para el núcleo familiar a que pertenece el imponente.
- 2) Al decretar prestaciones en dinero por incapacidades parciales (subsídios), deberá apreciar en su justa medida la incapacidad, eliminando la simulación, para lo que aprovechará todos los elementos a su alcance.
- 3) Un claro criterio de economía y eficacia en las prestaciones farmacéuticas, lo llevará a buscar la forma más rápida para reintegrar a sus enfermos a la vida activa, meta de todo seguro social bien organizado. No se tratará de usar las fórmulas de más bajo precio, sino las más activas, aunque su costo sea superior, evitando siempre toda polifarmacia costosa e inútil.
- 4) Muchos de sus enfermos deberán ser sometidos a tratamientos sociales adecuados, en especial aquellos cuyas enfermedades han provocado un déficit de su capacidad de trabajo, pero que no alcanzan a ser considerados como inválidos absolutos. Para ellos deberán consultarse recursos de revalidación, orientación profesional, etc., que le impidan caer en la indigencia. Nuestro Seguro posee estos recursos y practica con éxito esta acción.

Desgraciadamente, las Escuelas Médicas no han incorporado aún a sus planes de estudio la debida utilización de estos importantes factores, a pesar de que en la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, celebrada en Santiago de Chile en 1942, se señaló la importancia de la cátedra de Medicina Social en los estudios médicos. Recientemente, nuestra Universidad ha procedido a su creación.

Con un criterio de medicina colectiva, nuestra organización médica se desenvuelve en la siguiente forma:

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

DIRECTOR GENERAL

Secciones Técnicas:

Tisiología
Madre y Niño
Venereología
Control Económico
Medicina Preventiva
Bío-Social
Educación Sanitaria
Invalidez
Dental
Farmacia
Servicio Social

Inspectores:

Inspectores Médicos
Inspectores de Farmacia
Inspector Dental

DISTRIBUCION DE LOS SERVICIOS EN EL PAIS

CENTRO ZONAL

Medic. Interna	Medic. General	Tisiología	Venereología	Radiología
Laboratorio	Dermatología	Cirugía	Oftalmología	Neurología
Cardiología	Ginecología	Tocología	Pediatría	Dental
Otorrinología				

CENTROS LOCALES

Medicina General	Tisiología	Venereología
Radiología	Pediatría	Tocología
Laboratorio	Dental	

CENTROS PRIMARIOS

Camas de hospitalización	Matrona
Médico residente	Chofer

P O S T A S

Practicante o Matrona residente

A cargo de los Servicios Médicos está un Director General, asesorado por distintas Secciones, cuyas labores específicas enumeraremos a continuación:

Sección Control Económico.— Esta Sección interviene en todos los asuntos relacionados con la parte financiera del funcionamiento de los Servicios Médicos; elabora los presupuestos de inversiones y de gastos; refrenda los aumentos de gastos; propone suplementos, trasposos, disminuciones o supresiones en los presupuestos; estudia el desarrollo de los gastos y de las inversiones del presupuesto médico, y resuelve las consultas de carácter técnico o administrativo en estas materias.

Sección Tisiología.— En materia de legislación social, la Caja de Seguro Obligatorio cumple largamente su función en la atención del enfermo tuberculoso a través del Seguro de Enfermedad, ampliada por acuerdos especiales del Seguro de Invalidez, en el que, en el último tiempo, se ha elevado con-

siderablemente el número de pensiones de invalidez por tuberculosis.

Al 1.º de enero de 1944, la Caja contaba con 28 Centros de atención tisiológica, atendidos por 58 tisiólogos que trabajaban 162 horas diarias.

La Caja cuenta con 1,270 camas propias o contratadas. Con el fin de rebajar cuanto sea posible la cura sanatorial, la Caja ha establecido el sistema "Casas Sanatorias", en las que, con una organización mínima, la cura se realiza en igual forma que en todo instituto especializado.

Sección Madre y Niño.— La función específica de la Sección es informar sobre todos los asuntos técnicos y administrativos relacionados con los problemas de madre y niño. La labor es de tipo preventivo y es realizada por un personal formado por 120 pediatras, 45 tocólogos, 103 enfermeras y 230 matronas funcionarias, aparte de las matronas de libre elección que existen en las grandes ciudades.

La labor se inicia desde los primeros me-

ses del embarazo, se continúa durante el parto, que puede efectuarse en el domicilio o en una maternidad, y luego, por el control periódico del niño sano o enfermo. Durante las dos semanas que preceden y las 2 que siguen al parto, la asegurada recibe un subsidio en dinero, equivalente al 50 o/o de su salario, y después, durante 8 meses, la madre recibe un subsidio de lactancia equivalente al 25 o/o del salario.

El presupuesto por este capítulo alcanza aproximadamente a \$ 800.000.000 al año, de los cuales \$ 20.000.000 corresponden a alimentación infantil y \$ 5.000.000 a auxilios de maternidad y lactancia.

Además, se tiene un Servicio de Colocación Familiar para hijos de madres tuberculosas, que se atienden en casa de guardadores seleccionados y bajo la vigilancia de un pediatra, una enfermera y una visitadora social.

Controlamos actualmente 70.000 niños menores de 2 años, es decir, la cuarta parte de esta población. Esto nos ha permitido influenciar en forma decisiva la cifra de mortalidad infantil del país, que hace 5 años era de 25 o/o y hoy ha descendido a 18 o/o, siendo en la Caja sólo de 5 o/o entre los niños controlados.

Sección Invalidez.— De acuerdo con la Ley chilena, tienen derecho a acogerse a este tipo de seguro todos los imponentes que a causa de una enfermedad crónica e incurable padezcan de una incapacidad absoluta y permanente, exceptuándose a quienes se invalidan a causa de accidentes del trabajo. De acuerdo con su carácter social, la Caja ha ampliado el criterio de incapacidad a los asegurados que hubieren perdido las dos terceras partes de su capacidad general de ganar. Sin embargo, no queda comprendida en este tipo de seguro la incapacidad relativa y permanente, por lo que ha debido recurrirse a procedimientos indirectos para solucionar este problema. Existe en el Cuerpo Legislativo un proyecto de reforma de la Ley que consulta esta clase de invalidez.

El hecho de no encontrarse vigente aún el seguro de vejez, ha hecho gravitar sobre el seguro de invalidez una serie de afecciones agravadas por el factor senilidad. Las causas más frecuentes de invalidez en Chile corresponden, en orden decreciente, a: afecciones cardiovasculares, tuberculosis, afecciones neurológicas y psiquiátricas y afecciones oculares.

Sección Educación Sanitaria.— Tiene por finalidad impartir conocimientos prácticos sobre higiene general y enfermedades de trascendencia social en particular; facilitar la tarea y rendimiento de los servicios de medicina curativa y preventiva, e ilustrar a la masa asegurada sobre la organización de la Caja.

Aparte de estas funciones específicas, mantiene la Biblioteca Médico-Social y se encarga de la publicación del Boletín Médico-Social.

La Biblioteca cuenta con 3.100 volúmenes,

8.164 ejemplares de revistas y 18.180 fichas bibliográficas.

El Boletín Médico-Social, publicación oficial técnica de la Caja, apareció por primera vez en junio de 1934, y ha cumplido fielmente los propósitos enunciados en su primer editorial. Con el Seguro Social surgió una nueva medicina, diferente en su modo de aplicación en el medio social, con nuevos valores en juego, tanto psíquicos como económicos, que es necesario justipreciar en su debida forma. Al servicio de esta nueva modalidad de la Medicina, el Boletín ha estado durante los 14 años en que periódicamente se ha publicado.

Sección Bio-Social.— Fue creada en 1936 bajo el nombre de "Oficina de Investigaciones Bio-Sociales". Tiene por finalidad la investigación de todos los problemas médico-sociales, bio-sociales y sociales que surgen de la función misma del seguro social. Debe informar al Departamento Médico y a las Secciones Técnicas sobre las conclusiones y proposiciones que se deriven de sus estudios, para la orientación general y racionalamiento de los servicios.

Sección Perfeccionamiento Científico.— Esta Sección se inició el año 1937, otorgando sus beneficios a los médicos, dentistas, farmacéuticos, enfermeras, visitadoras sociales y matronas. Posteriormente, durante el año 1943, estos beneficios se hicieron extensivos al personal técnico-auxiliar.

Los beneficios han consistido en cursos colectivos para el personal técnico; organización de viajes colectivos e individuales al extranjero; envío de delegaciones a Congresos Científicos y Gremiales; organización de cursos de extensión cultural para el personal técnico-auxiliar y una revista con el mismo objeto; concesión de becas para alumnas de las Escuelas de Enfermeras y de Servicio Social.

El financiamiento se hace con un aporte ascendente al 1 por ciento de los sueldos del personal médico, para-médico y técnico-auxiliar, y con un aporte semejante de la Institución.

Sección Farmacia.— Esta Sección da las normas técnicas y administrativas de los servicios, estudia y propone las modificaciones y ampliaciones necesarias, y controla, por medio de sus inspectores, el eficiente y económico funcionamiento de éstos.

Las Farmacias pueden ser Zonales, de Centros Locales y Botiquines de Postas.

Las Farmacias Zonales, instaladas en los Centros Zonales, están calculadas con un rendimiento de 100 recetas diarias como mínimo. Las Farmacias de Centros Locales se instalan en los Centros de diversas categorías que lo requieran y atienden un mínimo de 500 recetas mensuales. Los Botiquines de Postas disponen sólo de las especialidades farmacéuticas del Arsenal Farmacológico de la Caja, y tienen un stock permanente y standard, modificable de acuerdo con la morbilidad regional.

El aprovisionamiento se hace a través de un gran laboratorio propio, el "Laboratorio

Chile", que fabrica y distribuye a lo largo del país las especialidades farmacéuticas. La Caja posee un arsenal farmacológico para sus servicios, que es revisado periódicamente por una Comisión de Farmacopea, para incluir los medicamentos más modernos.

Sección Dental.—La Caja atiende gratuitamente las extracciones, cirugía oral, limpieza y radiografías, y mediante una ligera remuneración, otras intervenciones de mayor envergadura. Las tarifas no rigen para los asegurados que requieren el tratamiento como un complemento del tratamiento médico que están realizándose.

La Sección tiene un bien estudiado plan de Dentística Preventiva, que se inicia con la atención dental obligatoria del niño durante la primera dentición, y hasta los 14 años, en forma coordinada con el Servicio Dental Escolar.

Establece la gratuidad de los servicios dentales para los asegurados afectados por enfermedades sociales; últimamente se ha ampliado la atención dental completa y gratuita a las embarazadas.

Servicio Social.— En estrecha colaboración con el Servicio Médico, las Asistentes Sociales investigan todos los factores que el médico necesita para completar su diagnóstico médico-social, proponiendo en sus informes las soluciones técnicas aconsejables. Todos los asegurados que acuden a los servicios de tuberculosis, cardiovasculares, madre y niño, venéreas, deben poseer una ficha social en su expediente médico.

Sección Medicina Preventiva.— Está encargada de supervigilar y favorecer el cumplimiento de los Reposos Preventivos ordenados por la Ley de Medicina Preventiva, sea en Sanatorios o Centros de Reposo Preventivo.

Realiza sobre 100.000 exámenes de salud anuales en el obrero en trabajo, denunciando la patología oculta que, tratada convenientemente, permite recuperar al trabajador a su vida activa, sin perjuicio económico posterior, tanto para él como para la Institución.

Las enfermedades que contempla esta Ley preventiva son: la tuberculosis, la sífilis y las enfermedades cardiovasculares.

El trabajador percibe su salario íntegro durante el reposo preventivo, estando limitado su tiempo exclusivamente al factor recuperabilidad al trabajo.

Distribución de los Servicios en el país.— De acuerdo con la densidad de la población, hemos distribuido nuestros Servicios Médicos en las siguientes categorías:

Centros Zonales.— Abarcan una o dos provincias y poseen todas las especialidades médicas:

Medicina Interna
Cirugía
Fisiología
Venereología

Radiología
Laboratorio
Dermatología
Oftalmología
Neurología
Cardiología
Ginecología
Tocología
Pediatría
Otorrinolaringología.

Son trasladados a ellos todos los enfermos que necesiten de alguna especialidad no consultada en centros más pequeños.

Centros Locales.— Para ciudades de menos de 30.000 habitantes. Cuentan con:

Medicina y Cirugía General
Venereología
Radiología
Pediatría
Tocología
Laboratorio
Servicio Dental

Centros Primarios.— Están ubicados en pueblos alejados de los grandes centros poblados, y poseen médico residente, camas de hospitalización, matrona y personal auxiliar.

Postas Médico-Rurales.— Es la unidad más elemental y es atendida por un practicante o por una matrona, siendo visitada periódicamente por un médico de la región. Posee un botiquín standard, al cuidado del practicante.

Enfocada con un sentido de medicina de masas, la labor del Médico Tratante deberá tener una calificación concordante con ella. Es así como anualmente se registra su trabajo en un formulario de calificación que consulta los principales rubros de su actividad: preparación técnica, colaboración funcionaria, colaboración técnica, criterio médico-social, etc.

Esta calificación está vinculada a un escalafón de valor legal, que permite al funcionario técnico ascender en grado por méritos, además de por antigüedad en el Servicio. Representa un factor permanente de emulación y control, que se traduce para el médico eficiente en una mayor remuneración, de acuerdo con los grados que asciende, y es para la Institución un valioso elemento de disciplina y buen rendimiento técnico.

El funcionario que se rutiniza y no demuestra mayor interés, será automáticamente desplazado por sus compañeros, debiendo retirarse de la Institución si sus actividades perjudican la buena atención de los imponentes.

Este procedimiento general tiene la virtud de evitar personalismos, funcionando, además, una Comisión de Apelaciones que conoce y resuelve en definitiva cada una de las calificaciones del personal.

CONCLUSIONES

- 1) La función y responsabilidad del Médico en el Seguro Social están determinadas por el sistema de trabajo implantado en él.
- 2) Estimamos que todo Seguro Social debe ser eminentemente colectivista en su organización médica, y de tipo preventivo-asistencial.
- 3) Esta organización debe funcionar dentro de una estricta jerarquización de funciones y responsabilidades, que deberá ser verificada por una calificación anual de todo el personal.
- 4) Esta calificación deberá tener valor legal, para lo cual debe ser sancionado su procedimiento por una Ley del Estado. Deberá representar, para el técnico, un efectivo aliciente, tanto moral como económico, debiendo ocuparse las vacantes por estricto orden de escalafón. Las autoridades superiores del Seguro Social deben participar en la Comisión de Apelaciones con el fin de evitar cualquier personalismo funesto.
- 5) La buena calidad, rendimiento y economía del Seguro Social serán la consecuencia inmediata de una organización en que el técnico vea garantizado su porvenir y pueda trabajar con tranquilidad.

Lucha contra la Tuberculosis

Dr. Alfredo L. Bravo

Jefe Sección Tisiología

La Institución tiene las siguientes obligaciones legales frente a los asegurados en lo que a Tuberculosis se refiere:

a) Pesquisa de la Tuberculosis entre los obreros supuestos sanos.

b) Atención médica y hospitalización del tuberculoso activo.

c) Concesión de subsidios en dinero a los incapacitados para el trabajo, subsidios que pueden ser totales en los casos recuperables o de parte del salario en los irrecuperables para el trabajo.

Al lado de lo anterior, la Caja, por resoluciones de Consejo y por reglamentación interna, ha aceptado afrontar las siguientes responsabilidades:

a) Pesquisa de la tuberculosis en los familiares del asegurado con tuberculosis activa.

b) Atención médica de las embarazadas tuberculosas, esposas de asegurados.

c) Prolongación de los plazos de atención que fija la Ley, cuando dentro de ellos no se ha conseguido la curación, pero hay expectativas de obtenerlas más adelante.

d) Control del hogar del asegurado tuberculoso.

Para absorber esta amplia labor, la Caja cuenta con Clínicas para pacientes tuberculosos en 26 ciudades a lo largo del país, incluyendo casi todas las capitales de provincias. Posee además 570 camas repartidas en 4 Sanatorios y una Casa de Reposo para osteo-articulares. Tiene, por último, en construcción, 300 camas para aislamiento.

Ahora bien, por las disposiciones legales que la rigen, la Caja de Seguro tiene obligaciones ineludibles frente a sus imponentes, como son la protección económica del incapacitado y la asistencia médica del enfermo. En un estudio de la Sección Bio-Social se llegó a establecer, en forma aproximada, que estos dos rubros, cuyo significado epidemiológico y preventivo es muy reducido, representan el 92.72% del presupuesto para tuberculosis de la Zonal Santiago, de donde resulta que sólo una mínima proporción de las inversiones de la Caja son destinadas a la profilaxis individual y colectiva y a la rehabilitación del tuberculoso.

Expresado en forma sumaria el problema, se reduce a que más o menos la cuarta parte del presupuesto médico de la Caja se invierte en Tuberculosis y que más del 90% de esta inversión está absorbida por obligaciones legales que son ineludibles y que representan muy poco en el campo de la epidemiología de la enfermedad.

Extensión del problema.— Conocido ya en sus líneas generales el aspecto económico del problema para la Caja de Seguro, es interesante intentar la determinación de la extensión del daño sobre el cual la Institución debe actuar.

Las estadísticas de mortalidad nos revelan que sobre un total de alrededor de 10.000 asegurados fallecidos cada año, 3.250, o sea casi con exactitud la tercera parte, reconocen como causa la Tuberculosis. Aceptando la

norma general de que cada muerte por tuberculosis corresponde a una existencia de 9 tuberculosos activos, podríamos calcular alrededor de 30.000 los asegurados que padecen la enfermedad en etapa de tratamiento, lo que representa una prevalencia de un 3% de tuberculosis activa en el total de más o menos un millón de asegurados.

Queremos, dar a conocer el resultado de una encuesta practicada por Antonio Delgado en un muestra de la población asegurada de Santiago realizada en 1942 y que comprendió 41.151 imponentes de la ciudad de Santiago. La prevalencia de tuberculosis activa en este grupo alcanzó a 1.166 obreros, o sea el 2.93%, dato que coincide con el obtenido a través de las estadísticas de mortalidad, pero que igualmente debe ser tomado con reservas.

La incidencia de la tuberculosis entre los asegurados es actualmente imposible determinarla, porque se conoce el número total de exámenes de pesquisa practicados cada año, pero se ignora cuantos de ellos corresponden a exámenes repetidos de años anteriores, por no existir una estadística individual de examinados.

Pesquisa de la Tuberculosis.— La investigación de la Tuberculosis en el individuo supuesto sano, que todos sabemos que es una de las bases fundamentales en un programa de control de la Tuberculosis y que es, además, una obligación legal impuesta a la Caja por la Ley 6.174, es realizada por la Caja en muy pequeña escala y en condiciones materiales muy exigua. La razón de esto es que dicha Ley no concedió a la Caja los fondos para la práctica de este examen primordial, sino que él debe ser abordado con el presupuesto ordinario de atención médica de la Institución. Ya hemos visto que dicho presupuesto es absorbido casi totalmente por las obligaciones asistenciales, médicas y económicas que la Ley 4.054, impone a la Caja, y de ahí que los exámenes de pesquisa no han podido llegar al nivel de un examen anual a toda la población que manda la Ley 6.174 y que exige la técnica moderna en un programa de control de la tuberculosis.

La Caja ha estado practicando en los últimos años un número de exámenes de pesquisa que oscila alrededor de los 100.000 anuales, más de la mitad de los cuales han sido hechos en Santiago.

El promedio de tuberculosis diagnosticada en estos exámenes ha sido de 5.95%, incluyendo formas activas e inactivas.

El único estudio detallado y estrictamente controlado sobre los resultados del examen de pesquisa, es el ya citado de Antonio Delgado. En él se dan los siguientes resultados:

	N.o	%
Individuos examinados . . .	41.151	100
Total de tuberculosis . . .	2.150	5,22
Estos últimos se dividen en:		

	N.º	%
Tuberculosis inactiva	984	2,29
Tuberculosis activa	1.166	2,93
Los casos activos se distribuyen en:		
Tuberculosis mínima	216	18,4
Tuberculosis moderadamente avanzada	519	44,5
Tuberculosis muy avanzada	408	34,9
Pleuresias	23	1,9

Los porcentajes de las tuberculosis activas están expresados, en razón del total de ellas, para destacar la distribución según la extensión lesional.

La baja proporción de formas mínimas y, por el contrario, la abundancia de formas muy avanzadas es un índice que puede orientar en forma bastante acertada sobre la gravedad del problema Tuberculosis en nuestra clase obrera. Los datos expuestos corresponden a la ciudad de Santiago y fueron colectados en 1942.

En los años subsiguientes hay datos globales, no revisados, que indican un leve descenso del total de tuberculosis activas y mayor acentuación del descenso en las formas muy avanzadas, lo que parecería estar indicando una acción favorable de la labor, aún cuando deficiente, que se ha estado realizando.

Control del grupo familiar.— Sabemos que la intervención de la autoridad sanitaria en el hogar del paciente, portador de una enfermedad infecto-contagiosa como la Tuberculosis es, después de la pesquisa de los focos, otro de los pilares fundamentales en que se afirma un programa de control. La acción en este aspecto se dirige a la vigilancia del paciente en su domicilio, a la educación sanitaria del grupo familiar y al examen de los contactos.

La Caja de Seguro ha tomado sobre sí esta responsabilidad desde hace más o menos un año (Julio de 1945), después de obtenido el convencimiento de que no era posible obtener la colaboración de otras Instituciones en este aspecto y de que esta labor es de tal trascendencia que si se seguía neglijendo, la Caja no podría esperar una mediana eficacia de las demás medidas de control en la población asegurada.

Se dispone para esta labor de 12 Enfermeras Sanitarias que tienen a su cargo sectores de la ciudad. Cada una de ellas se hace cargo del grupo familiar inmediatamente después de diagnosticado el paciente en el Consultorio de la Caja y cierra el caso solamente por alta o por fallecimiento del caso-índice y después de un periodo prudente de observación. El exámen de los contactos se realiza en los Consultorios de la Caja y los familiares no asegurados, en los que se comprueban tuberculosis son enviados a los establecimientos de Beneficencia para continuar su atención.

En esta forma se tienen hoy día bajo control más de mil familias y han sido examinados más de 2.000 contactos. El 15% de los cuales ha sido encontrado afectado de tuberculosis.

La experiencia de este primer año de trabajo ya permite establecer algunas conclusiones de utilidad, ellas son:

1.º La acción educativa de las Enfermeras Sanitarias y la persecución del inasistente por las citadoras, se está traduciendo en una actitud de mayor cooperación de los asegurados a la acción médico-social de la Caja en materia de Tuberculosis.

2.º Entre la población obrera de Santiago existe una cierta proporción no determinada aún, pero que oscila entre el 20 al 30% de familias que tienen el mínimum de condiciones para mantener a un tuberculoso en reposo en su seno, con beneficio para el enfermo y sin riesgo para los convivientes.

3.º El problema más grave para el hogar del asegurado es el del tuberculoso con lesiones muy avanzadas y con frecuencia caquético, que crea problemas profilácticos y económicos que en la actualidad no tienen solución, por la ausencia de las camas de aislamiento.

4.º El examen de los contactos en forma rutinaria está repitiendo los cifras ya demostradas en muestras de la población de entre un 15 a un 20% de tuberculosis activa.

Labor asistencial.— La Caja de Seguro, como Institución de Previsión que debe abordar la atención médica con criterio colectivo, ha procurado sistematizar la asistencia del tuberculoso en normas fisiológicas que han sido compendadas en un Guía de Trabajo Técnico, destinado a Médicos y Enfermeras. En estas normas se ha suprimido todo trámite o procedimiento dilatorio y oneroso y se standardiza la atención a base de métodos de examen y de medios terapéuticos simples, económicos y de eficacia reconocida. Los Jefes de los equipos médicos son los responsables del cumplimiento de estas normas.

En el aspecto terapéutico, propiamente tal, la Caja considera que sólo dos labores importantes puede realizar desde el Consultorio: la vigilancia del paciente que reposa en su casa y el pneumotórax ambulatorio. Este último ha sido propiciado como elemento terapéutico y profiláctico, a la vez. Representa un medio económico de abordar el problema de la Tuberculosis, ya que cada paciente tratado con pneumotórax artificial eficaz en el Consultorio significa una cama de hospital o de Sanatorio menos que se ocupa y, lo que es más importante, representa un foco de diseminación de bacilos que se cierra y deja de contaminar a sus allegados. Se sabe, además que el paciente con pneumotórax eficaz puede reintegrarse a su trabajo en periodos breves, que se calculan en promedio de seis meses, con lo que dejan de gravitar sobre el presupuesto de subsidios de la Caja.

De los fracasos y complicaciones del pneumotórax, derivan las indicaciones de tratamiento quirúrgico de la tuberculosis las cuales son manejadas con el mismo criterio terapéutico y profiláctico de cerrar focos de contagio y recuperar individuos para el trabajo, aún cuando no se les devuelve un estado de salud y capacidad de trabajo integrales.

Los médicos del Hospital Sanatorio "El Peral", han publicado en este último aspecto una contribución interesante, en la que de-

muestran, con el estudio de 878 casos, que el 77% de ellos obtiene mejoría clínica y el 64% recuperan su capacidad de trabajo dentro de un promedio de seis meses de pneumotórax ambulatorio. Prueban, además, que el pneumotórax ambulatorio no es más riesgoso que el mismo tratamiento en medio cerrado.

Hospitalización.— Es este un rubro que merece párrafo aparte dentro de labor asistencial de la Caja, por la importancia que reviste el problema y por las opiniones encontradas que se debaten a su alrededor.

A nuestro juicio, la hospitalización del tuberculoso obedece a tres fines principales:

a) Simple reposo del paciente con lesiones no susceptibles de tratamiento activo. Consideramos que en un país pobre como el nuestro y con gran déficit de camas (4.370 camas frente a 12.837 muertes registradas), este tipo de hospitalización es el menos importante y que sólo se justifica en aquellos casos en que sus condiciones económico sociales, culturales y sanitarias impiden definitivamente el reposo en el domicilio.

b) Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis. Es obvio que sólo puede ser realizado en un medio hospitalario.

c) Aislamiento del paciente contagioso. Creemos que es esta la razón primaria que debe regir la hospitalización del tuberculoso y hemos llegado a sostener que la baciloscopia positiva debe ser condición para hospitalizar un tuberculoso. Es evidente que, teóricamente debemos suponer que todo tuberculoso elimina bacilos en algún momento de la evolución de su enfermedad, pero no es menos cierto que, desde el punto de vista de la difusión del contagio, es mucho más importante el individuo con baciloscopia directa positiva que aquél en el que la eliminación bacilar es escasa y esporádica. Esta situación se agrava aún más cuando el paciente bacilífero convive con menores en un medio ambiente de pauperismo, caso que es desgraciadamente demasiado frecuente en nuestra clase obrera.

Sabemos que el aislamiento como medio de lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas tiene hoy día serios detractores y por ello deseamos justificar nuestra posición.

Comprendemos que en las enfermedades infecciosas, de origen alimenticio o digestivo y en aquellas otras transmitidas por parásitos o por mosquitos, el aislamiento tenga un valor muy secundario frente a otras medidas de saneamiento de las poblaciones, pero seguimos considerando al aislamiento como un elemento primordial de control de las enfermedades infecto-contagiosas de transmisión humana directa por la vía respiratoria como la Tuberculosis. Su evolución crónica, que impide el agotamiento de la infección en plazos breves, como ocurre en las enfermedades agudas, es otra característica que habla igualmente en favor del aislamiento.

Estudios nacionales y extranjeros sobre frecuencia de test tuberculínico positivo y sobre prevalencia de la tuberculosis en los contactos hablan en igual sentido. Así, por ejemplo, los investigadores de Tennessee de-

claran las siguientes cifras de prevalencia de la tuberculosis:

Alumnos de colegios	0,7%
Obreros de la industria	2,2%
Comunidad en general	4 %
Contactos	9 %

Estos datos y muchos otros que se podrían citar demuestran la mayor frecuencia de la tuberculosis entre los contactos y especialmente entre los contactos del paciente bacilífero. Sabemos, por otra parte, que el tuberculoso elimina abundantemente bacilos durante un periodo, en promedio, de dos años antes de su muerte. Parece entonces lo lógico hacer un esfuerzo para mantener aislados a los enfermos durante ese periodo de dos años, separándolo de sus familiares por lo menos durante el período más peligroso, ya que no es practicable durante todo el curso de la enfermedad. Nadie puede discutir de qué sería menos oneroso hacer educación sanitaria y control del hogar por enfermeras, para que el aislamiento se pudiera hacer en el propio domicilio del paciente. Creemos que esa labor debe hacerse simultáneamente, pero, con espíritu realista, no ciframos en ella sino que esperanzas muy limitadas, pues la experiencia nos demuestra que un alto porcentaje de los hogares de nuestra clase proletaria no sirve para albergar ni siquiera a los individuos sanos, mucho menos pueden servir para que un enfermo grave y contagioso fallezca, sin representar un riesgo para sus familiares.

II.— PROTECCION ECONOMICA DEL TUBERCULOSO

Analizado en forma sumaria el aspecto médico del problema de nuestra lucha contra la tuberculosis, queremos agregar algunas palabras sobre la protección económica del tuberculoso, siguiendo con ello la doctrina sustentada desde hace años por Julio Bustos de que estos dos factores deben marchar unidos y paralelos.

Desde el punto de vista de la protección económica que reciben, existe entre nuestros tuberculosos un grupo privilegiado que es el de los "Casos recuperables", a los que la Ley de Medicina Preventiva les concede el Subsidio total. Este beneficio es concedido por las Comisiones de Medicina Preventiva, que son cuerpos colegiados que resuelven a la vista de documentos clínicos y radiográficos, sin examinar al enfermo y que, por tanto, están en las mejores condiciones para incurrir en errores. Sus resoluciones están sujetas a apelación ante otro tribunal médico de iguales características, que son las Comisiones de Reclamos. El asegurado tuberculoso que recibe de estos organismos el calificativo de Grupo III, es como si hubiera recibido su certificado de defunción en vida. Sin embargo, ¿cuántos de ellos burlan esta condena a muerte y se mejoran a pesar de las Comisiones? Los Tisiólogos vemos a diario estos casos y es una encuesta por realizar ésta de conocer el estado actual de los pacientes calificados como "Irrecuperables" hace algunos años.

Aquellos pacientes que no alcanzan este privilegio del subsidio preventivo, deben recibir los subsidios corrientes que concede la Ley 4054, que llegan en el mejor de los casos al 50% del salario. Otra dificultad para estos enfermos protegidos por la Ley 4054, y que no se presenta en los acogidos a reposo preventivo, se deriva de los plazos limitados de atención, los que llegan a un máximo de 52 semanas. La tuberculosis, enfermedad crónica por excelencia, sólo raramente cura a plazo de un año, cuando ha de curar.

La solución a estos problemas sólo llegará cuando desaparezca la actual diferencia entre asegurados y no asegurados, y nuestras leyes reconozcan el derecho de nuestros conciudadanos a que su salud esté protegida por el sólo hecho de haber nacido.

Finalmente, de acuerdo con la Ley, la Caja sólo puede conceder el beneficio de la Invalidez al asegurado que ha perdido su capacidad de trabajo en forma absoluta y permanente, aún cuando el Consejo, comprendiendo el problema del tuberculoso ha llegado un poco más lejos y ha, prácticamente, autorizado la Invalidez temporal, a base de controles médicos del asegurado pensionado de Invalidez, dejando la posibilidad de suspender por Decreto los efectos de la Pensión si el tratamiento posterior permite obtener cierta mejoría. Para completar los beneficios para el tuberculoso crónico, falta considerar en la Ley la invalidez parcial y permanente, que se podría conceder a aquel tuberculoso crónico, sin mejoría posible, pero asintomático y con buen estado general, que conserva por muchos años cierta capacidad residual de trabajo, que sería susceptible de aprovecharse si una Pensión parcial compensara la parte del salario que el individuo es incapaz de ganar. Este problema va íntimamente ligado al de la rehabilitación del tuberculoso, materia que hasta este momento ha sido abordada sólo en forma limitada y elemental. A nuestro juicio, existen dos soluciones para este tipo de enfermos: una sería la que se ha dado en Alemania y en algunos países nórdicos, en los que la Ley exige a la industria mantener una cierta proporción de enfermos semi-inválidos que desarrollan trabajo limitado y ganan salarios de acuerdo con lo que producen, compensando la Previsión, con prestaciones en dinero o en especies, el saldo hasta completar una renta vital, esta solución cuenta, como se comprende fácilmente, con la oposición del capitalista y aún de los obreros mismos, que temen al contagio con sus compañeros enfermos. Otra manera de proteger a estos inválidos parciales es el temperamento adoptado en Inglaterra y Estados Unidos de Norteamérica, donde se ha ido a la organización de centros industriales que ocupan exclusivamente tuberculosos, los que trabajan jornadas parciales, controladas por el Médico y la Enfermera Sanitaria y proveyendo las Agencias de Ayuda Social la parte de salario que ellos no son capaces de ganar. Consideramos que esta última sería una solución que podría ser abordada por la propia Caja de Seguro Obligatorio, estableciendo fábricas de su propiedad en zonas suburbanas, rodeadas por una población

obrera, ocupando exclusivamente enfermos crónicos semi-inválidos y dirigidos y controlados de cerca por médicos y enfermeras sanitarias, tanto en su trabajo, como en su vida en el hogar. Aún cuando semejantes organizaciones no fueran económicamente productivas, creemos que, por lo menos el producto de la industria podría financiar su mantenimiento y la Caja realizaría, casi sin costo, una obra de evidente bienestar social. Esto permitiría, además, hacer un aislamiento y estricto control sanitario de estos pacientes, generalmente contagiosos, que en la actualidad, al perder sus derechos a hospitalización, siguen sembrando el contagio en el medio urbano en que siguen viviendo.

El resumen de todo lo anterior, que es una exposición sumaria de lo que la Caja de Seguro Obligatorio practica y desea perfeccionar en su programa de control de la tuberculosis, está brevemente expresado en las Conclusiones de la Concentración de Médicos-Jefes de Panimávida, de Diciembre de 1945, que dice:

"Que en virtud de lo anterior, es necesario dar a la campaña una orientación preferentemente epidemiológica.

Las bases técnicas de esta campaña deben ser las siguientes:

- a) Pesquisa intensiva entre aparentemente sanos y contactos;
- b) Tratamiento ambulatorio o domiciliario controlado;
- c) Campaña de Educación Sanitaria;
- d) Aislamiento del contagioso.

La Unidad Tisiológica así concebida debe comprender fundamentalmente un Centro de Epidemiología y Pabellones de Aislamiento, y secundariamente, Hospitales de Tránsito y Sanatorios.

El Centro de Epidemiología de la Tuberculosis estará formado por:

- a) Registro Central de casos de tuberculosis;
- b) Pesquisa y Control de pacientes;
- c) Pneumoterapia ambulatoria;
- d) Servicio de enfermería;
- e) Servicio de citaciones; y
- f) Control de hospitalizaciones.

Los Pabellones de aislamiento, inexistentes hasta hoy día, deberán ocupar lugar preferente entre los proyectos en estudio. Estarán distribuidos en todo el país, y el número de camas será proporcional a la mortalidad por tuberculosis de cada Zonal.

En materia de protección económica, debe propiciarse una modificación de las leyes 4.054 y 6.174, que contemple:

- a) Subsidio adecuado para todo asegurado con tuberculosis activa;
- b) Protección por tiempo indefinido;
- c) Reconocimiento de la invalidez relativa y de la invalidez temporal; y
- d) Organización de la rehabilitación.

La importancia del esfuerzo económico que este plan significa, obligará a los Poderes

Públicos a un mayor aporte financiero a favor de la Caja, única manera de que ésta pueda afrontar integralmente tal responsabilidad.

Finalmente, se declara que el ideal de organización para toda campaña contra la tuberculosis es el Comando Único, técnico, administrativo, financiero y con respaldo legal. Los sistemas de coordinación pueden ser re-

comendados solamente a condición de que se hagan entre instituciones que tengan o acepten la misma orientación técnica que la Caja y que estén dispuestas a hacer un aporte proporcional y efectivo. Entretanto, la Caja debe abordar sola sus responsabilidades, movilizandó todos sus elementos médicos, especializados o no.

Protección Materno Infantil en Chile

Dr. Pedro Araya Chiappa

En la imposibilidad de analizar detalladamente la labor de las distintas instituciones que en Chile han abordado el problema de la protección materno-infantil, sólo nos concretaremos en esta ponencia, que nos permitimos presentar al Congreso de Medicina Social de la Habana a mencionar los principales organismos, para comentar más extensamente la acción médico-social de la Caja de Seguro Obligatorio.

Comenzaremos por exponer algunos datos bio-demográficos.

Antecedentes Bio-demográficos

Según el Censo de 1940, de la República de Chile, la distribución de la población menor de 15 años, era la siguiente:

Tabla N.º 1.

Lactantes (0-2 años)	259.398	(5,1%)
Pre-escolares (2-6 años)	486.798	(9,7%)
Escolares (6-15 años)	1.119.961	(22,3%)
Población total de Chile	5.023.539	(100,0%)

Según la Tabla N.º 1 el 37,1% de la población total corresponde a personas menores de 15 años, porcentaje exactamente igual al arrojado por el Censo de 1930.

Como en Chile, país joven, la tasa de natalidad se ha mantenido en forma casi estable, salvo ligeras fluctuaciones anuales, la distribución de la población por edades no ha experimentado, hasta el momento, las alteraciones de la pirámide de la población sufridas por aquellos países que han visto disminuir notablemente sus tasas de natalidad.

En la Tabla N.º 2 comparamos la distribución por edades de nuestro país con Inglaterra y Gales (Censos de 1930 y 1931 respectivamente).

Si comparamos la distribución porcentual por grupos de edades, vemos que en Inglaterra y Gales según el Censo del año 1931 hay mayor porcentaje de los grupos de edades superiores a 25 años que en nuestro país. Ahora en Inglaterra misma si se comparan los datos arrojados por los Censos 1901 y 1931, se ve que se ha alterado notablemente la constitución de la pirámide de la población a expensas de los niños, explicable como dijimos, por la reducción de la natalidad observada en el mismo periodo.

Tabla N.º 2

EDADES	CHILE habitantes	(Censo 1930) %	Inglaterra y Gales Censo 1901	Censo 1931
0- 4 años	589.920	13,7 %	11 %	7 %
5-14 años	1.003.859	23,4 %	21 %	16 %
15-24 años	886.173	20,6 %	20 %	17 %
25-49 años	1.315.007	30,6 %	33 %	37 %
50 y más	492.486	11,4 %		23 %
TOTAL	4.287.445	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Natalidad y mortalidad infantil

Nuestra natalidad y mortalidad infantil es bastante elevada; aún más la mortalidad infantil de Chile, al decir de algunas publicaciones demográficas, sería una de las más altas del mundo. No obstante estimamos que nuestros coeficientes de mortalidad infantil son muy inferiores a los de muchos países de

América. En estos últimos las deficiencias estadísticas encubren la verdadera realidad y magnitud del problema de la mortalidad infantil.

En la Tabla N.º 3, damos los coeficientes de mortalidad infantil de algunos países de América, señalados en el Anuario de la Sociedad de las Naciones (1942-44).

TABLA N.º 3

PAISES	Natalidad por 1.000 Habts.	Mortalidad infantil Por 1.000 nacidos vivos					
		1931/5	1937	1942	1943	1944	1945
Canadá (1943)	24,0	75	76	54	54	—	—
EE. UU. (1943)	21,5	59	54	40	40	—	—
México (1942)	45,5	134	131	118	117	—	—
Argentina (1943)	24,4	97	95	84	78	—	—
CHILE (1944)	33,2	248	241	195	194	184	184
Colombia (1943)	32,9	156	154	154	—	—	—
Costa Rica (1943)	41,1	159	142	157	117	—	—
Uruguay (1942)	19,4	100	96	93	—	—	—
Venezuela (1943)	36,3	149	135	115	109	—	—

Más adelante comentaremos más detenidamente la marcha descendente de nuestra mortalidad infantil.

Instituciones

La Protección a la madre y al niño en Chile está a cargo de distintas instituciones: estatales, semifiscales y particulares.

Entre las particulares pero que también reciben aporte del Estado, mencionaremos a las **Gotas de Leche** que en la capital (Santiago) dependen del Patronato Nacional de la Infancia, institución fundada hace más de 35 años.

Atiende exclusivamente al lactante, niño de 0-2 años. Su labor principal es pues de puericultura post-natal; sólo en los últimos años y en 3 de las 17 Gotas de Leche distribuidas en los distintos barrios de la capital se complementa la atención con la asistencia prenatal. El volumen de lactantes controlados fluctúa alrededor de 3.500. Además de la labor de puericultura post-natal las Gotas de Leche prestan atención médica preventiva y curativa a cargo de técnicos, pediatras, enfermeras y auxiliares; cuentan además con visitadoras sociales.

En cuanto a las Gotas de Leche de provincia que controlan alrededor de 2.000 lactantes, sólo diremos que la calidad técnica de su labor deja mucho que desear.

La institución estatal por excelencia es la **Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia**. Como las distintas instituciones que en el país se dedican a la protección materno-infantil han desarrollado su acción conforme a normas propias, individuales e inconexas unas de otras, el Estado decidió encarar y plantear la solución integral del problema ya desde 1940. El 7 de octubre de 1942 en virtud del Decreto Supremo N.º 20/1412, se crea la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia dependiente del Ministerio de Salubridad.

En esta Dirección se refundieron los siguientes servicios que estaban distribuidos en los Ministerios de Salubridad, Justicia y Educación.

a) El Departamento Central de Madre y Niño dependiente del Consejo Nacional de Salubridad.

b) El Servicio Dental Escolar obligatorio dependiente del Ministerio de Salubridad.

c) El Departamento de Bienestar de la Madre y el Niño de la Dirección General de Sanidad y los Centros Preventivos que de él dependían.

d) El Departamento de Sanidad Escolar y los médicos escolares de Santiago y de las provincias de la Dirección General de Sanidad.

e) La Dirección General de Protección de Menores dependientes del Ministerio de Justicia.

f) El personal médico y de enfermeras que prestaban sus servicios en el Ministerio de Educación.

El Departamento del Niño de la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia tomó a su cargo la atención de la madre, el lactante, el pre-escolar y el escolar. La atención de la embarazada, lactante y pre-escolar se lleva a cabo por intermedio de los Centros Materno-infantiles de los cuales hay 10 en la capital y 26 en las principales ciudades de la República.

Estos Centros son atendidos por especialistas, tocólogos, pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares técnicos. Hay además servicio social. Como el servicio no cuenta con matronas domiciliarias, el parto es atendido en Maternidades o por matronas particulares y en Santiago por matronas de la Escuela de Obstetricia y Puericultura.

En cuanto al volumen de atenciones prestadas por el Departamento del Niño, nos atenderemos a los datos publicados por la Dra. Luisa Pfau, médico Jefe del Departamento.

mento, en el Bolétin Médico-Social N.º 128-130. "Al comenzar el año 1944, Protección a la Infancia tenía en sus Centros Materno-Infanciales 9.715, lactantes y 7.421 pre-escolares"; "Controles de salud en los niños de las escuelas primarias se practicaron en 172.634".

Por razones presupuestarias, la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia no ha podido desarrollar su extenso plan de acción en pro de la Madre y el Niño.

Consejo de Defensa del Niño.— (1) Institución de derecho privado con presupuesto fiscal de \$ 11.000.000 y aporte particular de \$ 400.000 al año.

Tipo de asistencia: 1) — Abierta con 6 Centros de Defensa. Establecimientos con capacidad para 300 niños pre-escolares y escolares, donde el niño recibe atención médica, social, instrucción de Kindergarten y alimentación. Estos Centros están ubicados en barrios sub-urbanos. Atienden a familias desorganizadas (madre viuda, abandonadas, etc., etc.), o con situación económica deficiente. 2) Cerrada: para niños abandonados o semi-abandonados. 1.º Ciudad del Niño con capacidad para 600 niños de ambos sexos (escolares). 2.º Casa Central con capacidad para 100 niñas escolares. 3.º Hogar San Vicente de Lillole con capacidad para 80 niños pre-escolares. 4.º Hogar República del Perú (adolescentes del sexo masculino). 5.º Hogar Bélgica (adolescentes del sexo femenino) Colocación Familiar (300 niños pre-escolares). Servicios de tuberculosis, a) Sanatorio de los Guindos (150 camas); b) Preventorio de San Bernardo (80 camas); c) Policlínica Central. Casa de la Madre: atención de la embarazada con problemas económicos, morales o otra índole. Capacidad para 100 embarazadas. La Casa de la Madre cuenta con las siguientes secciones: a) Prematernidad; b) Madre e hijo; c) tránsito para niños de 1 a 4 años (capacidad 20 camas). El Consejo de Defensa cuenta con filiales también en las ciudades de Antofagasta, Valparaíso y Concepción. El volumen total de niños en atención, alcanza a 7.000.

Servicios de Beneficencia y Asistencia Social.— Es una institución semifiscal con aporte del Estado en su mayor parte y legados particulares. De la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social dependen los Hospitales y Policlínicas. Atienden a la madre durante su embarazo, parto y puerperio y al niño enfermo; esta última atención es meramente curativa.

Además de las instituciones mencionadas existen otras de carácter particular, cuyo volumen y calidad técnica de la atención es mínima por lo cual no vale la pena mencionárselas.

Caja de Seguro Obligatorio.— La Caja de Seguro Obligatorio es la primera institución del país en materia de protección a la madre y al lactante tanto en su aspecto médico preventivo y curativo como social, económico y jurídico.

(1) Datos proporcionados por el médico Jefe, Dr. Roberto Infante Y.

I.—Antecedentes Jurídicos y Acuerdos del Consejo de la Caja.

La Ley de Seguro Obrero Obligatorio o Ley 4054, del 8 de Septiembre de 1924, en su artículo 15, inciso c), dice:

"Atención profesional de las aseguradas durante el embarazo, parto y puerperio y además, un auxilio del 50% del salario durante las dos semanas que preceden y siguen al parto, y de un 25% en el periodo posterior prolongado hasta el destete, cuando amamantaren a su hijo. Este periodo no podrá exceder de 8 meses".

De acuerdo con el texto de la ley, se organizaron en las principales ciudades del país Consultorios "Madre y Niño" que atendían al lactante (al hijo de la asegurada) hasta los 8 meses de edad, prestando atención médica y dando medicamentos y en ciertos casos alimentos (leche en polvo).

En 1935 se crea, dentro de la Sub-Administración Médica (2) el Servicio de la Madre y el Niño, como una sección técnica destinada a señalar e impartir las normas e instrucciones generales standard para todo el país. La Sección se rige por un Reglamento aprobado por el Consejo de la Caja, el 4 de diciembre de 1936.

Por acuerdo del Consejo se prolonga, el 1.º de diciembre de 1936, la atención de los hijos de las aseguradas hasta los 2 años de edad.

Por el Decreto-Ley N.º 308, del 31 de mayo de 1937, se alza la cuota patronal en 1 o/o, y la del Estado en 1/2 o/o, por el periodo de un año, con el objeto de destinar no menos de la tercera parte del aporte del Estado a mejorar y ampliar los Servicios de Madre y Niño. Con este aporte complementario, el Consejo acuerdo extender, desde el 1.º de diciembre de 1937, la atención médica a la mujer legítima del obrero asegurado y de su hijo, hasta los 2 años, pasando, desde este momento, la Sección Madre y Niño a convertirse en la primera institución de protección y asistencia médicosocial del país. Posteriormente, por medio de la Ley 6.236, del 25 de agosto de 1938, en vigencia desde el 10 de septiembre del mismo año, se alzó definitivamente la cuota fiscal en 1/2 o/o, destinándose íntegramente "la tercera parte del producto total de esta cuota a los servicios de la Madre y del Hijo" (Art. 2.º).

II.—De las finalidades, organización y funcionamiento.

Según el Reglamento, el Servicio de la Madre y del Niño, de la Caja de Seguro Obligatorio, tiene por objeto hacer puericultura pre y postnatal; esta última hasta la edad de dos años, pudiendo extenderse la acción asistencial, cuando los recursos financieros de la Caja lo permitan y el desarrollo de los Servicios lo aconseje, a las demás etapas de la vida del niño.

El esquema para la atención de Madre y Niño es uniforme para todo el país, y com-

(2) Dirección de los Servicios Médicos desde el 24-XII-1936.

prende normas que se siguen con diferencias de aplicación, que dependen, sobre todo, de dificultades materiales.

Este esquema comprende:

1) Atención prenatal con control clínico de la embarazada, y práctica rutinaria en cada nueva consultante, de reacciones serológicas (Wassermann y Kahn), radioscopia de tórax, examen de orina y presión.

2) Atención del parto en maternidades y en el domicilio. La atención del parto de la primigesta se hace, salvo rarísimas excepciones en la maternidad; en la multipara se prefiere el parto en el domicilio. La Caja paga a las maternidades por la atención del parto de las aseguradas; las no aseguradas van como indigentes o pagan por su cuenta. En las grandes ciudades, el parto a domicilio es atendido por matronas de libre elección, pagando la Caja una suma determinada, sin distinguir si la parturienta es o no asegurada. En las pequeñas ciudades, los partos a domicilio son atendidos por la matrona funcionaria, quien percibe, además de su sueldo mensual, una asignación por esta atención, variable, según sea el parto urbano o suburbano.

3) Control del recién nacido y del lactante hasta los dos años de edad, por pediatras que prolongan su acción en el domicilio por medio de enfermeras sanitarias. Además de la atención médica, los lactantes reciben medicamentos y leche, sea condensada o curativa, sin costo alguno para sus familiares.

4) Servicio social, tanto en la época prenatal como postnatal.

La atención pre y postnatal prestada en los Consultorios, Centros primarios, Estaciones Médico-rurales y Postas, distribuidos a lo largo del país, la realiza un verdadero ejército de tocólogos, pediatras o médicos generales (previo curso de capacitación en obs-

tetricia y pediatría), matronas, enfermeras y visitadoras sociales. El número de funcionarios, en 1944, era el siguiente: Pediatras 129, Tocólogos 38, Matronas 232, Enfermeras 85, Visitadoras sociales 49. No se incluyen los médicos generales, ni las matronas de libre elección.

III.—Antecedentes financieros.

El Servicio de Madre y Niño se financia de acuerdo con las Leyes 4,054 y 6,236.

Del total de gastos del Departamento Médico de la Caja, \$ 360.648.437,88, en 1945, se gastaron en el Servicio de Madre y Niño \$ 84,1 millones, es decir, el 23,3 o/o. Esta suma involucra no sólo los gastos generales directos, sino que, además, la parte proporcional por concepto de personal administrativo y secundario, local, gastos generales, etc.

El volumen de atenciones prestadas a la mujer legítima del asegurado y a su hijo, prima sobre el de la asegurada y su hijo. Más o menos el 55 o/o del total de las atenciones corresponde a las no aseguradas (ver tablas Nos 7 y 11), cuyo financiamiento debería hacerse con el aporte de la Ley 6,236. Si de los \$ 84.100.000 descontamos el ítem "Auxilio maternal" y "Auxilio de lactancia" (\$ 6.456.865,08), que no perciben las no aseguradas, quedan \$ 77.643.134,92. El 55% de esta suma, es decir, \$ 42.703.724, 20, representa el gasto de la atención de la mujer no asegurada y su hijo; y como la Ley 6,236 aportó, en 1945, sólo \$ 28.898.614,43, la Caja debió concurrir con \$ 13.805.109,77 de sus propios fondos.

Sin embargo, estas disquisiciones de orden financiero poco importan frente al valor del capital humano en juego.

En la Tabla No 4 damos el gasto registrado en los principales ítem de los ejercicios presupuestarios que se enumeran.

T a b l a N.º 4

Presupuesto Junio-Julio	Auxilio maternal	Atención maternal	Auxilio lactancia	Alimentación infantil
1940-41	1.308.610,23	1.052.526,00	1.706.381,55	5.773.029,92
1941-42	1.415.074,43	998.527,80	1.870.081,01	7.295.705,18
1943	1.677.666,00	1.538.727,70	2.223.851,00	8.828.605,63
1944	2.060.728,29	1.642.980,65	2.531.780,91	12.484.334,68
1945	2.401.757,07	3.261.522,00	4.055.108,01	12.002.870,42

En la Tabla No 4 se ve claramente cómo el volumen de los distintos ítem ha ido paulatinamente creciendo, desde el ejercicio presupuestario 1940-41 hasta 1945, de acuerdo con el aumento progresivo y constante del número de embarazadas y niños atendidos, el alza de los salarios y el costo de los me-

dicamentos y alimentos. Analizaremos someramente los tres últimos ítem.

Atención Maternal.— A este ítem se imputa el pago a las matronas de libre elección, y la asignación de movilización a las matronas funcionarias por atención de parto a domicilio. El mayor gasto habido en 1945

se debe a que se aumentó el pago a las matronas de libre elección, por cada parto: a partir del 1.º de enero de 1945, de \$ 120 y \$ 150, a \$ 240 y \$ 300 por parto urbano y rural, respectivamente.

Auxilio de Lactancia. — La cuantía y la duración del Auxilio de Lactancia, especificadas en la Ley 4.054, se modificó de acuerdo con el Reglamento del Servicio Madre y Niño, aprobado en diciembre de 1936, reduciéndolo al 10 o/o del salario, pero extendiéndolo hasta los 12 meses. Ocho años más tarde, de acuerdo con el Reglamento General de Beneficios y Asistencia Médica, aprobado por el Consejo el 6-III-1945, se fija en el 25 o/o del salario de la asegurada, durante 8 meses, es decir, se vuelve a lo estipulado por la Ley 4.054. Esto representa para la Caja un 66,6 o/o de mayor gasto.

Alimentación Infantil. — Si bien en ningún país en que existe Seguro Social, éste hace entrega gratuita de alimentos lácteos para lactantes, el Servicio de Madre y Niño, considerando que en Chile el problema central en materia de protección y asistencia del lactante, es el de alimentación correcta, cuantí y cualitativamente, pide que la Caja de Seguro consulte entre sus prestaciones la dación de alimentos lácteos en aquellos casos en que, por razones obvias, se hace necesaria la alimentación complementaria o artificial, en atención a las precarias condiciones económicas de la masa asegurada. Esta medida es, por lo demás, de carácter preventivo, sobre todo en nuestro país, en que los trastornos nutritivos juegan un importante rol en los índices de morbi-mortalidad infantil. Cabe recalcar, además, que con ella la Caja no se ha convertido en una central repartidora de leche sin tasa ni medida, o en una institución fomentadora y patrocinadora de la alimentación artificial, ya que, por el contrario, conforme al espíritu de la Ley, estimula la lactancia materna por intermedio de la prédica diaria del pediatra, matrona, enfermera, visitadora social y del auxilio de lactancia.

No dejamos de reconocer, sin embargo, que esta política de dación de alimentos lácteos a los hijos de los asegurados (asegurado y

asegurada), adormece y extingue el sentido de responsabilidad de los padres para con sus hijos, pero mientras subsistan en el país las precarias condiciones de salario y otros factores, habrá que persistir en el temperamento aconsejado por la Sección Madre y Niño. (3).

Tabla N.º 5

Consultas Caja de Seguro y Servicio Madre y Niño.

Años	Caja Seguro	Servicio Madre y Niño	% del total
1945	3.632.927	1.340.959	36,9
1944	3.505.111	1.293.968	36,9
1943	3.537.207	1.341.579	37,8
1942	3.775.033	1.390.146	36,8
1941	3.911.540	1.363.110	34,0

La Tabla N.º 5 nos indica que más de la tercera parte del total de Consultas de la Caja corresponde al Servicio de Madre y Niño, en todos los años comparados. En consecuencia, el Servicio Madre y Niño es uno de los más importantes del Departamento Médico, no sólo por el volumen de las atenciones prestadas sino que, principalmente, por la repercusión evidente que su labor ha tenido en la Salubridad nacional, especialmente en los índices de mortalidad y mortalidad infantil, como lo veremos luego.

(3) Las figuras cumbres de la pediatría moderna han manifestado que el pediatra encontrará siempre las mejores drogas en la cocina de leche, lo que, sin embargo, no es ninguna novedad, pues Hipócrates (460-377 A. J. C.), ya lo había subrayado cuando dijo: "La Alimentación correcta es uno de los pilares más sólidos para el mantenimiento de la salud, y uno de los fundamentos principales de la terapéutica". "Alimentarse es, para unos, el efecto de crecer y de ser: los niños; para otros, el efecto de ser solamente: los viejos".

OFICINA MATERNAL (4)

Tabla N.º 6.

Inscripción de Embarazadas

Años	Antes 5.º mes	%	Después 5.º mes	%	Total
1945	19.182	36,6	33.117	63,4	52.299
1944	18.205	34,2	34.968	65,8	53.173
1943	18.347	31,9	38.992	68,1	57.339
1942	20.260	32,9	41.197	67,1	61.457
1941	18.951	31,1	41.955	68,9	60.906

En la Tabla N.º 6 se ve que, prácticamente, los 2/3 se inscriben después del 5.º mes de embarazo.

(4) Mayores detalles en el trabajo "Sobre Asistencia Maternal en la Caja de Seguro Obligatorio", del Dr. Onofre Avendaño. Boletín Médico Social N.º 142.— Julio de 1946.

T a b l a N . o 7

Embarazadas inscritas y % de solteras entre las aseguradas (1944)

Zonas	Total embarazadas inscritas	Aseguradas	% solteras	% no aseguradas
Norte	7.566	2.352	46,6	68,9
Central	32.787	15.664	38,8	52,2
Sur	11.999	5.358	44,3	55,3
Austral	821	390	20,7	52,4
PAIS.	53.173	23.764	40,5	55,3

La Tabla N.o 7 se ha confeccionado con el objeto de conocer la importancia del problema de la mala constitución de la familia en la masa asegurada. Se trata naturalmente de un grupo seleccionado. El 40,5% (promedio país) de las aseguradas embarazadas inscritas en 1944, corresponde a solteras; que el porcentaje es bastante elevado en la Zona Norte (Tarapacá-Coquimbo) y en la Zona Sur (Concepción-Llanquihue); importante en la Zona Central (Aconcagua-Nuble), y relativamente bajo en la Zona Austral (Chiloé-Magallanes). En la segunda columna hemos colocado el porcentaje de no aseguradas (esposa legítima del asegurado); el 55,7 o/o del total de embarazadas inscritas corresponde a "no aseguradas", subiendo en la Zona Norte a 68,9 o/o, lo que se explica porque en las provincias del Norte predomina el trabajo del hombre (industria del salitre, minería, etc.).

ría ser, por lo menos, de 7 (una mensual), comprendida la del puerperio, y si todas las embarazadas llegaran a término.

Tabla N.o 9

Promedio anual de consulta por embarazada y puérpera atendida.

1944	3,2
1943	2,8
1942	2,9
1941	2,7

Desde 1942 adelante, se ha diferenciado entre inscritos y reinscritos. Antes de 1942, se englobaban en común, en el rubro "Inscritos"; así se explica la caída brusca de 1941 a 1942. Se aprecia, sin embargo, una discreta disminución del número de niños inscritos; en otros términos, en 1942 la Caja habría alcanzado la cifra máxima de niños inscritos.

Tabla N.o 8

Total consultas de embarazadas y puérperas

1945	234.441
1944	223.253
1943	214.327
1942	224.590
1941	221.500

B.—Oficina del Niño

Tabla N.o 10

Niños inscritos

1945	47.591
1944	47.323
1943	52.250
1942	55.488
1941	67.781

En la Tabla N.o 9 se ha relacionado el total de consultas con el total de embarazadas y puérperas atendidas, a fin de obtener el promedio anual de consulta por embarazada y puérpera. El número de consultas para una embarazada inscrita antes del 5.o mes debe-

Tabla N.º 11

Niños inscritos y % de ilegitimidad entre los hijos de aseguradas.- 1944

Zonas	Inscritos	Hijos de asegurados	% ilegitimidad	% hijos de no asegurados
Norte	7.118	2.284	48,4	68,0
Central	27.871	12.616	40,9	54,8
Sur	11.478	4.810	44,3	50,3
Austral	856	426	25,1	50,3
CAJA	47.323	20.136	42,2	57,5

Promedio de ilegitimidad del país (1944): 22,7 o/o.

Se estudia en la Tabla N.º 11 el problema de la ilegitimidad entre los niños inscritos en 1944 (hijos de aseguradas). El porcentaje de ilegitimidad promedio de los niños inscritos en la Caja es de 42,2 o/o, en cambio, el del país alcanza sólo a 22,7 o/o. Más adelante comentaremos este fenómeno. Compárese la última columna de esta Tabla con la de la N.º 7, y se verá que los porcentajes son muy similares. Priman las esposas de asegurados (no aseguradas) entre las embarazadas y los hijos de éstas, tanto en el rubro inscripciones como en el de atenciones.

no necesitan asistencia médico-social por parte de ninguna institución de protección y asistencia por tener sus padres situación económica holgada, entonces el porcentaje de controlados por la Caja sube al 36 o/o.

Tanto por el volumen de niños que controla, como por la calidad de la atención (pre y postnatal), la Caja de Seguro Obligatorio es, como lo decíamos al comenzar, la primera Institución en materia de protección y asistencia médico-social a la madre y al lactante. Los datos de la tabla N.º 14 corroboran esta afirmación:

Tabla N.º 12

Niños atendidos (Caja de Seguro)

Años	Niños atendidos (0-2 años)
1945	112.667
1944	111.111
1943	121.309
1942	124.610
1941	128.816

Tabla N.º 13

Población niños 0-2 años del país y de la Caja de Seguro

Niños 0-2 años (Censo 1940)	Niños 0-2 años Caja de Seguro	% controlados
259.398	65.540	25,3

Tabla N.º 14

Instituciones	Lactantes controlados
Caja de Seguro	65.540
Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia	10.000
Gotas de Leche del País	5.582
TOTAL	81.122

Como consecuencia de la disminución del número de niños inscritos en los últimos tres años, ha disminuido también, en la misma proporción, el número total de niños atendidos.

En la Tabla N.º 13 se ha relacionado el número de niños de 0-2 años del país (Censo 1940) con el número de niños bajo control de la Caja de Seguro al 31-XII-1945. La Caja controla la cuarta parte de la población de lactantes del país. Si consideramos que más o menos el 30 o/o de los niños de 0-2 años

Lo cual significa que la Caja atiende el 80,7 por ciento del total de lactantes controlados por las distintas Instituciones.

Tabla N.º 15
Consultas de Niños

Años	Sanos	Enfermos	Total	% sanos
1945	635.488	471.030	1.106.518	57,4
1944	639.488	431.227	1.070.715	59,7
1943	665.401	461.851	1.127.252	59,0
1942	688.559	476.997	1.165.556	64,5
1941	694.928	446.682	1.141.610	60,8

Tabla N.º 16
Niños nacidos vivos en el país y en la C. S. O.

Años	Nacidos vivos País	Caja Seg.	% nacidos vivos controlad. por Caja Seguro
1945	148.292	32.929	18,5
1944	174.864	33.497	19,1
1943	172.091	36.643	21,3
1942	170.222	38.006	22,3
1941	165.006	40.342	24,4

Las consultas de niños suben de 1.000.000 todos los años comparados. La relación sanos-enfermos es casi igual, por la sencilla razón de que en nuestro medio aun hay bastante morbilidad de invierno, verano, y toda esa patología que sólo es consecuencia de las precarias condiciones sanitarias y económicas de la masa asegurada.

Se compara el número de niños vivos atendidos por la Caja con el de nacidos vivos e inscritos del país. El porcentaje de nacidos vivos controlados por la Caja ha bajado de 24,4 o/o, en 1941, a 18,5 o/o, en 1945. Esta disminución, sin embargo, es sólo aparente, ya que en los últimos años la Sección Estadística de la Caja de Seguro no incluye los nacidos vivos hijos de esposas de asegurados que van a las Maternidades. (Ver comentario Tabla N.º 18).

T a b l a N . o 1 8
Nacidos vivos domicilio y maternidad

Años	Domicilio	%	Maternidad	Total
1945	21.629	65,6	11.300	32.929
1944	21.855	65,2	11.642	33.497
1943	22.662	61,8	13.981	36.643
1942	24.432	64,2	13.574	38.006
1941	24.561	60,8	15.781	40.342

Tabla N.º 17

Nacidos vivos y mortalidad infantil — (1944)

Provincias	NACIDOS VIVOS		% controlados por Caja	Mortalidad infantil (p. 100 nac. vivos)	
	País	Caja Seg.			
Tarapacá	2.987	1.073	35,9	12,1	9,4
Antofagasta	4.839	1.718	35,5	12,4	9,5
Atacama	3.462	1.165	33,6	14,5	10,2
Coquimbo	10.438	1.325	12,6	16,0	11,3
Aconcagua	4.343	776	17,8	14,5	7,4
Valparaíso	13.645	3.829	28,0	15,6	8,9
Santiago	42.033	9.940	23,6	13,5	7,0
O'Higgins	7.296	2.076	28,4	18,6	10,9
Colchagua	4.726	987	20,8	20,7	7,5
Curicó	2.886	402	13,9	18,3	9,9
Talca	5.384	1.136	21,0	21,1	9,5
Maule	2.238	171	7,6	17,5	10,5
Linares	4.563	464	10,1	21,6	9,9
Ñuble	8.357	754	9,0	21,7	15,1
Concepción	13.808	3.627	26,2	21,0	12,0
Arauco	2.900	377	13,0	23,1	13,5
Bío-Bío	4.751	552	11,6	21,1	8,9
Malleco	5.459	535	9,7	23,6	8,0
Cautín	10.185	632	6,2	22,8	14,5
Valdivia	6.469	759	11,7	23,8	7,5
Osorno	3.669	415	11,3	23,4	5,5
Llanquihue	4.746	287	6,0	23,9	13,5
Chiloé	3.639	130	3,5	24,2	11,5
Aysén	684	67	9,7	16,8	8,9
Magallanes	1.357	300	22,1	10,6	5,6
1944	174.864	33.497	19,1	18,4	9,3
1945	178.292	32.929	18,5	18,4	10,2

Se compara por provincias, durante el año 1944, el número de nacidos vivos controlados por la Caja, con el de nacidos vivos e inscritos del país y la mortalidad infantil respectiva. En las provincias del Norte y algunas de la Zona Central, Concepción, en la Zona Sur, y Magallanes, en la Zona Austral, el porcentaje de nacidos vivos controlados está por encima del promedio del país (19,1 o/o). En cambio, en las provincias de Maule, Ñuble, Malleco, Cautín, Llanquihue, Chiloé y Aysén, el porcentaje es inferior a 10. En Chiloé (3,5), se explica por la escasa densidad de la población, la falta de medios de movilización, las condiciones climáticas, etc.

En las dos últimas columnas se compara la mortalidad infantil (por cien nacidos vivos) del país, con la de la Caja, comprobándose una franca relación inversa entre el porcentaje de los nacidos vivos controlados por la Caja y el coeficiente de mortalidad infantil (ver también Tabla N.º 21).

Más del 60 o/o del total de nacidos vivos controlados por la Caja, se atiende en el domicilio, de acuerdo con la política sustentada por la Institución, de que todo parto normal sea, de preferencia, atendido en el hogar de las aseguradas, aun cuando éste sea modesto. La disminución del número de niños nacidos en maternidad, se debe a que en los últimos años, la Sección Estadística de la Caja registra sólo los partos de las aseguradas por los cuales la Caja paga a la Beneficencia. Las no aseguradas van como indigentes o pagan, por su cuenta, la estada en la maternidad.

En la Tabla N.º 19 se da el promedio mensual del país, del Auxilio de Lactancia percibido por la asegurada, que ha sido \$ 15,86, en 1941, a \$ 45,38 en 1945, de acuerdo con

el aumento de los salarios. Recuérdese, además, que en marzo de 1945 se elevó el monto del auxilio, del 10 al 25 o/o.

Influencia de la Caja de Seguro en la demografía nacional.

Tomando en cuenta los datos estadísticos que acabamos de comentar someramente, podemos decir, sin ambages, que la Sección Madre y Niño es una de las más importantes de la Caja de Seguro, no sólo por el volumen y calidad de las atenciones prestadas, sino que también por su influencia en nuestra salubridad, especialmente en los índices de mortinatalidad y mortalidad infantil. Analizaremos brevemente estos dos rubros.

Tabla N.º 19

Auxilio de Lactancia

Promedio mensual del país

Años	Auxilio de lactancia
1945	\$ 45,38
1944	26,77
1943	22,87
1942	19,72
1941	15,86

Se ve en la Tabla N.º 20 que, a través de todos los años comparados, el coeficiente de mortinatalidad (por 1.000 nacidos vivos y muertos) de la Caja, es ligeramente inferior

Tabla N.º 20

Mortinatalidad

	Años	Nacidos vivos	Mortinatos	% nac. vivos y mortinatos
	1945	178.292	7.521	40,5
	1944	174.874	7.253	39,8
	1943	172.095	8.150	45,2
	1942	170.222	8.179	45,9
	1941	165.006	8.171	47,2
	1945	32.929	562	16,7
	1944	33.497	632	18,5
Caja de Seguro	1943	36.643	816	21,7
	1942	38.006	889	22,8
	1941	40.342	987	23,8

a la mitad de los del país, lo que habla muy claramente de la influencia de la atención prenatal de la Caja.

Tabla N.o 21

Niños existentes al 31 de diciembre y mortalidad infantil en el país.

Años	Niños Caja de Seguro	Mortalidad infantil
1945	65.540	18,4 o/o
1944	65.104	18,4 o/o
1943	64.183	19,4 o/o
1942	68.727	19,5 o/o
1941	72.736	20,0 o/o
1940	67.736	21,7 o/o
1939	52.618	22,5 o/o
1938	38.669	23,6 o/o
1937	21.198	24,5 o/o
1936	10.403	25,2 o/o

La tabla N.o 21 nos demuestra que la mortalidad infantil, que hasta 1936 fluctuaba alrededor de 25 por 100 nacidos vivos, a partir de esa fecha y en relación con el aumento progresivo del número de niños controlados por la Caja, comienza a descender lenta pero sostenidamente, hasta alcanzar, en 1944, el coeficiente de 18,4 o/o, el más bajo y jamás registrado en la historia demográfica de nuestro país. (Ver Tabla N.o 17). Cabe hacer notar, al mismo tiempo, que la natalidad no ha experimentado, prácticamente, ninguna reducción de importancia en los últimos años.

Por razones estadísticas, que no es del caso considerar aquí, la mortalidad infantil específica de la Caja, sólo se ha podido calcular para el año 1944. El coeficiente alcanzó a 9,29 o/o (por cien nacidos vivos), índice que presumíamos, por lo demás, Nos basáramos, para ello, en el hecho de que la tasa de mortalidad de la Caja era inferior a la mitad de las respectivas del país, como se ve muy bien en la Tabla N.o 20. Sin embargo, es probable que la cifra de mortalidad infantil de la Caja sea superior, si consideramos que durante el año 1944 hubo 8.833

niños menores de un año retirados por inasistencia, cuya suerte se ignora. Si calculáramos que el 10 o/o de los retirados por inasistencia ha fallecido, y los cargáramos a nuestra cuenta, el índice de mortalidad subiría a 11,9 o/o, en todo caso muy inferior al promedio del país. (Ver Tabla N.o 17).

La Caja ha influido en el descenso de la mortalidad infantil del país, a pesar de muchos factores adversos, bajo standard económico y sanitario de la masa asegurada, mala constitución jurídica de la familia (ver Tablas 7 y 11), no sólo por su política de estricta vigilancia de la alimentación de sus lactantes, sino que también por el tipo de medicina, eminentemente preventivo, implantado desde un comienzo. Así, por intermedio de la asistencia prenatal y natal, se ha prestado atención preferente a la profilaxis de la gestosis, distocias, sífilis, tuberculosis y asistencia del parto y del puerperio, durante 8 días; en lo post-natal, se ha prestado atención a la profilaxis de los trastornos nutritivos, fomentando la lactancia natural o autorizando la dación de alimentos lácteos para los lactantes, del raquitismo, de la tuberculosis por medio de la colocación familiar, de la sífilis congénita, etc.

Todo esto ha sido posible gracias a la labor desplegada por un verdadero ejército de tocólogos, pediatras, matronas, enfermeras y visitadoras sociales, destacado a lo largo del territorio, que se preocupa de la embarazada y del niño, en su aspecto físico, moral, económico y social.

Si'n duda, la Caja haría caer, en forma casi vertical, el coeficiente de mortalidad infantil, si pudiera controlar aquellos 100.000 niños de 0-2 años, que en nuestro país aún están huérfanos de toda atención, por no ser sus padres asegurados.

Como la reforma de la Ley 4.054 no solucionará este delicado problema, es el Estado quien debe organizar en tal forma la economía, que le garantice "trabajo o empleo total" a todo individuo en la edad activa de la vida, a fin de desarraigar a este enorme sector de la población, de vivir a expensas de la caridad de algunas instituciones.

El nuevo Gobierno, que acaba de hacerse cargo de los destinos de la República, considerando que la mayor riqueza de un país es el capital humano, destinará los fondos necesarios, con cargo al Estado, para atender no sólo a esos 100.000 niños de 0-2 años, sino que para hacer efectiva la protección y asistencia médico-social a todo el grupo familiar de la clase económicamente débil.

En síntesis, la Caja debe estar satisfecha de la labor realizada en pro de la "Madre y el Niño", ya que ha logrado influir notablemente en la salubridad y en la economía humana nacional, aun cuando para ello ha precisado ir mucho más allá de lo que la Ley 4.054, específicamente, le señalaba.

Los seguros sociales y el problema de las enfermedades venéreas.

Dr. Luis Infante V.

Las enfermedades venéreas constituyen en nuestros países de América, así como en casi todo el mundo, uno de los problemas de más alta significación, tanto por la difusión que estas enfermedades han alcanzado, como por las consecuencias económico, sociales que acarrearán sobre el conglomerado humano por ellas atacado.

Los Seguros Sociales no pueden desconocer este factor de perturbación en la vida y economía de los pueblos, pues gravita de una manera tan intensa sobre ellos que obliga a considerarlo de una manera preferente. Trataremos de precisar en este trabajo la posición de la Caja de Seguro Obligatorio de Chile frente a este problema, considerado que una acción médica dirigida, para que pueda rendir su máxima eficacia, debe conocer la intensidad con que los distintos grupos de enfermedades atacan a la población, que se quiere defender; la magnitud del daño que ellos ocasionan al individuo enfermo y la repercusión consiguiente sobre el organismo social y, por último, la posible influencia que una acción médica determinada pueda tener sobre ellos, o sea, el rendimiento obtainible de los esfuerzos gastados en combatirlos. De esta manera, se puede establecer una jerarquía de los distintos problemas, ya que en su totalidad son inabordables, y dar preferencia a la acción frente a aquellos en los cuales su intensidad, su gravedad y las posibilidades de éxito lo aconsejen.

Vamos a analizar, a través de estos tres aspectos, el problema de las enfermedades venéreas.

La intensidad del ataque mórbido puede ser medida en dos formas, o por el recuento de los casos nuevos que se presentan en un período determinado, un año, por ejemplo, y que constituye la llamada **incidencia** o por la evaluación del número total de casos en existencia en un momento dado, y que constituye la **prevalencia**. En las enfermedades agudas, de corta evolución, estas cifras son muy semejantes, pues, el individuo que enferma, sana o muere en un plazo relativamente corto, y la prevalencia, entonces, es prácticamente igual al número de casos nuevos producidos. No pasa lo mismo con las enfermedades de evolución crónica, en las cuales la acumulación de casos producidos en períodos sucesivos, hace que la prevalencia sea varias veces superior a la incidencia de casos nuevos. Estos fenómenos se presentan principalmente en la sífilis y en la tuberculosis, enfermedades ambas en las cuales la acumulación de arrastre hace distanciarse las tasas. Los tratamientos modernos de las enfermedades venéreas, con la curación rápida de la mayoría de los casos tratados, debería acercar estas cifras, a menos que una disminución muy grande, de la incidencia mantenga el paralelismo o aun las aleje.

En 1945, con una población estimada en 961.000 imponentes, la Caja de Seguro Obligatorio captó un total de 11.983 casos nuevos de sífilis, tanto reciente como antigua; 11.309 casos nuevos de gonorrea aguda y cró-

nica; 810 de linfogranulomatosis en todas sus formas y 1.865 de infección ducreyana, lo que da un total de 25.987 casos de enfermedades venéreas, en cualquiera de sus formas o períodos, o sea una tasa aproximada de 2.700 casos por 100.000 individuos. Esta cifra no corresponde naturalmente a los nuevos contagios producidos en el año, sino a los casos registrados por primera vez.

La prevalencia es fácil de conocer aproximadamente sólo en la sífilis, la única enfermedad venérea en que tiene un valor real, pues las otras son enfermedades de corta evolución en las cuales equivale aproximadamente a la incidencia.

Los exámenes de salud realizados por la Sección Medicina Preventiva nos dan una estimación muy útil a este respecto. En el año 1945 se realizó un total de 112.984 exámenes, comprobándose enfermedad sífilítica en 5.888, o sea, en un 5,2% de los casos.

De las cifras anteriores se desprende que el problema de las enfermedades venéreas, a pesar de los progresos alcanzados en los últimos años, sigue siendo por su magnitud un problema de primera importancia en nuestro país.

Estudemos ahora en qué forma gravitan estas enfermedades sobre la sociedad y su repercusión económica. En este punto nos referiremos sólo a la sífilis, por tener las otras enfermedades venéreas una importancia menor y muy difícilmente valorizable.

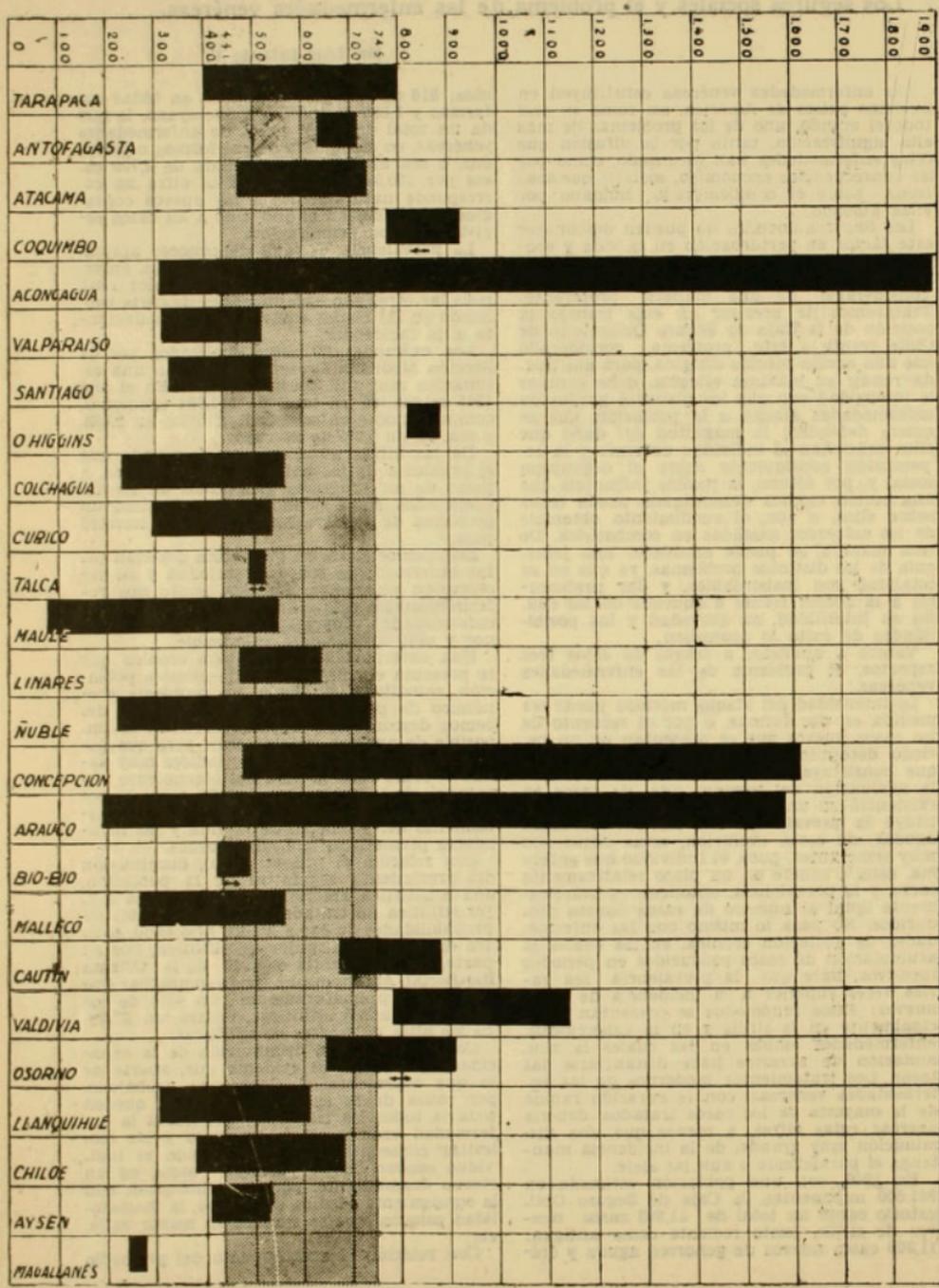
Una enfermedad de evolución crónica que se presenta en más del 5% de nuestra población, constituye, sin duda, un problema económico de primera importancia, que no debemos desconocer, y cuya repercusión es imposible de evaluar exactamente, pero que podemos considerar a través de índices muy variados, como son: la baja del crecimiento vegetativo de la población, el daño sobre la potencialidad de trabajo del individuo, el acortamiento del promedio de la vida y las invalideces prematuras que ella provoca.

Con relación al primer punto, disminución del crecimiento vegetativo de la población, una estadística americana señala que la mujer sífilítica no tratada tiene sólo un 16% de probabilidades de dar a luz un hijo sano, contra un 76% de la mujer no sífilítica. Por su parte, en la encuesta de 1940 de la Oficina Bio-Social, Abrahamsohn, pudo comprobar que fallecieron prematuramente un 41% de los hijos de madres sífilíticas, contra un 27,7% de los hijos de madres no sífilíticas.

Con relación a la disminución de la capacidad de trabajo, es evidente que, aparte de lo que representa el tiempo no trabajado, por causa de la enfermedad aguda, quedan todavía todos los trastornos debidos a la enfermedad crónica, al tratamiento y las molestias consecutivas a él, quedando el individuo convertido, en muchos casos, en un eterno deambulante, por las policlínicas, con la consiguiente pérdida de tiempo, la inestabilidad psíquica que se traduce en menor valía, etc.

Con relación al acortamiento del promedio

NIVEL SUPERIOR 1941
 NIVEL INFERIOR 1965
 ↓ DATOS INVERTIDOS.



Cuadro N° 2

de la vida, sólo nos referimos para ilustración del caso a los trabajos realizados por la Asociación Actuarial Americana y la Asociación de Médicos Directores de Seguro de Vida de los Estados Unidos, y Canadá, quienes concluyen que la sífilis aumenta los riesgos de muerte en comparación con los individuos no sífilíticos, en una relación de 133, por 100 de estos últimos.

En lo que se refiere a la invalidez prematura, baste recordar que más de un 10% de las cardiopatías de nuestros asegurados son de origen sífilítico, y que un 10% de los sífilíticos no tratados convenientemente, como lo afirma Moore, finaliza con un cuadro nervioso, parálisis o tabes.

La gravitación sobre nuestras finanzas de estas invalideces las representaremos con un sólo hecho al señalar que en 1944 un 45% del total de pensiones concedidas por nuestra Institución, fueron debidas directamente a la sífilis, e indirectamente en un número mucho mayor de casos, por la influencia de esta enfermedad en el curso de las otras. De 524 invalideces concedidas en 1944 por causa cardiovascular, 56 corresponden a etiología lúctica demostrada; y en 169 de causa neurológica, 15 corresponden a la misma etiología; o sea, que en un total de 393 invalideces por ambas causas, el 11,7% correspondió a etiología sífilítica. Esto significa que ese año se concedieron 71 pensiones de invalidez, invalidez que pudieron ser evitadas mediante un tratamiento oportuno.

Si valoramos estos hechos, la disminución del crecimiento de la población, las muertes e invalideces prematuras, el costo de la atención asistencial, las pérdidas de horas de trabajo, la menor valía permanente o transitoria del trabajador enfermo, el desmejoramiento de la calidad del elemento humano, comprenderemos perfectamente la importancia que la Caja da a este problema que ha sido considerado, en un país eminentemente práctico, como los Estados Unidos de América, como el más grave de los problemas actuales de la salud pública. (Parran).

La revisión analítica de la acción desarrollada por los Servicios Médicos de la Caja de Seguro Obligatorio, en relación con las enfermedades venéreas, permite diferenciar claramente tres etapas sucesivas, en las cuales esta acción se va desarrollando hasta alcanzar su estructuración actual.

La primera etapa, que podemos llamar "etapa asistencial", se prolonga hasta 1936, y se caracteriza por limitarse esencialmente a la atención del enfermo venéreo que reclama los servicios de la Caja. La forma de esta atención varía con las orientaciones generales de los servicios de la libre elección al funcionalismo, y es desarrollada por el médico general, en un principio, y luego, por un contado número de especialistas en las principales ciudades del país.

Esta acción carente de conceptos primordiales, sin otra finalidad que el cumplimen-

to estricto de un mandato de la ley, es, naturalmente, en sus resultados, casi totalmente inútil, pues se limita a realizar un esbozo de tratamiento en el enfermo, sin llegar, sino en contadas excepciones, ni siquiera a la esterilización del foco.

La segunda etapa, que se inicia en 1936, que llamamos "etapa preventiva", se caracteriza por la tendencia a dar a las enfermedades venéreas una individualidad en el conjunto de la patología de la masa asegurada. Se crea, al efecto, la Sección Venereología, la cual elabora el primer plan de acción general y estudia la organización de campañas antivenéreas regionales, en las que se da gran realce a la labor de educación y propaganda antivenérea a cargo de la Sección Educación Sanitaria de la Caja. Esta etapa está caracterizada principalmente por la planificación.

Las campañas antivenéreas de Lota y de la Zona Norte fueron los primeros esfuerzos serios realizados en el país frente al problema de las enfermedades venéreas. Sus resultados no pueden ser valorados con exactitud por carecer de datos precisos sobre la incidencia y prevalencia de las enfermedades venéreas, antes y después de la campaña.

La tercera etapa, que llamaremos "epidemiológica", se inicia en 1939, y su desarrollo, como el de los servicios médicos en su conjunto y de la Caja de Seguro en su totalidad, responde al momento social del país, al cual no podía permanecer ajena la más importante de sus instituciones de previsión. Ha terminado en ella el criterio médico individualista para dejar amplio paso a la Medicina Social, cuya iniciación había sido preparada desde hacía ya varios años en un largo período de gestación. Esta etapa se caracteriza principalmente por su orientación epidemiológica y la racionalización del trabajo.

Toda la acción desarrollada por la Dirección de los Servicios Médicos desde entonces se basa en la consideración de las enfermedades venéreas como un grupo de enfermedades transmisibles, que deben ser manejadas como tales, y se plantea entonces una campaña basada en el principio de la investigación y búsqueda de los posibles focos de contagio, su aislamiento y extinción y la adopción de medidas especiales conducentes a prevenir los contagios.

Veamos ahora lo que se ha obtenido con esta acción y la de las otras instituciones asistenciales que trabajan coordinadamente, en la población asegurada del país. Para medir sus resultados estudiaremos las tasas de incidencia desde 1941, año a partir del cual las estadísticas de la Caja tienen un alto coeficiente de seguridad; y a través de la prevalencia señalada por los exámenes de salud de Medicina Preventiva, a partir de la misma fecha y hasta 1945, inclusive.

Los resultados se señalan en los cuadros siguientes:

SIFILIS

Años	N.º de Asegurados	Infecto contagiosa	RECIENTE			ANTIGUA						
			Tasa	Índice	Latente	Activa	Latente	Total Sífilis	Gonorreá	Linfo-granulomat	Intecc. Ducrey	Total venéreas
1941	901.000	6.712	745	100	11.751	2.195	3.828	24.450	17.318	939	3.735	46.442
1942	916.000	5.044	551	74	8.279	962	3.794	18.079	15.263	697	2.605	36.644
1943	931.000	4.668	504	68	6.156	916	2.970	14.710	13.780	582	2.634	31.706
1944	946.000	4.179	441	59	5.101	799	4.595	14.674	12.176	781	2.171	29.802
1945	961.000	4.235	441	59	4.158	598	2.992	11.983	11.309	810	1.865	25.967

Prevalencia de la sífilis en la población asegurada durante el quinquenio 1941-1945 señalada por los exámenes de salud de Medicina Preventiva.

CUADRO N.º 2.

AÑO	Total de examinados	Se comprobó Sífilis	Tasa por 100.000	Índice
1941	110.490	8.620	7.802	100
1942	96.153	6.725	6.994	90
1943	100.939	6.781	6.718	86
1944	117.030	7.200	6.152	79
1945	112.984	5.888	5.211	67

La simple visión de estos cuadros señala un descenso constante de las cifras, descenso que se observa muy bien en las columnas "índice" y que marca para la incidencia de la sífilis infectocontagiosa una baja desde 100 fijado para 1941 a 59 en 1945 y para la prevalencia de la sífilis una caída desde el 100 señalado para 1941 al 67 en 1944. Como era de esperarlo el descenso de la prevalencia se hace con mayor lentitud.

Podemos afirmar entonces enfáticamente que por cada 100 casos nuevos de sífilis infectocontagiosa que se presentaron en 1941, se presentan 59 en 1945 y que en este año de 1945 hay una existencia de sífilíticos dentro de la masa asegurada que alcanza sólo a 67 por cada 100 que existían en 1941.

En el gráfico N.º 1, se ha señalado con fines de comparación la morbilidad por sífilis contagiosa en las distintas provincias del país lo que permite formarse una idea inmediata del estado del problema en cada una de ellas. La zona central de este gráfico, obs-curecida, corresponde a la cifra media del

país, siendo su línea superior correspondiente a 745 la tasa de 1941 y la inferior correspondiente a 441 la del año 1945.

RESUMEN

- I.—Las enfermedades venéreas constituyen un problema de la más alta importancia para los Seguros Sociales, por cuanto estas enfermedades gravitan en forma seria sobre la salud, desarrollo y economía de la sociedad.
- II.—El Seguro Social Chileno, a través de los servicios Médicos de la Caja de Seguro Obligatorio, ha desarrollado una acción antivenérea efectiva y constante con lo que ha obtenido un descenso notable en los índices mórbidos del país en el período 1941-1945.
- III.— Toda acción antivenérea para ser eficaz debe ser llevada a cabo por el esfuerzo mancomunado de los organismos oficiales que tienen atinencia con estas materias.

La Función de la Estadística Médica en los Seguros de Enfermedad

Dr. Humberto Abrahamsohn W.

Jefe Sección Bio-Social

La imperiosa necesidad, para los Organismos de Previsión Social, de disponer de una estadística médica que les permita establecer índices de rendimiento funcional y orientarse sobre la frecuencia y las fluctuaciones de los fenómenos bio-sociales en su masa afiliada, así como de los factores que éstos originan o hacen variar — esta imperiosa necesidad es un axioma tan unánimemente reconocido, que casi parece ocioso y superfluo referirse a él. De los numerosos estudios a este respecto, nos limitamos a mencionar los de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones y las discusiones del Congreso Interamericano de Previsión Social, celebrado en 1942, en Santiago, en el cual la "necesidad de organizar un sistema uniforme de bioestadística sobre bases etiológicas", fué uno de los temas oficiales, tema que, en una brillante ponencia, fuera tratado por los doctores Avendaño, Hermes Ahumada y López, y por el actuario, señor Garayar.

Sin embargo, un estudio aún somero de la realidad estadística en los Seguros de Enfermedad revela fácilmente que en ellos, en lo que atañe a la estadística médica, no sólo existen desigualdades considerables en el estado evolutivo de su organización, sino que, además, siguen manteniéndose conceptos heterogéneos sobre su alcance y confines, formas y métodos.

Evidentemente, es imposible, dentro de los límites de este trabajo y dada su finalidad, abordar las variadas causas que provocan esta antinomia entre la teoría aceptada y la práctica en boga.

En algunos Seguros es el sistema de prestación médica que dificulta la fácil realización de la bioestadística, pues ellos entregan el cumplimiento de sus compromisos legales de asistencia a grupos o asociaciones médicas, a base de contratos colectivos, y se concretan a supervigilar preferentemente la ejecución de las disposiciones contractuales y a controlar la aplicación del principio de economía y racionalización en las prestaciones. Conforme a esto, las estadísticas de dichos Seguros, por ejemplo, del alemán, son preferentemente estadísticas del riesgo económico que los diferentes grupos de afiliados presentan para la Caja, basadas en la captación de un conjunto de factores y valores que determinan las partes esenciales de los gastos de prestación, tanto en metálico, como en especies. Estos factores son, por ejemplo: los "casos de incapacidad" y su duración; los casos de hospitalización y la duración de la estada hospitalaria, etc.

En otras Cajas, y pensamos especialmente en algunas europeas, es la persistencia de orientaciones tradicionales la que se opone al momento de la estadística médica, orientaciones que, en parte, provienen de la gé-

nesis misma de estos Seguros, que se construyeron sobre la base de existentes asociaciones mutualistas voluntarias y que aún incorporaron estas Cajas libres en su organización como elementos constitutivos. Es fácil de comprender que estas instituciones no abandonan, sino lentamente el tradicional y clásico concepto doctrinario de la primacía de la protección contra los riesgos económicos frente a la prevención biológica.

En general, la experiencia recogida nos demuestra que la propensión y el impulso de los Seguros de Enfermedad para implantar sistemas extensos de estadística médica, guarda proporción directa con la amplitud de su acción preventiva y con la participación que, a este respecto, les incumbe en el encauzamiento de la salud y en la política de salubridad del país.

Esta participación varía substancialmente en los diferentes países, según la ideología social y sanitaria que en ellos prevalece y según la posición de principio que en ellos existe frente al concepto del Seguro Social, si bien es verdad, — como se ha puesto tantas veces de relieve y en que todos concordamos — que los Seguros Sociales de Enfermedad no pueden restringirse a una pura acción reparadora e indemnizadora frente al daño sobrevenido, sino están obligados a actuar sobre las causas mismas que lo producen. Huelga decir que la evolución orgánica de los Seguros de Enfermedad va rápidamente, si bien con ritmo diferente en los distintos países, hacia la primacía de la prevención sobre todas las demás esferas de acción, si no por viraje de la orientación social, en todo caso y de por sí, por la inevitable necesidad de guiar su acción por el principio de racionalización y establecer programas de conducta y actuación futuras que incluyen también la evaluación anticipada de sus futuras necesidades. En otra ocasión (*) hicimos hincapié sobre que "el hecho de administrar fondos públicos, la obligación de aceptar, sin discriminación, todos los riesgos que caben dentro de su objetivo legal, sean estos buenos o malos — en contraposición a los Seguros Particulares que pueden variar sus primas de acuerdo con el riesgo individual—, factores que obligan a nuestra Caja a actuar sobre sus condiciones mismas, para evitar que estas puedan llegar a efectuar su estabilidad financiera — Pues bien, para influir en los factores condicionales, dispone sólo de dos medios efectivos: reducir los riesgos mismos que tienen que cubrir mediante una amplia política de prevención médica y social, y aplicar rigurosamente el principio de racionalización a todas las fases de su actuación".

— Ahora bien, uno de los atributos significati-

(*) El concepto de racionalización y su importancia para el seguro de enfermedad.— Hto. Abrahamsohn.

vos de la prevención médica, es su carácter colectivo y organizado, o sea, que no enfoca al individuo aislado, sino como elemento constitutivo de grupos naturales y sociales, y como producto de un complejo conjunto de factores que actúan continuamente sobre él. En su carácter de medicina de masas no puede prescindir de la metodología estadística, pues, sin este método especial, no está en condiciones de recoger y comprender las masas de fenómenos y que escapan a su control directo y a la observación usual, debido a su gran número, su variedad, su desorganización y su dispersión espacial o temporal. Es explícitamente la estadística que introduce el orden en esta complejidad y la hace así accesible. Definimos la estadística, de acuerdo con el Profesor Gini, "como una técnica especial, apta para el estudio cuantitativo de los fenómenos colectivos de masas, entendiendo por tales aquellos fenómenos naturales, económicos, sociales, etc., cuya medición requiere una masa de observaciones de otros fenómenos más sencillos, llamados individuales o particulares".

No es, pues, casual que fuera precisamente uno de los grandes creadores de la idea de la función estatal de la medicina, Süssmlich, el que en el siglo XVIII hizo presente por primera vez (abstracción hecha de algunos precursores como Cotton Mather, Jurin, etc.), que la estadística puede utilizarse para estudiar la salud de una población total a través de su morbilidad general.

Es conocido que la metodología estadística se basa en una de sus partes más importantes sobre el cálculo de probabilidades y, dentro de él, especialmente sobre la ley de los grandes números, la que puede definirse en la forma siguiente: si un acontecimiento se ha producido en forma igual en un número muy grande de casos, la probabilidad de que bajo las mismas condiciones se repita otra vez, se aproxima a la seguridad. Como es sabido, constituye la base para establecer las tablas de frecuencia (tablas de morbilidad, mortalidad, etc.), cuya trascendental importancia para el Seguro, tanto para la prevención médica, como para la previsión actuarial, no necesita explicación. Simplificando la observación al hacer caso omiso de las variantes inestables y accidentales, la estadística tiende a la obtención de valores característicos que reflejan sintéticamente la masa observada y evidencian normalidades, regularidades y relaciones típicas de fenómenos, causas y funciones.

Así nos proporciona la base para generalizar. Gracias a la generalización, cada fenómeno típico observado nos hace prever un gran número de ellos. Como lo dijo el célebre matemático francés Poincaré: "Sin generalización es imposible prever". De aquí se desprende fácilmente el significado trascendental y el carácter indispensable que el método estadístico tiene para la acción médica preventiva de los Seguros Sociales.

La función específica de la estadística médica en los Seguros de Enfermedad se deriva de la posición peculiar que a éstos corresponde dentro de la estructura social moderna. En primer lugar es su excepcional importancia para la economía nacional, por el poten-

te aflujo de recursos que en ellos se concentran, y, por otro lado, el continuo peligro de desmoronarse por la cuantía de beneficios que por las disposiciones legales están obligados a conceder, lo que compromete a estos Seguros a ajustarse estrictamente al principio de economía y racionalización, y, por consiguiente, a un control continuo de las formas y extensión de las prestaciones que otorgan, pues, toda organización es infructuosa, si no se controla el estado de su funcionamiento. Ahora bien, uno de los métodos indispensables para este efecto es el control estadístico. Dado que la asistencia médica es la partida preponderante de gastos en el presupuesto de los Seguros de Enfermedad, el interés de éstos al control cuantitativo y cualitativo de estas prestaciones, es obvio.

Es fácil comprender que la posibilidad e intensidad de este control están íntimamente vinculadas con el sistema de prestación médica que en ellos rige. El de la libre elección restringe forzosamente este control, en gran parte, a la comprobación de que los márgenes presupuestarios preestablecidos no se sobrepasen: la parte médica técnica no les es accesible, sino en grado reducido. En cambio, un sistema funcionalizado de servicios médicos, como el que existe en el Seguro Chileno, permite un control extenso e —por lo menos teóricamente— integral. Sin entrar en ninguna ponderación acerca de la conveniencia de uno u otro sistema, desde el punto de vista gremial, no cabe duda que, con respecto al cumplimiento de los compromisos legales de parte de los Seguros de Enfermedad, la organización institucional funcionalizada de las prestaciones médicas corresponde más al principio de racionalización. Huelga indicar que este sistema no tiene por consecuencia ni pretende coartar la libre acción profesional del médico, si bien aspira a normalizar y uniformar su conducta.

Luego, el campo de aplicación y la importancia de la estadística médica en el Seguro de Enfermedad están determinados por la función especial de éste dentro de la sociedad actual, pues en él accionan simultáneamente los dos grandes sistemas sanitarios que actualmente imperan en el campo social: el Seguro de Enfermedad forma parte, tanto de un sistema organizado de protección sanitaria, y en esta función actúa sobre grupos y la masa total de sus afiliados y sus familiares, como también de una amplia organización de Seguridad Social enfocada hacia las necesidades del individuo, sobre el cual descansa la estabilidad de la sociedad.

Esta nueva orientación de los Seguros de Enfermedad trae consigo, lógicamente y de por sí, una reorientación y adecuación del médico social que actúa en estas Cajas, hacia nuevas funciones. Consisten en que "él acepte y esté hondamente compenetrado de los nuevos cometidos y deberes que la tarea de médico de un Seguro Social le impone, su misión dentro de la política sanitaria del país, su participación activa en el establecimiento de una nueva orientación social hacia la Seguridad Social, su obligación de aplicar, por el hecho de originar gastos públicos, el principio de economía en su actuación profesional, en cuanto éste no contrarreste la efi-

racia de su trabajo médico, etc. Esta manera de proceder no afecta, como lo dice con razón el Dr. Pryll, ni al ejercicio de la profesión médica ni al "enfermo". (*).

Nos pareció oportuno explainarnos en forma un poco más amplia sobre estos tópicos normativos, pues en ellos reside, en parte, el concepto de la estadística médica en los Seguros de Enfermedad.

A continuación nos referimos a la forma y los métodos de la estadística médica en un Seguro de Enfermedad con sistema médico funcionalizado, es decir, al Seguro Social Chileno. Las condiciones particulares de nuestro país con sus grandes variedades geográficas y climáticas, con las diferencias en la distribución de la población — aglomeración en ciertas zonas y mínima densidad en otras —, la poca capacidad contributiva de sus imponentes, los altos índices de la morbi-mortalidad, etc., impulsaron a la Caja lógicamente a nuevas formas de proceder, acción en la cual participaron en forma sobresaliente los médicos de la institución. En los servicios médicos se dió especial empuje al establecimiento de normas y directivas técnicas uniformes, a la jerarquización de las prestaciones médicas según la importancia de los problemas para la patología social y a la aplicación del principio de racionalización a todas las fases de su actuación. Al mismo tiempo se dió un realce particular a la organización de un sistema de control estadístico médico eficaz, que fué orientado hacia cuatro objetivos: 1.º el registro y la medición del trabajo médico y para-médico en todas sus facetas; 2.º la bioestadística; 3.º los ficheros centrales, especialmente los epidemiológicos y 4.º, la investigación de los problemas especiales que surgen de la función médico-social misma del Seguro. Es evidente que todas estas facetas son parte de un solo proceso estadístico y se interrelacionan estrechamente entre sí.

Para llenar su cometido, la estadística depende, en alto grado, de una serie de condiciones y requisitos indispensables; en primer lugar del estado y de la autenticidad de sus fuentes de captación; pues, la estadística médica del Seguro no es primaria, es decir, no realiza, como lo hace por ejemplo el censo, la captación de su material por medio de investigaciones directas hechas con fines exclusivamente estadísticos, sino extrae sus datos de documentaciones confeccionadas obligadamente con otros fines (fichas clínicas, epidemiológicas, etc.). Repetimos, además, lo ya indicado anteriormente, que la estadística no tiene finalidades de por sí, sino es una metodología aplicada para dilucidar estados existentes, la que tiene por objeto captar, medir, y comparar masas de fenómenos, establecer los números coordinados o distributivos que evidencian un desarrollo o estructura, obtener valores típicos que permitan juzgar el grado de normalidad y regularidad, y revelar los coeficientes de correlación. "En resumen, como lo dijeron con razón, Avendaño, Ahumada y López, es un elemento fundamental de metodología científica".

La corrección de estas fuentes se acrecienta

en nuestra Caja por el hecho de que ésta estableció fichas y formularios normativos en las especialidades más importantes, los que, en sus rubros preestablecidos, reflejan las disposiciones de las normas técnicas y guían a los médicos tratantes hacia una conducta uniforme. Para la estadística médica, constituye un instrumento indispensable para la investigación rápida de los hechos, para el análisis del cumplimiento de las normas vigentes y para el establecimiento de los índices de rendimiento más representativos.

Como uno de los objetivos preponderantes de la estadística médica del Seguro, indicamos la investigación del grado de racionalización y eficacia en su actuación específica. La relación entre la amplitud del trabajo médico y sus resultados, tanto inmediatos como definitivos — analizando además, los factores modificantes — nos proporciona bases de criterio sobre el rendimiento funcional, lo que nos permite juzgar la eficacia de los servicios como también de los métodos y normas en uso, y, además, establecer, a través del tiempo, valores medios y de regularidad que pueden servir para medir el funcionamiento de cada servicio en particular. Es tal vez procedente citar de la copiosa experiencia de nuestro Seguro, algunos ejemplos. El primer plano de la patología social en nuestro país lo ocupaba y sigue ocupándolo la mortalidad infantil; sin embargo, ésta bajó significativamente, tanto en la población general como en la asegurada, desde el año en que la Caja comenzó su actuación intensa y organizada sobre el binomio Madre y Niño; pero, mientras la de la población general todavía ostenta la alta tasa de 18,1 por 100 nacidos (1944), la de los niños atendidos por la Caja bajó en el mismo año a 9,3. El índice de la sífilis infectocontagiosa descendió vertiginosamente en aquellas partes en que la Caja introdujo el tratamiento masivo o intensivo, que hoy día ya está superado por el de la penicilina. En cambio, mientras la mortalidad por tuberculosis de la población de Santiago muestra una clara tendencia al declive, con las oscilaciones inherentes a los movimientos de fenómenos vitales, la de los asegurados se mantiene casi sin modificación, por causas que fueron analizadas en un trabajo especial (*).

De los resultados parciales de alcance más restringido, citamos el hecho que en los exámenes de salud (exámenes preventivos de obreros supuestos sanos y en pleno trabajo) el porcentaje de formas muy avanzadas tbc, descendió de: 9,53 por mil en 1943 a 9,18 en 1944, a 6,54 en 1945 y a 5,44 en el primer semestre de 1946, resultado que evidencia la eficacia de estos exámenes en la eliminación, mediante la pesquisa precoz de las formas incurables de tbc. Por último, un dato que demuestra la aplicación progresiva del principio de economía en la prescripción medicamentosa: una relación entre el número de consultas y visitas médicas hechas a adultos y las recetas extendidas, nos revela que, mientras en el año 1939 se otorgó en ca-

(*) Dr. H. Abrahamsohn, Informe sobre el problema de la Tuberculosis en los asegurados (Ley 4054), de la Zonal de Santiago, en relación con la acción, antituberculosa de la C. S. O. — 1946, (Trabajo inédito).

(*) Dr. H. Abrahamsohn: Trabajo citado.

da consulta una receta (99 recetas por 100 consultas), en 1942 corresponden 76,6 recetas a cada 100 consultas y, en 1944, 66,1.

Consideramos que el término bioestadística, después de las múltiples definiciones que existen acerca de él, pero que en el fondo no difieren entre sí, no necesita una nueva definición de nuestra parte. Aceptamos plenamente la establecida por Avendaño, Ahumada y López (*) en el sentido de que es "el estudio estadístico de la vida humana, comprendiendo, en primer término, aquellos atributos inherentes al ser biológico, como ser la natalidad, la morbilidad, la mortalidad, la raza y la edad. En segundo término, incluye también atributos derivados de la condición social del hombre, tales como la nupcialidad, la educación, la legitimidad, religión, ubicación geográfica, composición familiar, hábitos, etc. Por último comprende los atributos que dicen relación con las condiciones económicas de los individuos, tales, como profesión, condiciones del trabajo, salario, etc." Demás está agregar que la bioestadística no se limita al simple cómputo de estos hechos, sino procede a observaciones sistematizadas y al estudio de su correlación e interacción, con miras a descubrir relaciones constantes, leyes empíricas y tipos estructurales médico-sociales. Para el Seguro de Enfermedad, el objetivo central de estos estudios son los fenómenos biológicos y biopatológicos en su relación con los demás factores indicados.

Como es notorio, la clasificación de la morbilidad y de la mortalidad se hizo hasta hace poco a base de la "lista internacional de las causas de defunción", presentada al Instituto Estadístico Internacional a fines del siglo pasado por el Dr. Jacques Bertillon y que en lo sucesivo fué periódicamente modificada; no menos notorias son las deficiencias inherentes a esta clasificación. Su mayor defecto, especialmente para los servicios asistenciales del Seguro, consiste en que da realce especial a aquellos estados morbosos que terminan con la defunción, desatendiendo los estados patológicos corrientes y curables. Por esta razón nuestra Caja adoptó en 1942 la "clave diagnóstica para la clasificación en columna (tabulación) de las causas de morbilidad", elaborada por los doctores Thomas Parran y William L. Austin. Sin embargo, para proceder a la homogeneidad de los criterios, el Ministerio de Salubridad nombró una comisión de expertos para uniformar las nomenclaturas empleadas por las diferentes instituciones de salubridad en el país, la que introdujo una serie de modificaciones con consideración especial a la patología nacional, modificaciones que preferentemente se refieren a la clasificación de las enfermedades infecciosas. No nos parece del caso entrar en mayores detalles acerca de esta nomenclatura nosológica nacional, que ha sido publicada en el Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obligatorio de Chile. (**).

La correcta clasificación de los casos morbidos y de las causas de muerte depende de

múltiples factores. En primer término influye en ella el criterio individual de la persona que la establece. Se comprende fácilmente que el grado de corrección en la clasificación de la causa de defunción se relaciona íntimamente con el porcentaje de certificados que ha sido extendido por médicos. Antes, una parte muy considerable se establecía en nuestro país a base de declaraciones de testigos. En los últimos años, y gracias preferentemente a la acción del Seguro de Enfermedad, este porcentaje se ha reducido considerablemente. Pero aún en los certificados médicos hay, y esto es común a todos los países, marcadas diferencias de criterio y exactitud. Aparte de la anotación de causas mal definidas, por ejemplo sólo síntomas o diagnósticos de importancia claramente secundaria, la selección de la causa determinante en un complejo cuadro mórbido o la anotación de varias causas en el mismo certificado, sin discriminación de la probable y dejando la decisión al estadístico, produce variaciones considerables en la clasificación. Además, el cambio de criterio científico hace interpretar las causas en forma diferente en los distintos periodos, lo que estorba su comparación a través del tiempo. A esto se agrega que la propia nomenclatura experimental continua modificaciones y trasposos de causas fatales de un rubro a otro. Por lo tanto, la estadística de las causas de defunción incluye todavía y forzosamente un notable coeficiente de inseguridad. Lo mismo vale para la clasificación nosológica, la que, como es obvio, se apoya en el diagnóstico médico y cuya corrección depende enteramente de la exactitud de éste. Debemos darnos cuenta que el proceso diagnóstico que realiza el médico, no es pura comprobación de hechos, sino consiste en la aplicación de métodos científicos que son perfectamente análogos a los que utiliza la estadística. Pues, frente a manifestaciones patológicas que nunca coinciden completamente en sus formas e intensidad, etc., y frente a seres biológicos que varían en edad, sexo y en los elementos constitutivos psicósomáticos y bio-sociales que les determinan, el médico, descuidando las variantes individuales, y aplicando, como la estadística el principio de simplificación y generalización, se siente autorizado para clasificar el fenómeno morbo en un grupo de estados con semejantes caracteres típicos, o sea establecer el diagnóstico. Es evidente que el criterio individual, el grado de conocimiento, los medios diagnósticos disponibles y el factor humano, influyen decisivamente en su exactitud y, con esto, también en su clasificación estadística. La experiencia de nuestra Caja nos ha demostrado que las normas técnicas establecidas por la dirección médica, así como la estructuración y tipificación racionales de los servicios diagnósticos, tanto en su adecuada distribución, como en su dotación, contribuyen efectivamente a homogenizar el criterio y permitir una clasificación más uniforme.

Las condiciones de un servicio médico funcionalizado hacen factibles, más allá de la captación estadística corriente, formas de control mucho más circunstanciado y prolijo de ciertos fenómenos biopatológicos y bioso-

(*) Obra citada.

(**) Boletín Médico Social. Año XIII, N.º 142—1945.

ciales que en él se producen, como también de los factores que los determinan; nos referimos a los llamados "ficheros centrales" o "ficheros estadísticos epidemiológicos". En contraposición a la forma estadística médica, que consideramos anteriormente, estos no tienen al control de la intensidad y del movimiento de determinados factores, ni son sólo registros de enfermos para el control administrativo de una enfermedad determinada, sino que dan realce a la captación del aspecto evolutivo dentro del individuo mismo, manteniendo estadísticamente su unidad personal, la que sintéticamente representada por un conjunto de determinados valores característicos. Registrando las curvas evolutivas de estos valores, su interacción, su dependencia de otros valores extraños, como también la actuación del médico frente a ellos, se obtienen relaciones típicas que evidencian aspectos decisivos del trabajo médico-social. En el campo de la técnica médica, permiten darse cuenta, en términos cuantitativos, del rendimiento de la acción médica y de los factores que influyen en su resultado. A la Jefatura Médica le hacen posible medir el grado de cumplimiento de las normas técnicas y la eficacia de los medios y métodos aplicados. En el campo social permiten establecer "tipos estructurales socio-patológicos", y epidemiológicamente revelan las irradiaciones de las enfermedades, y las condiciones que las determinan. Con razón se ha llamado este método estadístico "experimento a posteriori".

Por último, existen en el Seguro de Enfermedad complejos conjuntos de problemas que no pueden dilucidarse mediante la metodología estadística corriente, sino necesitan investigaciones directas, por diferentes métodos, y estudios analíticos profundizados. Para este fin fué creada en nuestra Institución una sección especial, la Sección Bio-Social, que tiene como misión fundamental la investigación de todos los problemas médico-sociales, bio-sociales y sociales, que surgen de la gestión misma del Seguro y de sus interrelaciones con las condiciones socio-económicas y biopatológicas de la masa asegurada, con miras especiales al control funcional de los servicios y al establecimiento de índices apropiados de salud.

No puede ser nuestro propósito abordar aquí, en detalle, la experiencia estadística de nuestro Seguro, respecto a los diferentes tópicos indicados anteriormente, tanto más cuanto que la organización de nuestra estadística está todavía en plena evolución. No obstante, citamos algunos ejemplos ilustrativos. En un país con tan grandes variedades geofísicas y cuyo clima va del subtropical en el norte hasta el sub-ártico en el extremo sur, la morbilidad acusa variaciones ostensibles en las diferentes zonas, tanto en la frecuencia como en la importancia de ciertas enfermedades, y la comparación, en el espacio, de los resultados estadísticos tiene una importancia especial para la acción preventiva de la Caja. Así, por ejemplo, establecimos que el alcance de la enfermedad reumática varía notablemente en Chile en relación con los factores climáticos de las diferentes zonas del país. En una encuesta que realizamos, se en-

contró el reumatismo como factor etiológico en un 13,2% del total de los casos cardiovascular, con un mínimo de 8,3% en una ciudad del norte con clima cálido y seco, y con valores entre 30 y 36,2% en el lluvioso sur, o sea que alcanza su mayor acento en las regiones de clima húmedo-templado.

Las variaciones de la frecuencia de los estados morbosos en las diferentes edades son un fenómeno común de todas las estadísticas; sin embargo, en nuestro Seguro revisten, con respecto a determinados grupos de edades y ciertas enfermedades, especialmente la tuberculosis, caracteres de especial gravedad social, por la reducción de la utilidad bio-social que acarrea en los enfermos. Así, en 1944, el índice de la mortalidad por tbc, fué 33,7 por 100 defunciones de los asegurados de Santiago; sin embargo, este porcentaje no evidencia cabalmente su gravedad, pues al considerar la importancia de la tbc, en los diferentes grupos de edad, su alcance varía completamente; así, en los menores de 20 años la tbc fué en un 59,8% la causa de muerte; en los asegurados de 20 y 24 años en un 55,3%; entre los 25 y 29 años en un 50,7% y entre los 30 y 34 años en un 45,8%, o sea, que su gravedad pesa mucho más en los años de mayor productividad y utilidad bio-social del individuo, que, al mismo tiempo, para la Caja, son los de mayor capacidad contributiva. El mismo fenómeno puede observarse respecto al año 1945.

Un aspecto de gravedad particular en este sentido, nos evidencia el porcentaje de pensiones de invalidez concedidas por tbc en 1944 y 1945. Mientras en el total de estas pensiones en 1944 el 39,0% y en 1945 el 42,6% corresponden a la causal de tuberculosis, en los pensionados de 15 a 19 años, la tuberculosis fué fuente de invalidez en un 93,3%, en 1944 y en un 92,9% en 1945; entre los 20 a 24 años, en un 81,7 y 84,7% respectivamente; entre los 25 a 29 años en un 79,6% y 83,5%; en los de 30 a 34 años en un 65,5 y 73,2% y en los de 35 a 39 años en un 61,2 y 64,8%, es decir que la tuberculosis aniquila la fuerza productiva en máxima escala explícitamente en aquellos años en que el individuo representa un valor positivo para la sociedad, y le convierte en una carga y utilidad negativa.

Las variaciones de la frecuencia de estados morbosos en los diferentes sexos son un hecho notorio; para los Seguros de Enfermedad la mujer asegurada constituye un riesgo elevado. En los Servicios de Santiago más de un 50% de los casos mórbidos atendidos en 1941 y 1942, fueron mujeres, mientras sólo entre 35 y 38% del total de asegurados de esta ciudad pertenecen al sexo femenino. En un estudio que hicimos sobre las causas de hospitalización en Santiago, 35% de los casos hospitalizados eran femeninos, con más del 55% de los días de estada. Entre las causas de hospitalización de las mujeres correspondieron 35,7% a partos y sus complicaciones, 15,5% a abortos, porcentaje más alto que en años anteriores y que nos revela un serio problema bio-social. Tomando en conjunto algunos diagnósticos de las hospitalizadas, o sea, partos, enfermedades de los órganos genitales, apendicitis y colecistitis, correspondió

a este grupo más del 75% de las hospitalizaciones de mujeres, o sea, que la morbilidad hospitalaria de éstas en nuestra Caja revela caracteres completamente distintos de la de los hombres. En general constituye la mujer trabajadora un elemento más expuesto a enfermarse que el hombre. No es, pues, sorprendente, que las leyes sociales del trabajo concedan a estos miembros débiles y poco resistentes del proceso de producción, una protección especial, sobre todo por garantizarles un descanso suficiente y prohibir su ocupación en empresas peligrosas e insalubres.

Para cerrar este acápite queremos mencionar finalmente, en forma muy breve, algunos datos estadísticos que se refieren a la relación entre estados morbosos y actividad profesional o salario. Así, por ejemplo, la bronquitis en los mineros fué en el año 1941: 58% más frecuente que en los trabajadores industriales y 90% más frecuente que en el servicio doméstico. En los ya mencionados exámenes de salud de obreros en pleno trabajo se revelaron grandes desigualdades en la frecuencia de la tuberculosis activa en las distintas profesiones: mientras el porcentaje de tuberculosos activos entre los examinados de la industria hotelera fué de 1,9% y en el comercio de 2,4%, en los jornaleros no calificados alcanzó al 6,8%. Mientras en los hombres de la industria textil, en parte mecánicos, etc., que en menor escala estaban expuestos a los factores nocivos del trabajo textil la frecuencia de la tuberculosis activa era de 2,4%, la de las mujeres que trabajan

en un medio polvoriento alcanzó a 5,5%. Igualmente pudimos comprobar una clara relación entre morbilidad tuberculosa y monto de salario; aunque no podemos considerar el salario individual, como unidad de medida aceptable de la situación económica, sin embargo, la constancia de la relación entre salario bajo y frecuencia de la tbc, nos hace considerar éste como valor indicativo para la influencia de un conjunto de factores que determinan el estado de indigencia.

En un trabajo hecho con ocasión del vigésimo aniversario de la Caja (*) establecimos la escala jerárquica de los principales problemas de la patología social chilena. En esta oportunidad destacamos también tanto la importancia como la función de la estadística para el desarrollo de la medicina colectiva, indicando que con este medio de control tiene la medicina un nuevo elemento de juicio, comparable al que representan los laboratorios científicos. Al evidenciar desarrollos y estructuras, normalidades y regularidades, valores característicos y leyes empíricas, la estadística médica nos proporciona la posibilidad de controlar, prever y planificar. En este sentido es su función parecida a la que el célebre físico Ernst Mach atribuyó a la ciencia, es decir producir la economía de razonamiento y de la investigación siempre repetida, al igual que la máquina produce la economía de esfuerzo.

(*) Drs. Rojas y Abrahamsohn: Los problemas de la Medicina Social en Chile y la C. S. O.

La Medicina Preventiva en el Seguro Social Chileno

Dr. Alfredo Rojas Carvajal

Jefe de la Sección Medicina Preventiva

Los Servicios Médicos del Seguro Social Chileno, que acaban de cumplir 20 años de existencia, constituyen una red de Policlínicas diseminadas en toda la extensión del país, complementadas con las camas hospitalarias que proporciona la Asistencia Social del Estado y por algunos establecimientos sanatoriales para tuberculosos. Este conjunto de Servicios organizados, bajo una dirección centralizada y a base de médicos funcionarizados, atiende el Seguro de enfermedad y maternidad de más de un millón de obreros chilenos, de la más variada condición y medio social, desde el campesino de las Zonas Central y Sur del país, de escasa cultura y bajos salarios, hasta el obrero especializado de las minas del cobre y del salitre en la Zona Norte o de la gran industria de las ciudades principales, cuyo standard de vida es relativamente elevado, pasando por el pequeño artesano o comerciante, el empleado doméstico, etc., cuya condición económica social es más bien intermedia.

En el curso de estos primeros veinte años de existencia se han producido dos etapas bien definidas en cuanto a la orientación general de la acción médica. Los primeros diez años, hasta 1936, en que domina una orientación principalmente paliativa o curativa de la morbilidad que se presenta espontáneamente en los Servicios, lo que se traduce en un ataque tardío de la mayor parte de nuestra patología social, la más grave, con una elevada mortalidad general e infantil y una gran proporción de invalidez prematura.

Un análisis practicado al final de este primer periodo, puso de relieve la necesidad de dar a la medicina del Seguro una orientación preventiva, que permitiera atacar precozmente la patología social, que ordinariamente pasa inadvertida en sus etapas iniciales preclínicas y especialmente en el caso de la tuberculosis, de la sífilis, del reumatismo, etc., para aparecer tardíamente en sus etapas irreversibles de la destrucción de órganos vitales, de la incapacidad prematura y de una elevada mortalidad.

Las encuestas e investigaciones practicadas demostraron la realidad de estas presunciones. En la masa de asegurados acogidos a pensión de invalidez ocupaban los primeros lugares las afecciones cardiovasculares en que el reumatismo y la lúes se reparten la etiología; las afecciones del sistema nervioso en parte preponderante dependientes también de etiologías lúeticas, vasculares, etc., y la tuberculosis. En cambio, estas mismas afecciones con tan grave repercusión en la invalidez y mortalidad del asegurado, no tenían en la morbilidad espontáneamente presentada a las policlínicas una gravitación equivalente en importancia. Por el contrario éstos aparecían ocupados de preferencia en la atención de una patología superficial sin trascendencia, a base de infecciones agudas pasajeras, afecciones de la piel, del apa-

rato gastrointestinal, etc. Sin embargo, en la clientela hospitalaria volvía nuevamente a aparecer la gravitación preponderante de los mismos rubros que generaban la invalidez. Investigaciones en el campo de la patología inaparente, mediante el examen de salud sistemático en el supuesto sano, dieron también a la lúes, a la tuberculosis y a las afecciones cardiovasculares una importancia que en conjunto dominaba el 50% de los sujetos examinados, incluyendo las formas sospechosas o dudosas.

Con tales antecedentes se planteaba claramente la necesidad de organizar una medicina preventiva que alcanzara los relieves de una auténtica medicina social, la que ha constituido el esfuerzo desplegado en los últimos diez años de la institución.

Como se comprende fácilmente y está en la conciencia de todo médico, una medicina social no podía ser solamente la suma de las medicinas individuales en un conglomerado social cualquiera; para que una medicina pueda llamarse medicina social, debe ser colectiva, organizada y de finalidad preventiva. No importa que la acción aislada del médico pueda tener en un momento dado un carácter curativo frente al individuo, pues lo que define su real naturaleza es la finalidad preventiva, orientada a remover las causas y condiciones desfavorables que actúan en contra de la salud de la colectividad.

Siguiendo de preferencia la concepción de los médicos franceses, se planeó nuestra Medicina Preventiva de acuerdo con la pauta siguiente:

- 1.º Examen sistemático y periódico de la salud de los imponentes.
- 2.º Organización de la lucha contra la tuberculosis.
- 3.º Organización de una lucha antivenérea.
- 4.º Defensa de la infancia.
- 5.º Lucha contra las enfermedades mentales y el cáncer.
- 6.º Campaña de educación sanitaria, y
- 7.º Defensa del obrero en el trabajo (higiene y profilaxia industrial) y en sus horas libres (valorización del descanso).

A este plan de acción se agregaba la creación de un servicio de estadística y de estudios biosociales, que permitiera ejercitar un control permanente sobre los fenómenos biodemográficos y biopatológicos en relación con el desarrollo de la acción médico-social.

El vivo interés despertado por estos planteamientos alcanzó importante repercusión en nuestros medios profesionales y círculos gubernativos, en tal forma que a poco de iniciada esta acción, una ley especial sobre Medicina Preventiva fué promulgada por el Supremo Gobierno en Enero de 1938, con las firmas del Presidente Alessandri y de su Ministro de Salubridad, doctor Eduardo Cruz Coke, al paso que otra ley daba a la Caja de Seguro Obligatorio fondos especiales para alimentación infantil.

Desde fines de 1938, la acción médico-social del Seguro Obrero Chileno ha estado fuertemente influenciada por esta nueva legislación, pero antes de dar cuenta más ampliamente de ella, es necesario que precisemos los conceptos fundamentales que han de permitirnos juzgarla en su verdadero alcance.

No abordaremos aquí el estudio histórico del advenimiento de la Medicina Preventiva o Social, cosa que ya hicimos en 1944 (1) en una cierta medida, pero es indispensable que tratemos de precisar su extensión y posibilidades. Desde luego debemos separar totalmente la acción puramente sanitaria que queda fuera de la órbita del Seguro por corresponder enteramente según nuestra legislación a la del Estado. Por estar íntimamente ligada a esta acción sanitaria y depender en buena parte de ella no abordaremos tampoco el problema de la prevención de las enfermedades infectocontagiosas agudas. Si bien, y desde un punto de vista teórico, la Medicina Preventiva tiene por finalidad superar las cualidades físicas y mentales del hombre, en la práctica, su acción para ser eficaz debe limitarse a evitar y combatir precozmente las condiciones desfavorables que amenazan la salud. Pero aún en este terreno sus posibilidades abarcan un campo casi ilimitado. Todos los fenómenos de la patología social que constituyen una fuente de menor valencia biológica o que conducen a una disminución de la resistencia orgánica, deben ser objeto de acción preventiva. Por otra parte, los factores ambientales y económico-sociales sobre los cuales evoluciona toda patología social dan a la Medicina Preventiva tal extensión y envergadura que a veces sobrepasa el marco de una acción nacional para proyectarse en el campo de los problemas de orden internacional, tal como se le ha estado considerando en los últimos tiempos a través de la Oficina Internacional del Trabajo y recientemente en el Consejo Económico Social de las Naciones Unidas. Todo esto contribuye a dar a la Medicina Preventiva un desarrollo lento de resultados alejados e incompletos. Así pues, una Medicina Preventiva que quiera ejercitar su acción efectivamente necesita limitar drásticamente sus objetivos y ajustarlos a los medios disponibles. Necesita además jerarquizar sus finalidades de acuerdo con la urgencia de los problemas y seleccionar el lugar y el momento propicios para la

acción, para lo cual es indispensable ejercer permanentemente un estricto control de la salud. Este control se efectúa mediante el examen sistemático de salud de la población, que permite descubrir precozmente estados inaparentes de ciertas enfermedades sociales como tuberculosis, sífilis, silicosis, reumatismo, etc., y mediante estudios estadísticos y biosociales de los fenómenos biopatológicos y económico-sociales.

He aquí como el autor de nuestra Ley de Medicina Preventiva enfoca el problema:

"La Ley de Medicina Preventiva pretende establecer en nuestro país una previsión biológica verdadera disminuyendo sobre todo nuestra pasividad transitoria, fuente de ausentismo, con grave repercusión sobre nuestra economía; pretende también, no seguir desperdiciando esfuerzos médicos-sociales muy laudables pero inútiles en los límites irrecuperables de la vida. Dispone y distribuye los recursos en relación a su rendimiento máximo y no en forma caprichosa y formal. Pretende reparar al trabajador todavía recuperable y cuya salud es el principal elemento positivo de riqueza de que podamos disponer. Es preferible beneficiar a menos, pero de veras, hasta reintegrarlos a la producción y al consumo normal, que beneficiar un mayor número, pero sólo aparentemente". Es exactamente el criterio de restringir los objetivos y seleccionar el momento y el sitio de la acción eficaz. Nuestra Ley de Medicina Preventiva instituyó como una obligación para las Cajas de Previsión, el examen de salud sistemático y periódico (anual) de sus imponentes. Este se ha venido efectuando en nuestro Seguro Obrero desde 1938 con una cifra anual vecina a los 100,000 exámenes, lo que totaliza actualmente cerca de 900,000.

Como puede observarse en el cuadro siguiente, la cifra de tuberculosos pesquisados pasa de 50,000 con un promedio general de 5.8%: el número de sífilíticos pasa de 55,000 con un promedio de 6.4%, y el número de cardiovasculares se acerca ya a los 40,000, con un promedio de 4.3%.

Todos estos rubros incluyen el total de casos de enfermedad confirmada y de formas sospechosas o dudosas que deben ser controladas más estrictamente, o sea cada 3 o 6 meses en vez de una vez al año. Para los casos de enfermedad, confirmada nuestra ley, contempla diversas medidas de las que nos ocuparemos luego.

EXAMENES DE SALUD

Años	Total	Tbc.	%	Lúes	%	C. V.	%
1938	82.112	3.752	4.3	3.519	4.2	3.304	4.3
1939	128.109	5.122	4	7.441	5.8	5.122	4
1940	115.688	6.330	5.47	9.263	8	3.661	3.16
1941	110.490	7.822	7.2	8.620	7.8	5.048	4.5
1942	96.153	7.813	8.1	6.725	7	4.732	5
1943	100.939	6.506	6.44	6.781	6.72	4.988	4.94
1944	117.030	7.367	6.33	7.200	6.15	5.230	4.46
1945	112.984	6.112	5.40	5.888	5.21	5.428	4.80
TOTAL	863.505	50.824	5.88	55.437	6.42	37.713	4.36

(1) Rojas Carvajal y Abrahamsohn.—Los problemas de la Medicina Social en Chile.—Impenta Gutenberg.

Un análisis más cuidadoso de los exámenes de salud practicados permite ver que hay una pequeña proporción de casos en que se encuentran reunidas dos o más de las afecciones que la ley ordena pesquisar, pero en conjunto no llegan al 1% de los casos; hay además un 0,5% de enfermedades profesionales que se presentan de preferencia en la Zona Salitrea y Minera del norte del país, donde abunda especialmente la silicosis pulmonar y otras tecnopatías. Finalmente hay una proporción importante, superior al 10% de los casos que presentan afecciones variadas de naturaleza más bien banal, con lo cual el total de la patología que permite pesquisar el examen sistemático de salud entre nuestros obreros llega a más de un 25% quedando en consecuencia menos de un 75% de sujetos declarados sanos. Este aspecto del examen de salud puede apreciarse bien en el cuadro que insertamos en la página siguiente, corresponde a los exámenes del año 1945.

Como ya lo hemos dicho al comienzo de este informe, el examen sistemático de salud permite un control biopatológico de la masa de imponentes del Seguro Social, ya que permite un conocimiento precoz de los riesgos principales de la masa asegurada. En nuestro caso especial, el examen de salud está orientado a la pesquisa de aquella patología que sabemos que es la responsable directa de nuestra elevada mortalidad y de la invalidez prematura de nuestros obreros, o sea la tuberculosis, la sífilis, las afecciones cardiovasculares y las enfermedades profesionales. En otros lugares del planeta, es seguro que la orientación del examen de salud deberá ser otra por exigirlo así las realidades biodemográficas y biopatológicas locales, pero en todo caso toda Institución de Seguro Social necesita de este insuperable medio de control para conocer la importancia de los riesgos cuya cobertura le impone la Ley. El seguro comercial o particular controla sus riesgos por el examen de admisión y sus tablas estadísticas y cálculos actuariales, fijando así sus primas de acuerdo con sus probables riesgos o rechazando aquellos casos que no le parecen convenientes. En cambio, el Seguro Social que tiene que aceptar toda clase de riesgos, sólo tiene el examen periódico de salud para conocer y poder intervenir en los riesgos que amenazan su equilibrio financiero, cumpliendo además en mejor forma sus finalidades, por medio de la defensa oportuna de la salud de sus imponentes.

Si dejamos de lado por una parte el problema de la mortalidad infantil, que es en Chile principalmente un problema de cultura y de alimentación, en el cual la acción médica y económica está dando sus mejores resultados, y por otra parte, el problema del alcoholismo, que reviste los más serios caracteres en nuestra población, pero en el cual la acción del Seguro Social no puede ser sino muy incompleta debido a los caracteres tan

especiales de dicho problema, debemos reconocer que la tuberculosis representa, sin duda, el problema médico-social más importante para el Seguro Chileno. Más de tres mli asegurados mueren anualmente en plena juventud y edad madura, por causa de tuberculosis, lo que representa más del 30% de la mortalidad total de asegurados. La mortalidad por tuberculosis de la provincia de Santiago (la mejor controlada del país), fué en 1941 de 293,0 por 100.000 habitantes, mientras que la mortalidad por tuberculosis de los asegurados en la misma provincia (Ley 4.054), fué el mismo año de 313,3 por 100.000 asegurados. Aunque la tuberculosis es la enfermedad típica de la miseria, y sus índices reflejan en forma destacada las malas condiciones económico-sociales y culturales de la población, es seguro que la elevada proporción de esta enfermedad corresponde a una fase de tuberculización masiva epidémica, por lo cual, y sobre todo en el último tiempo, se ha reconocido la necesidad de fundamentar la lucha contra ella en las medidas de aislamiento, de pesquisa precoz y de tratamiento activo intensivo que permita reducir el índice de contagiosidad.

FALLECIDOS

Años	N.º Total	Por TBC.	%
1932	5.498	1.819	33,1
1933	5.686	1.505	26,5
1934	7.200	1.921	26,7
1935	7.091	1.996	28,1
1936	8.091	2.405	29,7
1937	8.511	2.654	31,2
1938	10.613	3.387	31,9
1939	10.650	3.154	29,6
1940	10.058	3.324	33,04
1941	9.269	3.157	34,
1942	9.748	3.271	33,5
1943	9.758	3.252	33,3
1944	9.697	3.185	32,86
1945	10.036	3.224	32,1

EXAMENES DE SALUD EFECTUADOS DURANTE EL AÑO 1945 EN LOS CONSULTORIOS DE LA CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

ZONALES	Otras afec.	Lúes	C. V.	Tbc.	Tecnopatías	Patol. Mixta	Sanos	TOTAL
Iquique	1.011 36,5%	212 7,65%	222 8 %	152 5,4%	— —	14 0,5 %	1.158 41,8%	2.769
Antofagasta	1.460 7,7%	605 3,2 %	307 1,6%	207 1,1%	117 0,6 %	52 0,27%	16.203 85,4%	18.951
Copiapó	466 13,6%	355 10,4 %	55 1,6%	58 1,7%	238 6,9 %	21 0,6 %	2.210 64,9%	3.403
La Serena	76 2,6%	251 8,7 %	161 5,6%	326 11,3%	1 0,03%	41 1,4 %	2.022 70,2%	2.878
Valparaíso	2.048 20,9%	705 7,2 %	878 8,7%	1.005 10,2%	145 1,5 %	71 0,7 %	4.931 50,4%	9.783
Santiago	642 1,1%	2.692 4,6 %	3.020 5,2%	3.049 5,2%	45 0,07%	377 0,6 %	48.291 83,1%	58.116
Rancagua	387 43,1%	11 1,2 %	57 6,3%	151 16,8%	1 0,1 %	8 0,9 %	282 31,4%	897
Talca	1.069 52 %	92 4,4 %	161 7,8%	124 6,0%	— —	3 0,14%	605 29,4%	2.054
Chillán	367 25,4%	61 4,2 %	36 2,5%	44 3,0%	— —	1 0,06%	931 64,6%	1.440
Concepción	533 14,3%	292 7,8 %	315 8,4%	519 13,9%	1 0,02%	185 4,9 %	1.864 50,2%	3.709
Los Angeles	1.598 92,9%	55 3,1 %	18 1,0%	31 1,8%	— —	— —	17 0,5%	1.719
Temuco	580 27,0%	259 12 %	97 4,5%	132 6,1%	— —	2 0,1 %	1.076 50 %	2.146
Valdivia	— —	53 9,2 %	2 0,3%	23 4 %	— —	2 0,3 %	497 86,1%	577
Puerto Montt	900 39 %	158 6,2 %	62 2,4%	199 7,8%	— —	13 0,5 %	1.125 44,1%	2.547
Punta Arenas	1.511 75,7%	87 4,3 %	37 1,8%	92 4,6%	— —	8 0,4 %	260 13 %	1.995
Totales	12.738 11,2%	5.888 5,2 %	5.428 4,8%	6.112 5,4%	548 0,5 %	798 0,7 %	21.472 72,1%	112.984

Una política semejante pone de relieve en primer término la importancia de la pesquisa precoz o sea del examen de salud sistemático que descansa por entero en el método de la microradiografía de masas, interpretado por personal técnico especializado y de gran experiencia, lo que asegura un elevado índice de rendimiento en seguridad y exactitud. Por otra parte, el aislamiento como base de la lucha contra el contagio, rinde su máxima eficacia cuando se dispone de suficiente número de camas hospitalarias para dicho objetivo, lo que no sucede entre nosotros ya que una de las grandes dificultades de la lucha contra la tuberculosis, reside en la suma escasez de camas para estos enfermos. El Servicio de Salud Pública de Estados Unidos de Norte América, de acuerdo con los resultados de la encuesta de Franningham, estima que cada defunción por tuberculosis, corresponde a diez tuberculosos activos en la población, o sea que nuestro seguro debe contar con una existencia superior a 30.000 tuberculosos activos, para los cuales sólo disponemos actualmente de poco más de 1.500 camas. Pero la más grave de las dificultades reside en que nuestro Seguro Social sólo comprende a los imponentes activos pero no a los familiares, por lo cual una acción epidemiológica, sólo podrá efectuarse en coordinación con los Servicios Asistenciales del Estado, que actualmente no cuenta con los elementos necesarios para hacerse cargo en debida forma del aislamiento de los enfermos del grupo familiar de nuestros asegurados, cuya existencia se calcula en una cifra superior a 20.000 enfermos. Son estas las razones fundamentales por las cuales nuestra Institución no ha podido darle a la Ley de Medicina Preventiva una aplicación intensiva y ha debido mantenerse con un ritmo más bien lento, en espera de mejores circunstancias. Desde hace algunos años está en el Parlamento un proyecto de modificación legal de nuestro Seguro Obrero, en el cual se contempla la extensión del seguro a la familia del asegurado; es posible que dentro de algún tiempo dicha modificación legal nos permita ampliar nuestra labor actual en términos que representen una acción racional de control de la tuberculosis en toda la población obrera del país.

La Ley de Medicina Preventiva contempla también el llamado Reposo Preventivo en favor del enfermo de tuberculosis, o sea el derecho de suspender la jornada de trabajo conservando la totalidad del salario y la posesión del cargo. Esta disposición permite colocar en reposo completo al enfermo desde las etapas iniciales de la enfermedad, lo

que es considerado de gran importancia para mejorar las posibilidades de curación o rápida mejoría con una recuperación estable de la capacidad de trabajo. Este Reposo Preventivo es un derecho especial que no tiene equivalente en nuestra legislación médico-social, pues no se trata de un subsidio por incapacidad, sino que actúa sobre el enfermo antes que la incapacidad lo obligue a abandonar el trabajo y permite mantener en reposo al enfermo con la totalidad de su salario y con todos sus derechos legales como si estuviera en trabajo.

Aún no tenemos una investigación terminada sobre resultados alejados en el tratamiento de los tuberculosos con la Ley de Medicina Preventiva; en el curso del presente año, debe terminarse el primer control sobre enfermos dados de alta hace cinco años, pero los resultados inmediatos son controlados anualmente al terminar el Reposo. Así, en 1945 hubo 2.402 casos terminados con un término medio de 318 días de Reposo por caso y \$ 6,096 de salarios pagados como término medio por caso y \$ 19 como término medio de salario diario. Los resultados han sido de un 53% favorables contra un 24% desfavorables, como puede verse detalladamente en el cuadro que se inserta más adelante.

Es muy probable que en los resultados que arroje el control después de cinco años, disminuya considerablemente el porcentaje de resultados favorables, pero también es probable que no llegue tan bajo como los resultados obtenidos anteriormente a la existencia de la Ley de Medicina Preventiva, época en la cual vimos descender al 10% la proporción de resultados favorables después de cinco años.

El problema de la tuberculosis es especialmente apropiado para poner de relieve las dificultades de una Medicina Social Preventiva, dificultades que residen fundamentalmente en la necesidad de actuar por lo menos sobre la totalidad del grupo social afectado y no solamente en algunos sectores de él. La coordinación con otras Instituciones de Asistencia Social se hace necesaria para reducir, en parte al menos, esta insuficiencia de la acción de un Seguro Social reducido solamente a los imponentes, como es el caso del nuestro, pero el desiderátum lo constituye sin duda la implantación de un Seguro Nacional Integral que abarque a todos los miembros de la colectividad y a cuyo financiamiento contribuyan en forma complementaria los trabajadores, los patrones y el Estado.

RESUMEN CASOS TERMINADOS POR RESULTADOS OBTENIDOS AÑO 1945. — Por Zonales

COMISIONES	Mejorados		Estacionarios y agravados		Extra pulmonares		Fall. afec. interc. Otros diag.		Sin datos		TOTALES
	N.o de casos	%	N.o de casos	%	N.o de casos	%	N.o de casos	%	N.o de casos	%	
IQUIQUE	34	65,38	16	30,76	—	—	2	3,84	—	—	52
ANTOFAGASTA	9	27,27	12	36,36	12	36,36	—	—	—	—	33
COPIAPO	29	53,70	23	42,59	—	—	2	3,70	—	—	54
LA SERENA	53	63,85	27	32,53	2	2,40	1	1,20	—	—	83
VALPARAISO	230	53,36	127	29,46	40	9,28	31	7,19	3	0,69	431
SANTIAGO	576	48,76	457	38,69	64	5,41	71	6,01	13	1,1	1 181
RANCAGUA	41	60,29	21	30,88	2	2,94	—	—	4	5,88	68
SAN FERNANDO	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
TALCA	38	67,85	17	30,35	—	—	1	1,78	—	—	56
CHILLAN	7	31,81	9	40,9	2	9,09	1	4,54	3	13,	22
CONCEPCION	59	57,28	40	38,83	2	1,94	2	1,94	—	—	103
TEMUCO	47	65,27	15	20,83	1	1,38	6	8,33	3	4,16	72
VALDIVIA	114	64,77	32	18,18	24	13,63	4	2,26	2	1,12	176
PUERTO MONTT	28	59,57	17	36,17	—	—	2	4,25	—	—	45
LOS ANGELES	2	66,	1	33,	—	—	—	—	—	—	3
PUNTA ARENAS	6	30,	12	60,	—	—	2	10,	—	—	50
TOTALES	1.273	53,	826	34,	150	6,	125	5,	28	1,	2 402

Sección Servicio Social

Ana Mac Auliffe

Visitadora Social Jefe

La primera Escuela de Servicio Social de Sud-América fué fundada en Chile en el año 1925 por la Junta de Beneficencia de Santiago, o sea con nacimiento bajo la égida de un organismo asistencial fundamentalmente médico, con justa valorización del factor social, tanto en la producción de la enfermedad como en su recuperación, con miras a encauzarse predominantemente en el campo de la medicina preventiva.

La ley 4.054, o sea, el Seguro de Enfermedad, Invalidez, y Vejez, creada en el año 1924, inició su aplicación práctica en Abril de 1925, de modo que estos dos grandes instrumentos de la Medicina Social — Seguro Social y Servicio Social — iniciaron su acción defensiva de la salud de la masa proletaria del país en forma prácticamente simultánea.

En su acción educadora la nueva profesión, Visitadora Social, ejerció notable influencia en la comprensión de los trabajadores respecto del Seguro Social, enseñando infatigablemente el deber de exigir el cumplimiento de las imposiciones; por otra parte estimulando a los patrones hacia la comprensión de la justicia de proporcionar a los trabajadores el beneficio trascendente del Seguro Social, que aunque establecido con fuerza de ley, requería esta acción de enseñanza educativa a causa de la incompreensión dominante por el tipo de establecimientos de carácter "Caritativo" que tuvieron hasta entonces los servicios destinados a la curación de las enfermedades, a la protección de la infancia, a la protección de la invalidez y de la vejez.

La acción investigadora frente a todo caso significó una verdadera contribución a la importante organización de fiscalización que, como toda obra nueva, era insuficiente y debía adquirir su propia experiencia sólo con el tiempo, para capacitarse debidamente, así aunque oculta por la modestia de anonimato, la acción del Servicio Social en el progresivo desarrollo de la comprensión del seguro social, la Caja de Seguro de Chile, ha contado con la eficaz contribución de cada Visitadora en la intensa y extensa labor profesional.

Dentro del organismo mismo, llama la atención cómo desde el primer momento se evidencia la valorización de la acción profesional de la Visitadora Social, tanto para actuar como relacionadora entre el asegurado y los servicios médicos, como para desarrollar su acción de carácter preventivo en aquel servicio que desde su nacimiento adquiere este sello "la Oficina del Niño", o sea, el Puericultorio.

Se le confían inmediatamente: la pesquisa de los nacimientos, tanto en Maternidades como en domicilios, la encuesta social sobre los antecedentes personales, de familia, de ambiente del niño, la vacunación antituberculosa del recién nacido, la vigilancia de la

alimentación natural, la citación de los inasistentes, los controles especiales, la vigilancia del funcionamiento de la legislación social y la solución de los problemas de índole social.

Al planificar una lucha antituberculosa, igualmente en los primeros centros organizados, se incluye a la Visitadora Social especializada para este tipo de acción.

Actualmente la Caja de Seguro Obligatorio cuenta con 124 plazas de Visitadoras Sociales.

El servicio se encuentra organizado a base de los equipos médicos y con funciones específicas diferenciadas según la especialidad de la cual constituye parte; en alguna de estas especialidades es complemento en tanto que en otras es medular.

A causa del estado sanitario de la población del país, aún existe bastante acción de medicina reparadora, dentro de este campo de trabajo la Visitadora Social proporciona importante contribución a la investigación de los factores del trabajo, los contactos con la comunidad circundante, la alimentación, la vivienda, los hábitos perniciosos, determinadas actividades.

En tratamiento social, la acción profesional consiguiente: modificación de factores del trabajo, cambio de la faena misma, separación de contactos contagiosos, alimentación nutritiva, mejoramiento de la vivienda, creación de intereses favorables, desenvolvimiento de la personalidad para su capacitación respecto del cumplimiento de las responsabilidades personales, comprensión de la enfermedad y creación o estímulo de la necesaria cooperación frente al tratamiento médico-social, tanto para la recuperación en el presente como para la preservación en el futuro.

En los servicios de la Caja de Seguro Obligatorio toda la acción médica está dirigida por el concepto de medicina preventiva y es, en este campo donde la cooperación de la Visitadora Social actúa en lo fundamentalmente propio; su acción es muy pedagógica, adquiriendo suma importancia la instrucción sobre los medios de mantenerse en salud, de mejorar el tono de resistencia física, de incrementar los medios de mayor bienestar para la evolución de las condiciones sociales, en una palabra, la acción se hace de tipo constructivo.

Una síntesis de la acción específica en los principales servicios médicos permitirá una visualización de la labor profesional de la Visitadora Social en la Caja de Seguro Obligatorio.

En los Servicios de Madre y Niño se cumple una misión desde el reconocimiento de la actitud de la embarazada, frente a su maternidad, hasta el vencimiento del período de la vigilancia del niño; ella debe capacitar a la mujer para el desempeño de su función y responsabilidad de "madre".

Los peligros del aborto, los peligros de la separación del binomio madre-hijo, los peligros de supresión o disminución del amantamiento, los peligros de contagio tuberculoso, el abandono de tratamiento médico, de control médico... requieren no una solución tardía, sino una acción previsorá.

En los servicios de Lactantes, la intervención debe ser sistemática, pues la necesidad de prevenir se impone. En países donde hay gran curva de ilegitimidad la solución oportuna de los problemas de la maternidad de mujer soltera, adquiere carácter de principal medida de protección a la raza misma y luego la vigilancia sistemática de los lactantes, la más eficaz lucha en contra de la morbilidad y de la mortalidad infantil.

En Chile existieron tiempos de grave dificultad para la madre soltera, principalmente para la niña-madre, pues ordinariamente la primera maternidad tiene lugar en la adolescencia; entre las herramientas de protección en el campo asistencial, ocupan lugar de primera eficacia los servicios denominados Refugios Prenatales, Servicios de Madre e Hijo, Salas Cunas en fábricas; guarderías de Lactantes, destinadas respectivamente a: recibir a la embarazada, sea asegurada o indigente, cuando por determinadas causas no dispone de medios para mantenerse o bien simplemente para alejarse de un ambiente hostil, impropio para la tranquilidad psíquica necesaria al estado; a mantener el binomio madre-hijo, durante la época posterior, mientras la madre recupera su capacidad de trabajo; en una y otra circunstancia la educación para el correcto desempeño de la función materna es eficazísima, alimentación adecuada de elementos protectores, actividad apropiada, confección de ropa; aprendizaje de cuidado del niño en un régimen vivido con horario regular, comprensión de la ventaja del alimento natural. Las Salas Cunas están destinadas a facilitar el amantamiento de los hijos de las obreras que trabajan en fábricas, las guarderías destinadas a tener bajo su custodia a los lactantes destetados durante la jornada de trabajo de aquellas madres que no cuentan con personas en su hogar apropiadas para el cuidado durante su ausencia.

La legislación del trabajo ha establecido dos grandes medios de protección materno-infantil: el periodo de descanso por maternidad con auxilio económico de parte del patrón y de parte del Seguro, el subsidio por lactancia, y por sobre todo, la asistencia explícitamente establecida que vino a destruir totalmente el secreto que guardaba sobre la maternidad y que tanto facilitaba el aborto y el abandono, produjo la transformación de actitud hacia la maternidad de mujer soltera; hoy se constituye sujeto de amparo, de protección, lo que otrora fuera motivo de vergüenza, de rechazo.

La acción de la Visitadora Social es de recabar de los citados servicios la asistencia necesaria para quienes la requieren, de instituir a las madres sobre estos beneficios y conducirlos a participar de ellos, de vigilar permanentemente sobre las condiciones que requiere el niño para su normal desarrollo.

La profilaxia de la tuberculosis cuenta con una magnífica organización en la Sección de Madre y Niño; la centralización de la asistencia médico-social a la embarazada tuberculosa, la separación del recién nacido y su colocación familiar mientras subsiste el peligro de contagio.

En los correspondientes equipos médicos la acción de la Visitadora Social es medular frente a la acción de profilaxia; ella debe instruir y convencer a la madre y a la familia sobre la necesidad de aceptar la indicación médica, sea de separación, de prohibición de amantamiento personal de la madre enferma, alguna vez sobre interrupción del propio embarazo.

Tanto el retiro del recién nacido como su colocación en el servicio especializado destinado al periodo de adaptación a la alimentación y al desarrollo, es efectuado por la Visitadora Social y luego la elección de su guardadora en la colocación familiar y su tutela durante su permanencia en el servicio igualmente le corresponde en todos los aspectos de bienestar adecuado para su normal desarrollo hasta la resolución misma de su ubicación posterior.

Los servicios de lucha antituberculosa y de lucha antivénerea son los típicamente epidemiológicos de la Caja de Seguro Obligatorio.

El reconocimiento del origen de estas enfermedades, de su transmisibilidad por los contactos habidos y las medidas necesarias para el reconocimiento médico de estos contactos, así, como su tratamiento, requieren la acción de la Visitadora Social para su debida comprensión, la necesidad de su tratamiento según indicación médica y la utilización de los recursos o medidas que de acuerdo con la resolución médica la profesional debe proporcionar:

Aceptación de hospitalización, de Sanatorio, de determinado tratamiento, buen cumplimiento de reposo en el domicilio, si éste reúne condiciones, determinado régimen de alimentación, abstención de algunas actividades, de hábitos incompatibles con la enfermedad, cesación de trabajo, cambio de trabajo, son las principales acciones de la Visitadora Social destinadas al objetivo propio de la especialidad de tuberculosis respecto del enfermo mismo.

En materia de la situación general del hogar, la situación económica adquiere importancia fundamental, ya que constituye, en el orden material, la base de la alimentación y en el orden espiritual, la tranquilidad mental tan necesaria para el reposo en su sentido integral; el régimen de subsidios a que sea acogido el enfermo determinará la orientación de la acción de la profesional; si el grado de la enfermedad permite el "reposo preventivo" o sea, el goce del subsidio que conserva el salario medio (Ley 6,174, de Medicina Preventiva), la correcta distribución de las entradas, la calidad de la alimentación para los efectos de la nutrición y el reposo, son los aspectos principales; si el grado de la enfermedad no permite el régimen de subsidio de ese tipo, el enfermo queda acogido al régimen de "subsidio por enfermedad" y en consecuencia reducido a una situación personal económica

desastrosa; la acción de la profesional deberá entonces dirigirse principalmente a recabar los servicios asistenciales para el enfermo y para su unidad familiar y crear capacidad de trabajo en aquellos miembros que pueden aprovecharse en este sentido, o sea que el mejoramiento de la situación económica pasa a primer plano, como es lógico.

En los sanatorios y centros de reposo, la atención directa de los reposantes en el aspecto "bienestar personal", constituye lo fundamental, por cuanto esto significa el medio de obtener tranquilidad mental; todo lo material, en referencia al régimen de vida, lo proporciona la institución, pero la tranquilidad sobre el estado personal de la familia y su situación, cae en la órbita de acción de la profesional; ella se constituye la relacionadora entre el reposante y su familia o personas de su afecto.

La Visitadora Social tiene en los sanatorios una activa participación en los aspectos educacionales y culturales así como en labor terapéutica con marcada orientación hacia la reeducación para el trabajo liviano en el futuro.

La encuesta epidemiológica y social es indispensable en los servicios de lucha anti-venérea para los efectos de una acción integral; sólo tratando las fuentes infectantes y pesquisando los probablemente contagiados para su reconocimiento, observación y tratamiento, será posible una acción de eficacia en el orden epidemiológico.

La acción se inicia por la investigación de los antecedentes personales necesarios a la individualización, para los efectos de entrar a ubicar al propio enfermo en caso necesario.

Lo fundamental, por su trascendencia, es en esta entrevista la instrucción que la Visitadora da a cada enfermo sobre la afección que ha contraído; a base de su diagnóstico médico le explica la naturaleza, el tratamiento médico, las medidas de higiene, el origen y la transmisibilidad de las enfermedades venéreas; todo en una forma asimilable según la mentalidad y grado de instrucción del enfermo.

Así comprendida la afección, es posible entrar en el delicado terreno de la investigación de los contactos:

¿De quién recibió la infección...?

¿A quién o a quiénes la puede haber transmitido...?

¿Por contacto posterior...?

Esta declaración deberá ser con precisión de nombres y de direcciones para la citación a reconocimiento médico.

Luego, la búsqueda y citación de estos contactos es una acción que requiere todo el tacto propio de una Visitadora Social.

Con frecuencia el enfermo debe tener activa participación en procurar datos esclarecedores o complementarios incluyendo también la citación misma si así fuere aconsejable.

Cuando la fuente infectante es de elemento de prostitución, la denuncia a la Autoridad Sanitaria parte del servicio de la Visitadora Social.

La vigilancia de la continuidad del tratamiento igualmente está bajo la dirección de esta profesional, los servicios disponen de un equipo de citadoras.

Servicio de Citación de Inasistentes a Venereología.— Claves

Clave resultado de las visitas domiciliarias

- 1.— No existe el N.o.
- 2.— No vive en la dirección indicada.
- 3.— Cambio de residencia.
- 4.— Tercera persona rechaza citación.
- 5.— Citación entregada a tercera persona.
- 6.— Citación personal.

Clave "causa de inasistencias".

- 1.— No indagada.
- 2.— Citación indebida.
- 3.— Ausencia transitoria.
- 4.— Traslado a otro servicio.
- 5.— Enfermedad intercurrente.
- 6.— Hospitalización.
- 7.— Condiciones de trabajo u obligaciones caseras.
- 8.— Distancia o falta de medios.
- 9.— Malestares atribuidos al tratamiento.
- 10.— Negligencia o falta de comprensión.
- 11.— Excusas vagas u otras formas de rebeldía disimulada.
- 12.— Rebeldía manifiesta.
- 13.— Fallecimiento.
- 14.— Otras causas (especificadas).

En los servicios de afecciones cardiovasculares sólo uno de ellos y muy recientemente, dispone de Visitadora Social en la Caja de Seguro Obligatorio. Su acción por lo tanto, es en este momento de escasa escala, sin embargo, es importante dejar constancia que su acción es de gran trascendencia.

Es este tipo de enfermedad el que más directamente afecta la capacidad de trabajo del asegurado con una triple repercusión: resta elemento activo al campo de la producción nacional, baja el standard de vida de los hogares de su dependencia, gravita sobre la Caja de Seguro constituyendo pensión de invalidez.

La acción de la Visitadora Social requiere encauzarse por lo tanto, primariamente en el trabajo; oportuno cambio de faena cuando la desempeñada constituye actividad in-

compatible o pernicioso para el enfermo; validación de preparación anterior, reeducación o readaptación.

Además, naturalmente involucra su acción persuasiva para todas aquellas medidas coadyuvantes a la conservación del estado general necesario para no provocar trastornos: régimen alimenticio adecuado, suspensión de hábitos de alcoholismo, tabaquismo, deportes violentos, ubicación de vivienda, etc.

Los periodos de reposo total o parcial, igualmente requieren la instrucción necesaria y la adquisición de los medios conducentes a su debido aprovechamiento.

Frente al beneficio de la Pensión de Invalidez la acción de la Visitadora Social reviste los siguientes importantes aspectos:

Si el estudio de antecedentes médicos y sociales de la solicitud de pensión no concluye en el reconocimiento de la existencia

de una invalidez absoluta y permanente, el asegurado con invalidez relativa deberá reiniciar su vida de trabajo, pero en un trabajo compatible con el estado consecuencial de la afección que sufrió. Readaptación, reeducación para los mercados de trabajo posibles de afrontar, es la solución que la Visitadora Social debe dar.

Cuando más oportuna sea la intervención de la Visitadora en las etapas iniciales de las afecciones que puedan repercutir en la disminución o pérdida de la capacidad de trabajo, tanto más trascendente será su acción frente al asegurado, frente a la producción, frente a la economía de la propia institución, teniendo siempre presente que por mínima que sea la capacidad residual esta debe ser aprovechada aunque sólo fuera por mantener la moral del individuo.

Perfeccionamiento Médico

Dr. Jorge Alvarez Andrews
Jefe de la Sección Perf. Científ.

Desde los albores de la Medicina, el médico ha buscado siempre la luz de los nuevos conocimientos.

Esta actitud es sin duda la razón de ser de su vida y el sustrato mismo de la medicina.

No se concibe un médico que se mantenga limitado a los conocimientos adquiridos en la Universidad.

La Medicina es una ciencia viva, que requiere la continua preocupación de las nuevas técnicas para poder mantenernos al día en la ciencia.

Antes que aparecieran las leyes sociales cuando el médico se dedicaba al libre ejercicio de su profesión liberal, el problema del perfeccionamiento era estrictamente personal, el médico debía valerse por sus propios medios para ampliar sus conocimientos y esto estaba restringido solo a los que tenían el privilegio de tener medios de fortuna suficientes o una nutrida clientela.

Pero a medida que se fueron dictando las diferentes leyes sociales en cada país; se fueron formando nuevos campos de acción que ampliaban más y más los horizontes médicos, hasta el punto que en aquellos países en que el desarrollo de la Medicina social ha llegado a su máximo ha hecho desaparecer prácticamente el ejercicio liberal y con ello los grandes honorarios y la numerosa clientela.

En cambio junto con la gloria de ser los personeros de una nueva era de la Medicina hemos de resignarnos a recibir reducidos salarios, que no nos permiten distraer nuestras escasas entradas para perfeccionarnos.

Pero hay una razón, mucho más poderosa que es irrefutable y que pesa sobre todas las Instituciones empleadoras de Médicos, y es que con la burocracia Médica, los únicos verdaderamente beneficiados en el perfeccionamiento, son las propias instituciones empleadoras, sean estas Cajas de Previsión de Seguro, Beneficencia, etc.

La adquisición de nuevas técnicas, tanto de diagnóstico como de tratamiento, es una inversión lucrativa para las Instituciones, que le van a reportar una gran economía.

Hemos visto cómo día a día los países van entrando por esta nueva era de la Medicina Social, en Europa; primeramente Alemania, Inglaterra, Austria, Italia, Checoslovaquia, Rusia y ahora nuevamente Inglaterra; en América: Chile, Perú, Ecuador, Cuba, Costa Rica, Panamá, Venezuela, Paraguay y así sucesivamente. En cada uno de estos países se estudian y se aplican nuevas normas y nuevas técnicas, que en cierto modo han internacionalizado las leyes sociales al extremo que es necesario hacer estudios comparativos en un país y en otro para ajustar o aplicar nuevos procedimientos.

Es preciso concluir diciendo que, hoy por hoy, el perfeccionamiento médico debe ser una función primordial de la Medicina Social, puesto que la preparación de sus técnicos le

reportará indiscutiblemente el más grande beneficio.

Realizar un plan de perfeccionamiento limitado sólo a un país es no comprender la verdadera misión del médico ni de la Medicina Social.

Cualquier plan que estudie este punto debe considerar un aspecto nacional y otro internacional.

Si bien es cierto que en cada país hay problemas locales, como perfeccionar al Médico que ejerce lejos de los centros poblados, no cabe duda que es necesario también un mayor intercambio entre los países, regulando becas, concediendo estadas, organizando Congresos que unifiquen las técnicas y se conozcan los adelantos obtenidos en cada parte.

Nosotros llevamos justamente nueve años empeñados en esto, nueve años de ensayos y de dudas, pero al fin, después de múltiples tanteos hemos llegado a formarnos un concepto mejor definido.

Un plan de perfeccionamiento debe consultar en primer lugar un aspecto financiero y en seguida un plan de otorgación de beneficios.

El aspecto financiero es sin duda el más importante y el que rige los beneficios.

Aun cuando en nuestro país no hemos pedido un aporte del Estado, no es menos cierto que debería aportar una fuerte subvención, ya que la salud de los ciudadanos le representa la mejor riqueza nacional, por lo demás el Estado puede contribuir sin necesidad de dinero sino otorgando facilidades o liberando de ciertos derechos.

Pero el mayor aporte debe ser de las Instituciones empleadoras; son ellas las directamente beneficiadas y están en la obligación de ofrecer un gran porcentaje de los presupuestos médicos.

Otro medio de financiar este gasto es un pequeño impuesto de recargo en las facturas asistenciales de pensionados y clínicas, como también de los certificados y consultas en las clínicas de servicios sociales. Esto se facilitaría con el uso de una estampilla de perfeccionamiento.

Otras fuentes de entradas sería una pequeña contribución de los editores o libreros que se cargaría en las suscripciones y ventas de libros y finalmente de un aporte voluntario del propio Médico, que puede ser un porcentaje de su sueldo, pero de acuerdo con los beneficios que desee obtener.

Nosotros en la Caja de Seguro Obligatorio procuramos financiarnos con un aporte del 1% de los sueldos y con un aporte igual de parte de la Caja y con un aporte del 25% de las entradas por atención de particulares.

Sin duda esto es escaso y necesitamos ampliar mucho más los aportes. He querido dar un lugar preferente al financiamiento, porque nuestra práctica así lo ha demostrado.

Beneficios

En cuanto a los beneficios, es indispensable tener una pauta definida; sería imposible interesar a los imponentes si estos vieran a recibir un beneficio cada 10 años, por otra parte si hacemos alcanzar los beneficios a cada 5 años, tendríamos que mover el 20% de los beneficiados anualmente, lo que no es financierable. Por lo demás estos es imposible puesto que no podemos obligar al beneficiario a un determinado tipo de perfeccionamiento, sea viaje al extranjero o curso en el país a determinados tiempos, por tanto debemos regular esto a voluntad del imponente.

Lo que importa a la institución empleadora es no perturbar sus servicios, al salir un médico a perfeccionarse, de suerte que pagándose el reemplazante se solucionarían este punto, quedaría el otro aspecto del problema, que es el más peligroso; como va a gozar de beneficios el médico.

Hay médicos que en su empeño por perfeccionarse salen al extranjero un año, quieren asistir a un congreso el próximo y volver a salir en el siguiente. En cambio el modesto colega de provincia que no tiene la misma oportunidad, se siente postergado y defraudado.

Lo único que puede regular los beneficios del funcionamiento, es actuar en los aportes personales. El que quiere salir al extranjero año tras año, debe imponer fuertemente y el que no quiere salir al extranjero y decide perfeccionarse en el país debe hacer un aporte mínimo.

Como se comprende estas inversiones son sumamente variables, tanto por la diversidad de beneficios, como por el monto de ellas, con mayor razón aun si se consideran las diferencias de moneda.

Pensar en que debe hacerse una *fondu común* para la distribución de beneficios es inadmisibles, porque este sistema es fuente continua de suspicacias y de injusticias. De suerte que **no cabe otra solución que el fondo individual** y para regular la ambición de los más entusiasmados se hace necesario un sistema de pólizas, que llamaremos **póliza de perfeccionamiento**; cada uno es libre de suscribir una o diez de estas pólizas y giraría el valor de su beneficio contra las pólizas que tenga el propio interesado. Estas pólizas serían en parte pagadas por el funcionario en cuotas mensuales a largo plazo (10 años o más), y en parte pagadas por la Institución empleadora.

El beneficiario podría hacer uso de su fondo después de 3 años de cotizante y al recibir un beneficio garantizaría ese valor con un documento o fianza de garantía.

Los pormenores de este sistema, cálculos, actuariales y estadísticos, son materia de un minucioso estudio, que en su oportunidad puedo exponerle, creo que no puedo entrar en mayores detalles técnicos en una presentación general a este Congreso.

La calidad de los beneficios

Los Beneficios pueden considerarse de orden general y de estricto perfeccionamiento. Beneficios de orden general pueden ser:

a) Algunas franquicias que puedan otorgarse por parte del Gobierno, ya sea en los pasaportes, ya en la reserva de algunos cargos consulares para que sean desempeñados por médicos.

b) Obtención de tarifas reducidas en los ferrocarriles, vapores o aviones.

c) Propiciar la fundación del "Hogar del Médico", para que en cada centro científico pueda haber un local donde llegue el médico de provincia o el extranjero.

d) Obtención de una rebaja en determinados hoteles o residenciales para que pueda llegar el médico o su familia.

Los beneficios de índole científica se limitan:

a) Organización de cursos en distintas especialidades a cargo de las facultades de Medicina o cursos de postgraduados o de capacitación que funcionan bajo la tuición de las Universidades. Al ingresar a estos cursos deberá pagarse un derecho de matrícula para pago del Profesor y de Materiales de Trabajo, y un aporte al fondo de perfeccionamiento.

b) Es indispensable instituir becas de estudio en diversos servicios ya sea completos, en calidad de internos o incompletos, en que asegure solo la asistencia a las faenas clínicas.

c) Viajes de observación en que se dan facilidades a los Médicos de experiencia para que se impongan de los servicios asistenciales o de previsión por un tiempo prudencial.

d) Otra de las funciones indispensables de los organismos de perfeccionamiento Médico es la organización de Congresos, ya sean de carácter científico o gremiales.

Estos Congresos deben tener un plan de desarrollo rotativo y darle la publicidad necesaria a fin de que colabore el máximo de especialistas de todos los países.

e) Cada día se hace más necesario la publicación de una revista internacional que recoja todas las actividades gremiales, realización de Congresos, y de cursos que se desarrollan en cada país, así como la publicación de algunos trabajos de alto interés colectivo o médico-social. Como asimismo la publicación de los últimos libros y síntesis de revistas editadas en cada país.

f) La creación de una oficina central de publicaciones que lleve un registro de libros por especialidades y autores.

Intercambio de libros y revistas.
Suscripción o intercambio de revistas.

g) Finalmente deberá fomentarse la formación de cooperativas médicas para la adquisición de instrumentales, dando facilidades al médico que comienza a instalarse.

De todas maneras conviene dejar bien establecido que estos fondos no se podrán invertir sino en los siguientes rubros:

- a) Pago de pasajes o traslados.
- b) Pago de hoteles o viático.
- c) Pago de derechos de inscripción o matrícula.
- d) Pago del reemplazante.

Planificación general del problema

En cada país habría un organismo central coordinador que resuelva los asuntos nacionales o internacionales.

Dicho organismo puede estar agregado a las Instituciones Gremiales o Científicas máximas o bien estará en manos de la Universidad más importante.

Pero de todas maneras debe estar constituido por un representante de la Universidad, otro de los centros científicos y otro de las instituciones gremiales.

Además, en cada institución asistencial o médico-social, habrá una comisión que re-

suelva sobre los candidatos que se presenten en que estarán representados los intereses patronales y médicos y que se asesorará de una sección de contabilidad a fin de desarrollar un plan de interés, deberá dictarse un reglamento que articule todo lo expuesto

CONCLUSION

Dada la importancia trascendental que tiene el perfeccionamiento médico, frente a los problemas de la Medicina Social actual.

PROPONGO:

Que se cree una Comisión compuesta de uno o más miembros de la Facultad de Medicina, de uno o más miembros de las Instituciones Científicas Máximas y de uno o más miembros de las organizaciones gremiales de más representación para que se aboquen a este problema, elaboren un plan bien definido de trabajo y sea presentado en el próximo Congreso Panamericano como tema oficial.

La Medicina del Trabajo en Chile.

Dr. Victor Labbé Valenzuela

Sin pecar de modestia, podemos decir que junto con el progreso material, cultural, cívico, y social, experimentado por Chile en los últimos 25 años, se ha verificado en nuestro país durante este lapso, una notable transformación en lo que respecta al ejercicio de la Medicina, que desde los lindes del individualísimo más estrecho, ha virado firmemente en loable hermandad con el adelanto social experimentado por la ciudadanía, hacia el establecimiento de normas de socialización médica (Leyes 4.054, 4.055, 6.174 etc.), que son las que en la actualidad informan la mayoría de estas actividades.

Es así, como se ha podido apreciar en estos últimos tiempos, un progresivo interés por todo lo que se refiere a Medicina Social, uno de cuyos más interesantes componentes es la Medicina del Trabajo, tema que constituye el objeto de esta comunicación que tenemos el honor de exponer ante Uds.

La Medicina del Trabajo o Medicina Industrial va teniendo cada día mayor amplitud y desarrollo en todos los países industrializados y así vemos como por ejemplo en Estados Unidos, Inglaterra, U. R. S. S. el departamento médico constituye uno de los organismos esenciales en cualquiera fábrica o industria.

De esta manera se ha formado una nueva especialidad médica, que marcha de la mano con el progreso industrial de cada país, cuyo objetivo es el de evitar las causas nocivas derivadas de la industria misma y que van en detrimento de la salud del obrero, y contribuir en esta forma a la profilaxis social y al mejoramiento de la economía nacional.

En el curso de esta exposición, daremos a conocer a grandes rasgos, el estado actual de la Medicina del Trabajo en Chile y la labor que en este sentido le ha cabido desempeñar al Instituto de Medicina del Trabajo de Santiago, reciente creación de la Caja de Seguro Obligatorio.

Antes de entrar a analizar los detalles de la labor que desempeña este Instituto, —único en su género en Sud América, según nuestras informaciones—, séanos permitido resumir brevemente qué es lo que se entiende por Medicina del Trabajo, algo sobre su historia a través de las edades y una reseña de los antecedentes que en nuestra patria, al igual que en países más avanzados han exigido la creación de organismos similares.

Concepto de Medicina del Trabajo

Hasta no hace muchos años, no existía un criterio uniforme para considerar como un conjunto armónico las diferentes ramas en que se dividía esta parte de la Medicina. Así se hablaba de Higiene del Trabajo, Patología del Trabajo, Enfermedades Profesionales, Accidentes, etc.

Es a partir del Congreso Internacional de Lyon en 1929, que el concepto de Medicina

del Trabajo recibe su verdadera consagración. La definición aprobada en esa memorable Asamblea Científica, sintetiza en pocas palabras el amplio campo que abarca esta Ciencia al decir que su estudio debe comprender "la personalidad del trabajador en relación directa o indirecta con el ambiente de trabajo". Aclarando más esta definición expone, que "representa un conjunto único que comprende todos los problemas que se refieren al trabajador como motor humano y al ambiente donde actúa."

De la definición anterior, se desprende que esta moderna ciencia le incumbe en primer término todo lo relacionado con el trabajador, comenzando por el estudio de su biotipo en sus condiciones somato-psíquicas individuales. Estas cualidades deben estar en relación con la obra que debe desempeñar, para lo cual será necesario seleccionarlo y orientarlo. Debe contemplar las alteraciones transitorias o duraderas de sus funciones orgánicas consecutivas a su labor; dictar medidas de prevención destinadas a conservar sus energías sometidas a las acciones nocivas del medio; proponer medidas asistenciales, vigilar la higiene del ambiente, etc.

En resumen, la Medicina del Trabajo debe comprender:

- 1) Fisiología del Trabajo,
- 2) Biotipología y Psicotecnia,
- 3) Fisiopatología del Trabajo,
- 4) Protección, tanto en lo que se refiere a la Higiene de las Industrias como a la del individuo mismo,
- 5) Patología del Trabajo,
- 6) Previsión y Asistencia individual y colectiva.

El prestigioso catedrático de la Universidad de Barcelona, Dr. Mira y López, hace una división entre la ciencia del Trabajo o Ergología y la Medicina o Patología del Trabajo. Cada una de estas ramas a su vez se subdivide en varias partes.

Pese al interés de esta nueva clasificación, nos llevaría a extendernos demasiado su estudio en detalle.

Por lo que hemos visto anteriormente, la Medicina del Trabajo obliga a quienes la practican a poseer una serie de conocimientos especializados que en general pueden agruparse en dos ramos: a) conocimiento de patología y de clínica de las enfermedades profesionales, toxicología industrial, accidentes del trabajo, su tratamiento y reparación legal y b) higiene industrial, selección y orientación profesional, psicotecnia, prevención de tecnopatías, fisiología del trabajo y recuperación de los lesionados.

Historia

Es bien sabido que desde tiempos muy remotos se conocen algunas enfermedades producidas en los obreros por efecto de su trabajo. Hipócrates, cerca del año 400 antes de

la era cristiana, relata extensamente el cólico saturnino en un operario de una mina, aunque al parecer sin relacionarlo con su verdadero origen. Nicandros, dos siglos después, describe los síntomas de envenenamiento agudo en enfermos tratados con plomo. Celso, Galeno y Plinio, comentan accidentes debidos a este mismo metal.

Los escasos relatos de esta época, sólo se limitan a describir algunos síntomas y en otros exponen los sufrimientos de los trabajadores, sin concebir la posibilidad de atenuarlos o prevenirlos. De acuerdo con el criterio existente en la mayoría de los pueblos de la antigüedad, en que el trabajo era efectuado en su mayoría por esclavos y considerado como una verdadera maldición, se comprende fácilmente el escaso interés de las clases pudientes en el mejoramiento de las condiciones en que realizaban sus labores los obreros y demás elementos trabajadores.

El primer reglamento del cual se tiene conocimiento aparece en 643 de nuestra era en Italia y se denomina Edicto Rotari. Se refiere a la reparación de los accidentes producidos en obreros de la construcción.

Durante la Edad Media, la existencia de las Corporaciones representó un paso adelante hacia la defensa de los obreros al ampararlos contra la desocupación y estimular su mejoramiento económico.

En la época del Renacimiento y los años posteriores se observa un mayor interés por el estudio de las tecnopatías y aún se trata de insinuar algunas medidas de prevención.

Los trabajos de Ellemborg en 1473, Paracelso en su obra "De Morbis Metallicis", Agricola en "Re Metallica" (1556), Pauw y Stokhausen en 1614 y 1656 respectivamente y en las "Transactions of the Royal Society of England" en 1685, pueden considerarse como los primeros ensayos científicos que aunque hechos en forma aislada demuestran la inquietud que el tema comenzaba a despertar.

Sin embargo, es necesario llegar a comienzos del siglo XVIII para apreciar un verdadero avance en el estudio de esta Ciencia.

Esto fué debido a Bernardino Ramazzini, Profesor de las Universidades de Padua y Módena, llamado con razón el Padre de la Medicina del Trabajo. En su valiosa obra "De Morbis Artificum diatriba", revisa 52 profesiones u oficios distintos, realizando una observación minuciosa de la supuesta causa del daño profesional, conjuntamente con el examen individual para determinar la influencia del trabajo sobre su salud y al mismo tiempo propone normas higiénicas y medidas de prevención en beneficio de la colectividad trabajadora.

La obra de Ramazzini además de representar un verdadero aporte científico, constituye una acerba crítica al ambiente médico especulativo y pseudo cientista de su época.

Las comunicaciones posteriores del resto del siglo, sólo son extractos o están inspiradas en la obra del sabio italiano.

El siglo XIX, que marca el comienzo de la era industrial o del "maquinismo" con el progresivo acrecentamiento de la utilización mecánica en las Empresas, creó nuevos pro-

blemas y trajo consigo un aumento considerable en el número e intensidad de los peligros que el trabajo significaba para la salud del obrero. En 1821, se inicia en Francia la publicación periódica de "Les Annales d'Hygiene" que lucha tenazmente por el desarrollo de la higiene industrial y que tiene el mérito de ser el primer órgano de prensa que en forma sistemática propende al estudio e investigación de esta materia. Posteriormente en los países Europeos y más tarde en Nort América, nuevas publicaciones continúan la anterior.

Bastante citar solo los nombres de Villermé, Tardieu, Layet, Halfort, Hirt, Sir Thomas Olliver, Legge, Collis y tantos otros que dieron un verdadero impulso a la Medicina del Trabajo.

En 1910, es fundada por Devoto la primera Clínica del Trabajo en la ciudad de Milán y en los años siguientes en Francia, Italia, Alemania, España, Rusia y Estados Unidos de N. A., se organizan otras Instituciones y Sociedades científicas similares. Además, en algunos de ellos, se crean Cátedras de estas especialidad dependientes de las Facultades Médicas. Henderson, Oller, Sayers, Drinker, Gardner (1), Lanca, Bohme, Koelsch, Jakch Baader, Ferranini, Carozzi, Vigilani, Kapicium, Teleky, Leclerc, Brouardel, etc., han asociado brillantemente sus nombres a estos recientes estudios.

Uno de los organismos que más ha contribuido al progreso y difusión de la Medicina del Trabajo y de la Higiene Industrial en todo el orbe, ha sido sin duda, la Oficina Internacional del Trabajo desde su antigua sede en Ginebra y posteriormente en Montreal.

Por iniciativa de dicha Oficina y de otras Instituciones, se han llevado a efecto ocho Congresos Internacionales de Medicina y Accidentes del Trabajo (el último celebrado en Frankfurt a/ Mein en Septiembre 1938) y 2 reuniones internacionales sobre Silicosis (el famoso Congreso de Johaneburg, Sud Africa 1930 y el de Ginebra en 1938).

En América del Sur Martins Teixeira, (2), Araujo Lima, Abreu en Brasil, Eyzaguirre, Boccia en Argentina y Orosco de Bolivia (3) demuestran con sus publicaciones el interés que despiertan en nuestro continente las investigaciones sobre esta ciencia. En otros países la creación reciente de Centros Científicos dedicados a estas materias indudablemente contribuirá a su mayor desarrollo.

Por lo que respecta a nuestro país, durante los últimos 15 años, médicos de distintas Instituciones se han preocupado entusiastamente de estos estudios.

La activa industrialización de la Nación y el alto número de explotaciones mineras que existen desde antiguo, así lo han exigido.

Ya desde la época Colonial se habían puesto en práctica algunas disposiciones y reglamentos como el "Fuero Viejo de Castilla".

- (1) Gardner. Fallecido el 24 de Octubre 1900.
- (2) Martins Teixeira y Colab. "Higiene das Minas de Ouro", 1940-1942.
- (3) Germán Orosco. "La Esclerosis Pulmonar Profesional 1941".

que obligaba a indemnizar con doble sueldo a aquellos obreros que hubieren sufrido accidentes y que estaban sanos en el momento de emplearse.

La "Ordenanza de Minas" dictada por Villagra en 1561 ordena a los patronos a cuidar y alimentar a los indios que se enfermaban durante el trabajo. Como se vé, desde entonces existía el loable propósito de hacer menos dura y reparar las lesiones producidas por el trabajo.

Se puede decir que hasta hace 20 años más o menos, los problemas de la Medicina del Trabajo no habían despertado entre nosotros mayor interés, salvo la publicación de casos clínicos aislados. Es a partir de 1931, año en que se codifican nuestras leyes del Trabajo, que la Caja de Seguro Obligatorio (1) y algunas Sociedades Científicas debidamente compenetradas de la importancia que dichos problemas representan para la economía nacional y mejoramiento de la salud pública, empiezan a estimular seriamente la labor de sus técnicos y especialistas. Las comunicaciones sobre higiene industrial y previsión, los accidentes del trabajo y en especial las enfermedades profesionales, han mantenido la preocupación constante de técnicos y especialistas.

En atención a que las Industrias extractivas constituyen una de las principales fuentes de producción y que ocupan más de 70.000 obreros repartidos entre la Minería metálica (Cu, Au, Mn, Ag, Pb, Hg, etc.) Carbón y Salitre se comprende que la mayor preocupación de los investigadores se ha dirigido hacia el estudio de sus riesgos.

En 1931 los doctores Andrade, Herrera y Hermansen publican los tres primeros casos clínicos comprobados sobre esta enfermedad. Desde esa fecha se multiplican los trabajos sobre esta tecnopatía, debido en su mayor parte al esfuerzo de médicos y especialistas de la Caja de Seguro Obligatorio, Beneficencia Pública y algunas Empresas privadas. A este respecto, debemos mencionar los nombres de Rafael Lorca, Hevia, René García, Profesor Orrego Puelma, Reyes, Schweitzer, Rojas Carvajal, Campino, Ansola, Oyangueren, Dooner, etc., contribuyen a esta investigación.

En 1939, Ansola actual Médico Director del Instituto de Medicina del Trabajo, efectúa una minuciosa investigación de la Silicosis en el Mineral de Potrerillos (2), y pudo establecer por primera vez que la morbilidad por esta afección profesional alcanza en ese Mineral (uno de los más protegidos del mundo) a un porcentaje mayor del 30%, basado en una casuística de cerca de 500 casos, examinados en el propio terreno y con ayuda de los correspondientes elementos de diagnóstico (historia clínica, exámenes de laboratorio, radiografías seriadas, etc., (3).

(1) Consultorio de Broncopulmonares. Director Profesor Orrego Puelma.

(2) Una de las Empresas cupriferas más importantes de Chile.

(3) Dr. Ansola. Informe sobre el Mineral de Potrerillos. Bol. Méd. C. S. O.

Esta misma cifra es reconocida posteriormente por otra nueva Comisión oficial integrada por Hevia, De Viado, Lorca.

Los estudios practicados en Cristalerías y otras industrias afines, demostraron también la alta morbilidad existente por esa tecnopatía.

Paralelamente al estudio sobre esta neuromoniosis, se han investigado otras afecciones profesionales que como la enfermedad del Cáñamo, Saturnismo, Hidrartrismo, Anquilostomiasis, Manganismo, etc., pueden presentarse entre los obreros que manipulan las respectivas materias primas. Sobre este particular, no pueden dejar de recordarse los trabajos de Wilhelm, Arriagada, el Profesor Noé y Neghme sobre Anquilostomiasis; los de Forero y Thomas, sobre patología de los trabajadores de las industrias textiles, de Ansola, Uiberall y Escudero sobre manganismo profesional.

Las Jornadas de Medicina del Trabajo, e Higiene efectuada en Diciembre del pasado año en nuestra capital, donde fueron revisados en detalle muchos temas de interés y a la cual aportó nuestro Instituto una ponencia sobre Silicosis (4), contribuyó a aunar los criterios y fué un exponente del progreso alcanzado por nuestra patria en esta especialidad.

Si bien es cierto que la producción científica había alcanzado un alto nivel, por otro lado hasta 1939, no existía ningún organismo que se preocupara por entero de estos problemas.

Los trabajos antes citados, habían demostrado que la existencia de tecnopatías en alto número entre los trabajadores que por otra parte eran imponente de la Caja de Seguro Obligatorio, constituía un hecho evidente.

A su vez, los organismos obreros por intermedio de sus representantes, en repetidas ocasiones habían expuesto ante las autoridades competentes la necesidad de preocuparse con mayor ahínco de esta situación. Si bien era cierto que ya existía el Instituto Traumatológico dependiente de la Sección Accidentes del Trabajo, como su nombre lo indica, esta Repartición dirigía casi toda su atención a los accidentes, concediendo una importancia mínima a las Enfermedades Profesionales. La cifra de una tecnopatía en comparación de 31.000 accidentes atendidos en 1938, deja bien en claro este punto.

En este mismo año de 1938, se dictó la ley N.º 6.174, llamada de "Medicina Preventiva". En el primer inciso de su artículo primero, ordena a todas las Cajas de Previsión de la República, la formación de un Servicio Médico destinado al control periódico de la salud de sus imponentes, con el objeto de descubrir y prevenir en forma precoz el desarrollo de las enfermedades cardio-vasculares, la lúes y Tbc. Conjuntamente, ordena también el control de las enfermedades derivadas del

(1) Labbé y Colab.: Revisión de 200 casos de Silicosis Pulmonar Confirmadas. Boletín Médico Social, C. S. O. N.º 138-139 III-IV-1946.

trabajo: Saturnismo, Antracosis, Silicosis, Anquilostomiasis y otras de la misma índole.

En posesión de los antecedentes de morbilidad profesional antes expuesto y dando cumplimiento a las disposiciones de la ley recién dictada, la Caja de Seguro Obligatorio prosiguiendo su política de conceder a sus asegurados el máximo de beneficios compatibles con sus posibilidades económicas, decidió organizar un Instituto dedicado al estudio e investigación de las enfermedades Profesionales, entre sus imponentes expuestos al riesgo.

En esta forma a fines del año 1940, se creó el Instituto de Medicina del Trabajo dependiente de la Caja de Seguro Obligatorio, que empezó activamente sus labores a principios del siguiente año.

Con un personal reducido y en un comienzo falto de experiencia en esta especialidad, pero estimulados por el entusiasmo de su Director Dr. José Ansola, quien había estudiado en las Clínicas del Trabajo del Viejo Continente, esta Repartición durante sus pocos años de experiencia, ha podido granjearse la confianza de las Instituciones Médicas y elementos obreros que a él han acudido desde su fundación.

Con una planta médica permanente, constituida por el Médico Director, Médico Ayudante, Tisiólogo y Médico de Examen, asesorado en forma temporal por un equipo ambulatorio de fábricas, compuesto de un radiólogo, tres médicos de examen, un practicante además del indispensable personal de secretaria, ha efectuado hasta fines de 1945 más de 25.000 exámenes de salud en las Industrias y pasando de mil el número de peritajes en obreros afectados de presuntas tecnopatías.

En un comienzo se contó también con un Gabinete de Psicofisiología del Trabajo, a cargo de psiquiatras y técnicos en esta especialidad, que con entusiasmo se dedicaron a estas labores.

Razones especiales, que no son del caso analizar, segregaron esta sección del Instituto, para formar un organismo aparte, restando al Servicio de Medicina del Trabajo de uno de sus más importantes componentes, que de acuerdo con la concepción moderna de esta ciencia, cae de lleno en su órbita de acción.

Para dar una idea de la labor que desempeña este Servicio, la podemos considerar separada en diversos rubros.

1.o) Investigación de la morbilidad profesional, en especial Silicosis, en grandes Empresas Mineras e Industrias.

2.o) Exámenes de salud en las Industrias de la Capital.

3.o) Defensa médico-legal de los obreros.

4.o) Labor de coordinación con otros Servicios.

5.o) Labor científica y de divulgación.

6.o) Fomento de la higiene industrial y del espíritu de solidaridad social entre los obreros de los Sindicatos.

1) Investigación de la morbilidad profesional por silicosis en las grandes Empresas Mineras e Industrias. Gracias a la eficaz colaboración prestada por los Sindicatos de los principales minerales como también por la Confederación de Trabajadores de Chile (CTCH.) y Federación Nacional Minera, ha sido posible practicar en el Instituto, el control periódico y sistemático de un número cada vez más creciente de sospechosos de Silicosis.

Por su parte, los Organismos Estatales del Trabajo, (Dirección General e Inspección Provincial del Trabajo), contribuyen a esta labor enviándonos aquéllos enfermos en los cuales es necesario verificar un peritaje-médico.

En todos estos casos, se efectúa una minuciosa encuesta profesional, examen clínico completo con sus correspondientes análisis de Laboratorio y en especial la radiografía que es la base más importante para el diagnóstico. La técnica radiológica que usamos es la de Hoggeland, universalmente recomendada para el estudio de estas tecnopatías. Sin embargo le hemos introducido algunas pequeñas modificaciones de acuerdo a los aparatos con que se toman estas placas.

Hecho el diagnóstico, se le da a conocer al interesado y si se trata de un caso en litigio legal, se informa a la autoridad correspondiente.

El control de la silicosis, la hacemos de acuerdo con una clasificación nacional, de los Dres. Hevia, Ansola, Lorca y De Vlado, aprobada por la Sociedad Chilena de Tisiología en 1941. Desde esa época es usada en nuestro país por los Servicio Médicos dedicados a esta tecnopatía y aceptada por la mayoría de las grandes Empresas Mineras.

Aún en Europa el conocido catedrático Profesor Jiménez Díaz, que ha tenido recientemente oportunidad de conocerla, la ha dedicado un caluroso elogio y ha recomendado su estudio a los técnicos españoles que se dedican a Silicosis.

Esta clasificación une a su sencillez, el hecho de tomar como fundamento el elemento nodular que al fin de cuentas es lo que caracteriza a la Silicosis. Como los cuadros que exponemos más adelante, están hechos según esta clasificación, la describimos en síntesis.

CLASIFICACION NACIONAL

Imagen Radiológica.	Designación	Conducta
1) F. H. (Fibrosis Habitual)	Expuesto no Silicoso sano.	Control Méd. anual
2) F. P. I. (Fibrosis Patológica Inicial)	Sospechoso	Control Méd. cada 3 meses.
3) F. N. I. (Fibrosis Nodular Inicial)	Confirmada Ia. fase	Cambio faena.
4) F. N. M. (Fibrosis Nodular Marcada)	Confirmada IIa. fase	Cambio faena.
5) F. N. C. (Fibrosis Nodular Confluente)	Confirmada IIIa. fase	Supresión de faenas que demanden esfuerzo físico.

Aclarando el esquema anterior, tenemos que la F. H. constituye la fibrosis fisiológica que se encuentra en un tórax de adulto sometido a las habituales condiciones de ambiente. Esta fibrosis puede ser más o menos marcada, pero sin constituir un aspecto patológico.

En la F. P. I., existe una fibrosis acentuada, pero falta el elemento nodular para afirmar una Silicosis. Sólo será posible considerarlo como un sospechoso.

Con la F. N. I., se inicia el grupo de las silicosis confirmadas. Esta fase, llamada Ia., incluye desde el esbozo de nodulación visible en la placa, hasta la nodulación típica discreta.

En la F. N. M., el elemento nodular es ya abundante, predominando francamente sobre la fibrosis intersticial.

Por último, en la F. N. C., existe la tendencia o confluencia evidente, de las formaciones nodulares.

Todo lo anterior corresponde a las silicosis puras, por lo que hay que considerar como un último grupo la asociación bacilar Silico-TBC. o Silicosis infectada.

La experiencia nos ha enseñado que en muchos casos la imagen radiográfica se encuentra en un período de transición entre una fase y otra más avanzada. Por esto nosotros le hemos agregado la F. P. I. a F. N. I. (Sospechoso a primera fase); F. N. I. a F. N. M. (Ia a IIa. fase) F. N. M. a F. N. C. (IIa. a IIIa. fase) respectivamente.

Respecto a las indemnizaciones, nuestro criterio es el siguiente: Existiendo una Silicosis confirmada consideramos que debe ser compensada con una suma monetaria, de acuerdo con la disminución ocurrida en su capacidad de trabajo. Para esto, debe tomarse en cuenta tanto la imagen radiológica como el resultado del examen clínico.

En términos generales propiciamos para la fase F. N. I. del 20 al 40%; para la F. N. M. de 50 a 80% y el 100% para la F. N. C.; variable de acuerdo con los datos obtenidos por el peritaje médico general. La Silicosis infectada es decir la Silico-TBC, debe ser indemnizada con una Pensión Vitalicia.

El número de sospechosos de silicosis atendidos por el Instituto en la forma anteriormente dicha, ha ido en progresivo aumento, como se puede apreciar de las cifras correspondientes:

Año 1941 se atendieron	46
Año 1942 se atendieron	81
Año 1943 se atendieron	235
Año 1944 se atendieron	285
Año 1945 se atendieron	413
TOTAL	1.060

Tanto en el cuadro precedente como en los restantes, que se expondrán a continuación, no se ha tomado en cuenta el presente año, por lo que solamente corresponden al ejercicio de 1941 a 1945 inclusive.

En el siguiente cuadro, se consignan los diagnósticos correspondientes a estos mismos asegurados.

	1941	1942	1943	1944	1945
F. N.	6	6	3	6	13
F. P. I.	6	18	54	76	127
F. P. I. a F. N. I.	—	2	17	34	55
F. N. I.	10	15	48	54	64
F. N. I. a F. N. M.	—	1	8	6	13
F. N. M.	9	21	42	41	30
F. N. M. a F. N. C.	—	—	5	3	9
F. N. C.	4	5	12	13	8
Silico-TBC.	6	3	8	17	31
T. B. C.	3	3	15	9	21
C. V.	1	2	4	7	—
Lúes.	1	—	—	—	—
Asma.	—	2	—	—	—
No concurren a terminar sus exámenes ..	2	3	17	19	42

De lo anterior se desprende que el Instituto en los años comprendidos entre 1941 y 1945, ha efectuado el examen de 1060 obreros sometidos a riesgo silicógeno, pertenecientes a grandes empresas mineras e industriales y, ha comprobado en 607 casos la presencia de silicosis confirmadas, en sus diferentes etapas.

El cuidadoso archivo que se lleva, tanto clínico como radiológico, ha permitido revisar una serie de aspectos de gran interés, en especial los que se refieren a evolutividad y muy en particular tipo de riesgo, tema, éste último que está en estudio.

Conjuntamente con el control de los mineros enviados al Instituto para su examen, el personal del Servicio ha debido practicar visitas de estudios e inspección a los centros mineros.

Ya hemos dicho en páginas anteriores que el Director, doctor Ansoa, comprobó en el mineral de Potrerillos, la existencia de un porcentaje de morbilidad por silicosis que alcanzaba al 32%, datos corroborados años más tarde por una segunda comisión.

Otros grandes minerales, como Sewell, y últimamente Chuquicamata, la planta más grande productora de cobre de Sudamérica, como así mismo las oficinas salitreras del norte, han sido visitadas con igual objetivo.

Otra tenopatía que hubo necesidad de estudiar en el terreno mismo durante el curso de 1943, fué la intoxicación por manganeso. Las exigencias de las industrias de guerra en esa época, habían hecho intensificar la explotación de los minerales de manganeso, con la consiguiente aparición de casos de manganesismo profesional. Ansoa conjunta-

mente con Uiberall y Escudero, después de haber estudiado 150 casos, la casuística más numerosa conocida sobre esta afección, dió a conocer en un enjundioso informe el resultado de sus investigaciones sobre esta gravísima intoxicación profesional. (1).

2) Exámenes de Salud en fábricas.

Con la colaboración de un equipo ambulatorio, compuesto de un radiólogo y un número variable de médicos de exámenes, se ha practicado en nuestra capital la revisión sistemática de una gran cantidad de industrias.

Esta investigación se ha hecho en el local de la empresa donde concurre el equipo dentro de las horas de trabajo del obrero. En esa forma, sin mayores tropiezos para la marcha de la industria se examinan un grupo de obreros, se les practica extracción de sangre para reacción de Khan y se hace una radioscopia con un aparato de rayos portátil con que cuenta el equipo. Los asegurados sospechosos, ya sea por el examen clínico, los análisis de laboratorio o la radioscopia, son enviados al Instituto para su control y diagnóstico definitivo.

Los exámenes están orientados hacia el despistaje de la TBC, Lúes y de afecciones cardiovasculares, conforme se practica en todos los servicios que deben hacer cumplir la Ley de Medicina Preventiva y además se trata de investigar la posible existencia de una enfermedad profesional.

(1) Ansoa y Col.— Intoxicación por manganeso.— Revista Médica de Chile.— III-IV-1944.

Desgraciadamente el equipo ambulatorio, que no forma, hasta el momento, parte integrante del Instituto, ha permanecido en ocasiones alejado de él, perdiéndose en parte, la continuidad de trabajo, como fué el caso en 1944. Por otra parte, los escasos medios de investigación con que se cuenta para efectuar en forma seria el estudio completo de las tecnopatías, ha constreñido a limitar la acción a la investigación de la más frecuente en nuestro medio y para lo cual se tienen todos los medios para hacer el diagnóstico, como es la silicosis.

De lo dicho anteriormente se desprende, que las enfermedades profesionales consignadas en los cuadros siguientes serán escasas, salvo cuando se han llevado a cabo investigaciones sistemáticas en industrias con riesgo silicógeno.

A continuación se exponen los cuadros estadísticos que resumen la labor en este sentido:

Resumen estadístico

Fábricas visitadas:

Año 1941	24
Año 1942	24
Año 1943	32
Año 1944	8
Año 1945	38

Año	Ex. Salud I. Tiempo	Casos Terminados	% Asistencia al Instituto
1941	5.552	3.569	64,28%
1942	6.561	6.045	92,13%
1943	7.908	7.353	92,98%
1944	3.396	2.780	81,86%
1945	6.674	5.308	79,53%

Número de enfermos y clasificación

Año	Enfermos	% Sobre Terminados	Clasificación			
			TBC.	C. V.	Lúes	Pat. Mixta
1941	1.114	31,21%	520	227	319	—
1942	1.489	24,59%	761	261	337	88
1943	1.507	20,49%	621	280	456	64
1944	339	12,19%	68	27	131	3
1945	406	7,64%	137	72	104	2

Año	Patología Profesional	Otras Afecciones
1941	34	14
1942	13	29
1943	6	80
1944	106	4
1945	46	45

Durante algunos meses del año 1944 y comienzos de 1945, conjuntamente con la Dirección de Sanidad y Dirección del Trabajo se llevó a cabo una revisión sistemática de las industrias del vidrio y cerámica. Los datos de esta investigación, denominada "Campaña de la Silicosis", están englobados en las cifras estadísticas más arriba expuestas y fue-

ron objeto de un informe especial (1). Se estudiaron en forma completa 2,114 obreros y comprobamos un total de 63 silicosis confirmadas, lo que da un porcentaje de 2,91% sobre el total de examinados. Además en 71, se hizo el diagnóstico de sospechosos de silicosis, lo que hace subir el porcentaje entre éstos y confirmados a 6,26%.

La morbilidad por esta tecnopatía en las industrias revisadas, se comprobó que era aún más alta que la TBC, ya que entre sospechosos y confirmados bacilares encontramos el 3,50%.

Otra investigación iniciada por el Instituto, ha sido en las industrias gráficas con objeto de estudiar el saturnismo. Como los resultados aún no están completos, no hacemos sino mencionarla.

3) Defensa médico-legal de los obreros.

Como hemos expresado anteriormente, el Instituto, ya sea a petición directa de los interesados o más frecuentemente solicitados

(1) Labbé V.—"Informe sobre la Campaña de Silicosis en Santiago".— Boletín Médico Social Caja de Seguro Obligatorio.— I.o—II—1946.

por los organismos estatales del trabajo, ha evacuado informes perito-médicos en numerosos casos de tecnopatías.

De esta manera, se ha efectuado una positiva labor en favor de las clases asalariadas, ya que sin ningún costo para el afectado ha podido éste, obtener los beneficios que le correspondían de acuerdo con los datos arrojados por el peritaje médico aludido.

Informes perito-médicos evacuados por el Instituto

	1941	1942	1943	1944	1945
Dirección e Inspección del Trabajo	7	18	21	11	96
Juzgados del trabajo	—	—	—	—	2

4) Labor de coordinación con otros servicios

La existencia del Instituto de Medicina del Trabajo, único organismo que se dedica en nuestra patria a la investigación sistemática de las enfermedades profesionales, pero que carece de otros elementos indispensables, tanto para el estudio del medio ambiente de las industrias, higiene sanitaria, etc., como para hacer cumplir legalmente sus dictámenes, ha hecho necesaria la colaboración con otras Instituciones.

De aquí ha nacido la coordinación con el Servicio de Salubridad Nacional y en especial con la Dirección General de Sanidad, mediante los cuales hemos podido practicar campañas en conjunto, cómo la investigación en la industria del vidrio en 1944.

Por otra parte, los organismos médicos dependientes del Ministerio del Trabajo, Dirección General e Inspección Provincial que están encargados de resolver en primera instancia los litigios del trabajo, pero que no poseen medios propios de examen para llegar a un diagnóstico, solicitan los peritajes médicos ya expuestos en páginas anteriores.

Esta colaboración de buena voluntad, tiene desde el año 1943 un carácter oficial, con la publicación del decreto N.º 663, del Ministerio de Salubridad por el cual se encarga al Instituto en unión con las reparticiones más arriba nombradas, el estudio de los problemas relacionados con la Medicina del Trabajo.

Recientemente, y por resolución número 3.004, de Octubre del presente año, de la Dirección General de Sanidad, se ha constituido una Comisión permanente para el estudio de la Silicosis, integrada también con personal del Instituto,

5) Labor científica y de divulgación.

Preocupación constante de la Dirección del Servicio, ha sido el adelanto científico en esta especialidad, entre los médicos que a él pertenecen.

Reuniones clínicas con presentación de enfermos de diversas tecnopatías, presentaciones a la Sociedad Médica y a otras entidades, informes publicados en el Boletín Médico Social, órgano oficial de la Caja de Seguro Obligatorio, charlas a médicos de provincias y divulgación de algunos temas en organismos obreros, se han realizado durante estos años.

Así podemos anotar la ponencia sobre Clasificación Nacional hecha a la Sociedad de Fisiología (1), el informe sobre Manganismo a la Sociedad Médica, la revisión de 200 casos de silicosis confirmados, presentados a las Primeras Jornadas de Higiene y Medicina del Trabajo en 1945. Las publicaciones en el Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obligatorio sobre el informe del Mineral de Potrerillos, informe sobre la Campaña de Silicosis en Santiago; charla sobre saturnismo profesional solicitada especialmente durante la Convención Nacional de Empleados de Diarios e Imprentas llevada a efecto en nuestra capital en 1944 (2), etc.

Como labor científica, se puede agregar también, la investigación sistemática del contenido de sílice en la sangre (silicemia), de los obreros expuestos a riesgos. Este estudio, como la obtención de nuevas técnicas de examen que permita una mayor precisión en sus resultados, se prosigue con entusiasmo.

En resumen y pese al exiguo personal se ha tratado de mantener despierto el espíritu de investigación, huyendo de la rutina que caracteriza a muchos servicios estatales.

6) Fomento de la higiene industrial y del espíritu de solidaridad social entre los obreros.

Mediante reuniones privadas con los dirigentes sindicales, como en conferencias en los locales gremiales, se ha tratado de inculcar en los obreros normas de higiene industrial, al mismo tiempo que sencillas nociones sobre las tecnopatías a que están expuestos.

—El progresivo aumento del nivel cultural de nuestros obreros y el espíritu de solidaridad social, ha quedado de manifiesto al aportar el Sindicato de una de las grandes empresas mineras, como es el mineral de Sewell, una valiosa suma, cercana a los 100,00 pesos, con objeto de dotar al Instituto de mayores medios en el estudio de las enfermedades profesionales. Además, y lo que habla más en alto en este sentido, han contribuido con otra importante suma donada a la Universidad de Chile, destinada a la creación de una Cátedra de Medicina Social, dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad del Estado.

Legislación chilena.

Analizados en síntesis los diferentes aspectos de la labor que desarrolla el Instituto, diremos unas breves palabras sobre el estado

(1) Lorca, Ansole, Hevia, De Viado. Consideraciones sobre una nueva clasificación nacional en la reparación médico-legal de la silicosis. Bol. Méd. Caja de Seguro Obligatorio, XI-XII-1941.

(2) Labbé. Saturnismo profesional. Prensa 1945.

actual de la Legislación Chilena que se relaciona con los problemas del trabajo, en especial las enfermedades profesionales y los organismos destinados a hacer cumplir sus disposiciones.

La protección del trabajador y la administración de la higiene y sanidad industriales se encuentran contenidas principalmente en los artículos del Código del Trabajo de Mayo de 1931 y algunos reglamentos dictados con posterioridad.

Sobre accidentes del trabajo la Legislación se basa en la ley 4.055, del año 1925. Las enfermedades profesionales son equiparadas tanto para su denuncia como para su reparación a estos accidentes, aunque regidas en parte por un reglamento promulgado en Abril de 1927.

Como ya hemos visto anteriormente, la ley número 6.174 de Medicina Preventiva, también tiene atenciones con las tecnopatías.

Sería extendernos sin objeto entrar en mayores detalles sobre las disposiciones legales existentes. Únicamente deseamos expresar que el plazo de denuncia de la enfermedad es según la ley de 2 años desde el momento en que se ha producido, existiendo el mismo lapso para solicitar posteriormente una revisión de incapacidad, una vez finiquitada la enfermedad.

La tasa de indemnización que se concedían por estas enfermedades era hasta el año de 1945 de muy escaso monto. Felizmente la ley N.º 8.198, promulgada en Septiembre de ese año, modificó alzando la suma en una cantidad que varía según las zonas, de acuerdo con el salario vital.

Sin embargo, y a pesar de esto, se está de acuerdo en que esta legislación y en especial en cuanto se refiere a las tecnopatías debe ser revisada.

En primer lugar, la enfermedad profesional, que de por sí es insidiosa en su comienzo, no puede ser equiparada a los accidentes del trabajo que se producen en un momento bien determinado. El plazo de prescripción de la denuncia, de dos años, y en especial en caso de evolutividad fuera de riesgo, como es la silicosis, es muy exiguo. La mayoría de los autores nacionales propician la prolongación de este plazo a cinco o más años.

En nuestros días, muchos obreros afectados de tecnopatías que por ignorancia o por vivir en lugares apartados de los centros médicos no han denunciado con oportunidad su afección profesional, quedan al margen de todo beneficio para conseguir indemnización legal. En estos casos, la Caja de Seguro Obligatorio ha debido acogerlos, demostrando un alto espíritu social, ante el total desamparo en que se encuentran.

Por último, a nuestro juicio, la revisión no puede estar sujeta a plazos en un enfermo que ya ha sido declarado con cierta incapacidad; creemos que en cualquier momento que presente agravación debe ser compensado de acuerdo con ella.

Con respecto a las indemnizaciones que hoy son cubiertas por las empresas o por compañías de seguros de acuerdo con la ley 4.055, se estudia la manera de transformarlas para que de una suma alzada, que se paga actualmente o de una ínfima Pensión Vitalicia, lleguen a constituir un medio que permita subsistir a

los obreros afectados a consecuencia de su trabajo.

El criterio para considerar la incapacidad por enfermedad profesional dependerá del peritaje médico completo y por lo que respecta a silicosis ya expusimos nuestro punto de vista, por lo que no insistiremos nuevamente sobre ello.

Las instituciones a cuyo cargo se encuentra el control de los problemas de la Medicina del Trabajo son varias.

La Dirección General de Sanidad con su Departamento de Higiene Industrial debe velar con todo lo relacionado con la salubridad de las industrias, investigar las enfermedades profesionales, dictar medidas de profilaxis, etc. Además debe proponer al Ejecutivo los reglamentos sobre higiene y seguridad en industrias, campos y minas.

La Dirección General del Trabajo fiscaliza las medidas de higiene y seguridad industriales y dictamina sobre las indemnizaciones de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo.

La Caja de Accidentes del Trabajo, cubre el riesgo de accidentes y enfermedades profesionales, mediante la contratación de seguros. Cuenta con un Instituto Traumatológico que atiende al accidentado desde el punto de vista de su lesión, proporcionándole además, reeducación, asistencia, visitadoras sociales, etc.

Las Municipalidades, mediante un servicio sanitario especial, también controlan industrias y talleres, velando así por la salud pública.

Finalmente la Caja de Seguro Obligatorio dispone del Instituto de Medicina del Trabajo, cuya labor hemos revisado en detalle.

CONSIDERACIONES FINALES

Resumiendo esta comunicación, que hemos tenido el honor de exponer ante Uds., podemos concluir diciendo:

1) Junto con el progreso que ha experimentado Chile en sus aspectos cívico, cultural y material y contando con una legislación social que con orgullo se puede considerar entre las más avanzadas del orbe, se ha podido en los últimos años impulsar el estudio de la Medicina Social en sus diferentes ramas, dándole especial importancia a la Patología Profesional y a las medidas de prevención e higiene dentro del elemento trabajador.

Desde 1944, este estudio se ha intensificado con la creación de la Escuela de Salubridad, institución dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad del Estado, Dirección General de Sanidad, Instituto Bacteriológico y Fundación Rockefeller.

2) La Caja de Seguro Obligatorio, debidamente penetrada de la importancia de la Medicina del Trabajo, cuyos problemas han aumentado a consecuencia de la creciente industrialización moderna, decidió en 1941 crear el Instituto de Medicina del Trabajo, primer organismo de nuestro continente dedicado al estudio clínico e investigación de las tecnopatías.

3) Dado el hecho de constituir el Instituto una repartición relativamente reciente y por otra parte, que la Caja de Seguro Obligatorio de la cual depende, tiene que hacer

frente a numerosos otros graves problemas de salubridad entre sus imponentes, ha carecido de los medios económicos y técnicos suficientes para estudiar en forma completa todas las tecnopatías. Pese a ello, ha sido posible abocarse al estudio de las más frecuentes entre nosotros, llevando a cabo sistemáticas investigaciones y mediante coordinaciones de trabajo con otros servicios, completar los elementos necesarios.

4) Referente a la legislación social chilena, que puede ser considerada como bastante progresista, en lo que respecta a enfermedades profesionales debe sufrir algunas substanciales modificaciones para que constituya una verdadera protección al obrero afectado por el riesgo profesional.

5) Con objeto de dar las mayores garantías al elemento trabajador, tanto en lo que se refiere a la higiene del medio donde debe actuar, como a la prevención de las enfermedades y accidentes y a la reparación legal de los afectados, estimamos que debe terminarse con la dispersión de servicios que actualmente existen e ir a la creación de un Instituto Nacional del Trabajo.

Este Instituto Central, debe reunir todas aquellas reparticiones que hoy trabajan en forma aislada y contar con la colaboración de especialistas médicos, ingenieros, abogados, estadísticos, sociólogos, etc. Su labor tiene que abarcar desde la higiene individual y colectiva del obrero, la profilaxis de sus enfermedades y la suficiente autoridad legal para hacer cumplir sus dictámenes en los incapacitados por el trabajo. Además debe tener a su cargo laboratorios de investigación de tecnopatías, secciones de orientación profesional, con su gabinete de psicofisiología, readaptación y reeducación de inválidos, salas hospitalarias de afecciones profesionales, etc., etc.

En una palabra, debe poder cumplir con todos los requisitos que la ciencia moderna de la Medicina del Trabajo le impone.

Estimamos que en esta forma tanto el Estado, como los médicos que se han dedicado a esta especialidad, cumplen la obligación de proteger en forma efectiva a los obreros, salvaguardando su salud y reparando en forma justa a los que han enfermado a consecuencia del trabajo.