EDUARDO CRUZ-COKE L.

Medicina Preventiva y Medicina Dirigida

70

EDITORIAL NASCIMENTO

Biblioteca Selecta Nascimento

OBRAS PUBLICADAS:

N.º 1. EL HOMBRE EN LA MONTAÑA, novela de Edgardo Garrido Merino. $ 10.—

N.º 2. ALGO DE LO QUE HE VISTO, Memorias de Don Crescente Errázuriz. 20.—

N.º 3. CASA GRANDE, novela de Luis Orrego Luco.... 12.—

N.º 4. MERCEDES URIZAR, novela de Luis Durand.. 10.—

N.º 5. EL MUNDO EN LLAMAS, novela de Boris Shatzky..... 10.—

N.º 6. EL VALLE DEL SOL, novela de Diómedes de Pereyra..... $ 12.—

N.º 8. MELPOMENE, poemas de Arturo Capdevila..... 10.—

N.º 10. HOJAS AL VIENTO, por Diómedes de Pereyra 12.—

N.º 11. LA SERPIENTE DE ORO, por Ciro Alegría... 10 —

N.º 12. DEL CALDERO DEL CHACO, por Aquiles Vergara..... 12.—

N.º 13. SANGRE DE MESTIZOS, por Augusto Céspedes..... 10.—

N.º 14. SUS MEJORES CUENTOS de A. Hernández Catá..... 20.—

N.º 15. MEMORIAS DE OCHENTA AÑOS, por Ramón Subercaseaux. 2 tomos..... 25.—

N.º 16. LAS DOS ESPAÑAS, por Fidelino de Figuereido 10 —

MEDICINA PREVENTIVA
Y
MEDICINA DIRIGIDA

EDUARDO CRUZ-COKE L.
Ministro de Salubridad, Asistencia y Previsión Social, Profesor
de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

Medicina Preventiva
y
Medicina Dirigida

Con un apéndice que incluye la Ley
y Reglamento de Medicina Preventiva

EDITORIAL NASCIMENTO
SANTIAGO 1938 CHILE

N.° 178?

Impreso en los Talleres de
la Editorial Nascimento
— Ahumada 125 —
Santiago de Chile. 1938

AL PRESIDENTE ALESSANDRI
con afectuosa devoción

PROLOGO

A las disposiciones que dan a la Ley un carácter imperativo debe agregar, quien la aplique, elementos de convicción social destinados a acentuar su eficacia para que así su ejercicio no sea función sólo de lo coercitivo, sino que se realice en un plan de crecimiento orgánico, sólo posible en una atmósfera de colaboración.

Este trabajo, escrito en medio de la agitada vida de acción que corresponde a un Secretario de Estado, que expone los fundamentos bio-sociales y económicos de la Ley de Medicina Preventiva, propios de nuestro país, tiene ese objeto.

Chile posee desde hace unos quince años una legislación de seguro obligatorio que cubre los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte de los asalariados del comercio, de la industria y de la agricultura. (Ley 4,054).

A su vez los empleados tanto públicos como particulares y los miembros de las fuerzas armadas disponen de Cajas de Seguro Social con diversas categorías de previsión especialmente de tipo financiero que llegan al número de cuarenta.

El 31 de enero de 1938 fué promulgada la nueva ley a que nos acabamos de referir (N.° 6,174) que somete a los asegurados de estas diferentes Cajas a un sistema de Medicina Preventiva y dirigida integrada en las legislaciones anteriores sobre seguros sociales.

La Ley se fundamenta en una serie de hechos y de encuestas realizados con el objeto de plantear el problema sobre las sólidas bases de una realidad nacional bien investigada, y tiene exclusivamente en vista, soluciones posibles dentro de nuestra economía. Damos aquí a la economía una acepción más amplia, sujeta como está a la influencia de infinitas variables desde las más imponderables como son las espirituales hasta las más concretas como son la justa satisfacción de nuestros instintos primordiales. Y hablamos de soluciones posibles, porque de nada sirven los estudios y las encuestas que tienen por único objeto formular ecuaciones sociales que no se pueden resolver, sino después que otros lo han sido, y que sólo dan motivo a las expresiones estériles de una demagogia fácil.

Las interrelaciones entre Salubridad y Economía que considera este trabajo han sido planteadas tomando sólo en cuenta uno de sus aspectos, aquél en que la influencia de la primera sobre la segunda se manifiesta en forma más directa. Con este objeto, en el capítulo correspondiente nos hemos referido principalmente a la acción de la salubridad sobre el consumo.

Las investigaciones en el individuo que se presume sano, realizadas en pequeños grupos en otros países de América han llegado a resultados parecidos a los obtenidos por nosotros en gran escala y seguidos de la respuesta adecuada. Puede ser temible una curiosidad que quiera ir muy adentro de deficiencias no salvables a primera vista; deja de serlo cuando una serie de correcciones aparecen posibles destinadas a establecer un plan coordinado que seque en su fuente la causa de esas deficiencias.

El Gobierno ha tenido esa curiosidad organizada y paulatina, relativa a la satisfacción de lo que se imponía. Por eso somos

optimistas, porque tenemos conciencia de haber tomado un camino en que los sacrificios que imponga el Estado a la colectividad y los esfuerzos e iniciativas que ésta gaste para su bienestar permitirán a las energías empleadas en procurarlo, un rendimiento máximo.

EDUARDO CRUZ-COKE.

I. ECONOMIA Y SALUBRIDAD

Sus relaciones con una política que actúa sobre la capacidad de consumo

Como todas las ciencias modernas, las ciencias económicas están sometidas a dos principales disciplinas que representan a su vez dos aspectos parciales del complejo problema que plantean: la financiera y la de economía humana.

Podríamos identificarlas, por analogía con la física, con otras dos que se completan para el estudio y la solución de los problemas de esta ciencia: la energética y la atomística. En efecto, el aspecto financiero del problema económico considera de preferencia en los movimientos de riqueza, los estados iniciales y finales de los sistemas en juego sin entrar a calificar los elementos intermediarios que los constituyen. El mérito de esta disciplina consiste en que gracias a ella pueden calcularse las probabilidades que tiene una circulación de valores de beneficiar al mayor número, mientras que su defecto, resulta de la misma naturaleza de un método que extrapola y calcula actuarialmente sobre las bases de un hombre abstracto de vida ilimitada.

En cuanto a la otra disciplina, menos clásica que la anterior, siempre dentro de nuestra analogía tiene relación con la atomística, y mira más en la evolución de la riqueza de un sistema a los componentes que la desean o la crean, es decir, que la consumen o la producen, que a los resultados estadísticos obtenidos de la integración de todos ellos.

La atomística económica pone el acento precisamente sobre los elementos intermediarios despreciados por la energética. Su ventaja consiste en fundarse sobre el exclusivo objeto de toda economía como es el hombre concreto, de vida limitada y aspiraciones que hay que favorecer en relación con la posibilidad que tiene una colectividad de satisfacerlas. Su inconveniente es el peligro que significaría tomar por general lo que puede ser sólo un elemento particular y de ocasión.

Ambas disciplinas se completan en el arte de coger todo un problema que cada una de ellas por separado no puede resolver; la primera mirando a lo colectivo a partir de ciertos principios, la segunda, a lo individual a partir de cierta observación.

Si hemos planteado aquí este problema es porque la salud es quizás el más importante factor que gobierna la economía humana en su aspecto de ciencia experimental de disciplina concreta. En efecto, es con relación a la atomística económica, que podemos decir que la salubridad de un pueblo es en gran parte función de su economía privada, ya que los fenómenos de inadaptación del individuo al medio en que se desarrolla, gobiernan toda la patología social.

Ahora bien, si la insuficiencia económica individual se traduce siempre en una morbilidad creciente y si es cierto que la intensidad y la extensión de muchas afecciones, como, por ejemplo, la tuberculosis, dependen en gran parte del salario, hay que considerar que influyen poderosamente a su vez sobre las condiciones económicas, es decir, prácticamente, sobre el mismo salario. Se puede, en consecuencia, decir que ambos fenómenos, influyendo indefinidamente el uno sobre el otro, llevarían a irremediables deficiencias tanto en la capacidad de producción como en la de consumo de la colectividad, si no operaran compensaciones naturales y medidas de gobierno que amortiguaran los efectos anotados. Es a estas medidas a las cuales nos vamos a referir, ya que la reversibilidad referida significa para el Estado la obligación de arbitrar los medios necesarios para romper el círculo vicioso de una economía privada pobre, que crea una morbilidad alta y una morbilidad alta que influye sobre esa economía aumentando su deficiencia.

La solución aparentemente más simple del problema, la de alzar los salarios, adolece como todas las soluciones directas del defecto de no ir al fondo del problema y de no indicar de qué manera esta alza será posible, ya que no podemos olvidar que no se puede pagar a un individuo más de lo que produce y que el valor de lo que produce no depende sólo de nosotros, sino que también de valores y condiciones internacionales.

Así, por ejemplo, el obrero chileno no responde siempre al aumento de salario con un trabajo igual o más intenso, sino que trabaja menos, es decir, que en este caso, compra reposo en vez de cosas.

Las consecuencias de este hecho son graves para la economía del país y plantea el problema de la pasividad transitoria que la Ley de Medicina Preventiva contribuye a corregir.

En cambio, si cada vez que aumenta su salario el obrero trabajara lo mismo y no menos, podría capitalizar, ya sea por compra de bienes físicos o por ahorro en dinero depositado en bancos o instituciones de crédito. En ambos casos habría aumento de riqueza.

La causa de este fenómeno de ausentismo que, como veremos más adelante, constituye la fuerte pasividad transitoria, reside en dos razones principales.

Nuestro obrero compra reposo, porque lo necesita más que las cosas, como lo demuestra nuestro examen en el supuesto sano en el cual se encuentra un porcentaje de morbilidad latente que determina como reacción una tendencia a los mínimos esfuerzos y una subalimentación que establece el equilibrio entre consumo y aporte alimenticio en un nivel bajo de trabajo físico.

Por otra parte, además, si a un aumento de salario no correspondiera una demanda paralela no sólo de las mismas cosas, sino de nuevas cosas producidas, se determinaría en forma refleja una alza de precios de las primeras y una alza en su costo de producción, sin ningún beneficio económico.

En efecto, si el obrero consume sólo trigo, papas, carne y vino y se le proporciona en un momento dado una doble cantidad de dinero para comprar esos mismos productos dentro de un círculo económico cerrado, esos productos tenderán a subir al doble produciéndose simplemente una desvalorización del circulante, es decir, un cambio de las medidas de los valores.

A la Escuela Primaria corresponde crear al individuo una escala o sistema de valores. Cuando no lo hace y se dedica sólo a darle conocimientos alejados de la realidad que puede alcanzar, le crea, por reacción, una mentalidad negativa.

A una política de salubridad oportuna le corresponde, por otra parte, impedir que el individuo reaccione con reposo cada vez que pueda, cuando lo fisiológico en un sujeto sano es que el trabajo represente para él no sólo una tendencia natural, sino, también, el medio de pagarse la satisfacción de sus aspiraciones próximas, organizadas en una perspectiva de posibilidades sucesivas.

Una política del trabajo que actúa sobre el consumo, necesita, pues, estar apoyada sobre dos columnas representadas por cierta capacidad orgánica y por una organización social de los deseos, tarea que corresponde a una previsión social de tipo biológico y a una escuela primaria en la cual se desarrolle el pensamiento y la imaginación del niño en vista de una acción posible sobre su medio y de una reacción de éste sobre su capacidad.

La Ley de Medicina Preventiva y la Medicina Dirigida que se instaura por primera vez en una legislación y cuyos fundamentos estudiamos en este trabajo, significan la orientación de

una política de salubridad sobre las bases económicas señaladas, tomando en cuenta en primer lugar nuestro hombre chileno. Y si nos hemos referido principalmente a su significado en el consumo es porque creemos que es lo que en un país como en el nuestro hay que estimular primero y porque es el consumo aquello sobre que más propiamente puede actuar la política de salubridad que señalamos.

Desgraciadamente, toda acción sobre el consumo es lenta, ya que, como lo hemos establecido, está en relación con la educación y la salud, es decir, con las aspiraciones y con la integridad de las funciones orgánicas. Es por eso también que se puede decir que el consumo está gobernado por el pasado, ya que una escala de valores no se organiza en pocos días por efecto de la voluntad, sino durante largo tiempo y sobre la base de una organización de los reflejos desde los más inconscientes hasta los más condicionados.

Se podría decir que la importancia de un pueblo no depende de lo que es capaz de producir, sino de lo que es capaz de consumir. La factoría produce, la nación consume. La factoría es obra de una voluntad, en cuanto la producción obedece a los artificios sugeridos por nuestros deseos. El consumo, en cambio, si bien puede adquirir en ciertos momentos caracteres de sugestión colectiva por medio de la propaganda, no adquiere beligerancia en la economía, sino cuando la costumbre incorpora su substrato a una necesidad nueva susceptible de ser compensada por algún sacrificio, necesidad para la cual el organismo requiere estar capacitado.

Como veremos en el curso de los capítulos que siguen, a su vez esta capacitación representa esfuerzos y dinero que gastar de manera a favorecer al mayor número.

Ahora bien, las normas y las medidas adecuadas para tratar las enfermedades del individuo no pueden servir para tratar las mismas enfermedades en muchos individuos, porque un factor deja de permanecer constante cuando se quiere generalizar una

acción en ese sentido; ese factor son los medios materiales de que se dispone en ambos casos; es decir, en último término, el dinero a que nos referíamos.

En un país con recursos limitados, se comprende que no se puede investigar de acuerdo con normas parecidas, el infiltrado precoz de un individuo separado, en el que pudiere no tomarse en cuenta el factor económico y el de un millón de individuos que requieren ese examen.

Por otra parte, se comprende que a la colectividad le importe más el que se traten ciertas afecciones de sus miembros que otras, interviniendo aquí un elemento de calidad que no entra en juego, cuando se considera al individuo aislado. Al país le interesa más, por ejemplo, que se trate un sifilítico o un tuberculoso, que propagan su enfermedad y que pueden reproducirla, que no un diabético o un reumático.

Las exigencias de una medicina que interese a una sociedad, va llevando así a un concepto cada vez más preventivo, hasta el punto que se puede decir que una medicina social verdadera no puede establecerse sino sobre las bases técnicas del saneamiento, de la epidemiología y de la pesquisa oportuna de la afección precoz en el supuesto sano.

Cierta medicina social con caracteres demagógicos y estructurada a base de lamentaciones y de consideraciones económicas vagas no es valedera, a pesar de que consideramos la economía íntimamente relacionada con nuestro problema sanitario, tanto que casi podríamos decir que mientras mayor es la insuficiencia económica de un pueblo, mayor es la necesidad que tiene el Estado de arbitrar para él medidas que lo adapten a las circunstancias desfavorables en las cuales vive.

La Ley de Medicina Preventiva y la Medicina Dirigida que impone su reglamento y sus instrucciones 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 médico-sociales, muy laudables, pero inútiles en los límites irrecuperables de la vida; pretende organizar al hombre consumidor, estructurado por aspiraciones y deseos.

Plantea, además, la Ley por primera vez una Medicina de Estado que dispone y distribuye los recursos en relación a su rendimiento máximo y no en forma caprichosa, formal y externa, por medidas de acción directa que no se reproducen.

Toma, por fin en cuenta el hecho de que la máquina que hay que reparar en nuestro país, con más urgencia que otras es el hombre, pero no cualquier hombre, sino nuestro trabajador, todavía sano, todavía recuperable de una afección que recién empieza y cuya salud es el principal elemento positivo de riqueza de que podamos disponer.

II. CARACTERES DE LA MORBILIDAD CHILENA

Morbilidad estadística y morbilidad real

Se había ya observado desde largo tiempo en estudios realizados por las cajas de seguros sociales—por ejemplo, en la Caja de Enfermedades de los Comerciantes de Berlín—que la morbilidad estadística de los individuos de salario muy bajo era menor que la de los asalariados más favorecidos; pero también que la mortalidad de los primeros era, con mucho, la más alta. Y se comprende: a los salarios más bajos corresponden, por una parte, necesidades vitales apenas compensadas por el salario y que obligan al individuo a prescindir de sus molestias hasta cuando llegan a hacerse suficientemente importantes y le impiden por completo trabajar. Por otra parte, una sensibilidad amortiguada debida a circunstancias de trabajo, cultura y vida social fácilmente imaginables, contribuye a explicar este hecho paradojal.

Se hace, pues, indispensable establecer una distinción entre la *morbilidad estadística* basada en la asistencia espontánea de los asegurados a los hospitales y policlínicas y la *morbilidad real* revelada por el examen de salud de los supuestos sanos.

Ignorar esta diferencia es hacer política de previsión social a partir de bases poco sólidas, como vamos a verlo.

CUADRO N.º 1

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LOS SALARIOS EN RELACIÓN CON LA FRECUENCIA DE LAS ENFERMEDADES EN LA CAJA DE ENFERMEDADES DE LOS COMERCIANTES DE BERLÍN

Salarios	*Proporción de asociados*		*Casos de enfermedades tomando 100 asociados (1909-1911)*	
Reichmark	*Hombres*	*Mujeres*	*Hombres*	*Mujeres*
4.30	32.12	5.77	49	48.6
3.50 a 4.30.....	23.72	8.77	41.9	40.4
2.50 a 3.50.....	20.77	28.31	31	43.6
1.30 a 2.50.....	14.32	37.66	22.4	45.1
1.30.....	7.07	19.49	35.5	31.4
	98.00	100	179.8	209.1

Desde tiempo atrás nos había llamado la atención el hecho de que no obstante una acción bastante enérgica de parte de los organismos de Estado y de las Cajas de Previsión Social, ni nuestra mortalidad, ni nuestra morbilidad sufrían un retroceso que justificara esos gastos y esas actividades.

Es cierto que podría decirse en general que semejante disminución sólo ha sido obtenida muy rara vez; pero este es un hecho comprensible en países donde la mortalidad y la morbilidad son bajas, pero no debiera ser válido para Chile (1) y otros países de alta mortalidad y corta vida media, en los cuales una

(1) Chile, 25 por mil; Francia, 15 por mil; Italia, 15 por mil; Gran Bretaña, 12 por mil; Suiza, 12 por mil; Alemania, 11,8 por mil.

acción sanitaria por parte del Estado debiera manifestarse sobre esas cifras, al realizarse una acción apoyada en principios adecuados.

Morbilidad en el supuesto sano

Es así como hemos sido llevados a conocer los caracteres reales de nuestra morbilidad haciendo un examen de salud sistemático en diferentes grupos de obreros, funcionarios, empleados y estudiantes supuestos sanos.

Los resultados de estas encuestas han confirmado ampliamente nuestras previsiones, demostrando la existencia de una gran morbilidad oculta, hasta el punto de que en ciertas fábricas un 30% de los obreros han debido ser enviados a los dispensarios de la Caja de Seguro Obligatorio. Una de las encuestas hecha sobre 17,819 obreros por equipos médicos especializados está resumida en el cuadro N.° 2. En los cuadros N.^{os} 3 y 4 están resumidas encuestas practicadas por la Caja de Previsión de Empleados Particulares y por la Sección Bienestar de la Universidad de Chile.

Hemos comprendido, pues, que hacer política sanitaria sobre la base de esperar a los enfermos en los dispensarios era errar el camino; que para los tuberculosos este procedimiento nada significaba fuera de una medicina aparente, estilo consuelo; que los hospitales que los recibían no podían devolvernos más de un 25%, capaces de rehacer una vida activa, quedando sometido el resto a una inútil y costosa prolongación de su vida (1); que para los sifilíticos el problema era el mismo, dada la cantidad cada vez mayor de lues secundaria y terciaria que substrae anualmente a la economía una parte importante del esfuerzo productor chileno.

(1) Ver cuadro N.° 5.

CUADRO N.° 2

RESUMEN DE LA ENCUESTA REALIZADA ENTRE OBREROS SUPUESTOS SANOS IMPONENTES DE LA CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

Dirigida por el Dr. Carlos Maldonado, Jefe de los Servicios Médicos.
Dr. José Manuel Balmaceda, Jefe del Servicio de Medicina Preventiva.

		Número	%
1) Total de examinados		17,819	100
Hombres	12,324		
Mujeres	5,495		
2) Sífilis:		1,996	13.25
Reacción Kahn positiva	1,578		
En tratamiento	418		
No se practicó reacción	3,361		
3) Tuberculosis		536	3.00
Pulmonar	518		
Otras tuberculosis	18		
4) Cardio-vasculares:		704	3.94
Descompensados	55		
Compensados	649		
5) Blenorragia aguada		489	2.73
6) Enviados a Policlínico por otras causas		2,170	12.13

2) + 3) + 4) representan el 57.6% de la morbilidad.

CUADRO N.º 3

RESUMEN DE LA ENCUESTA REALIZADA ENTRE EMPLEADOS SUPUESTOS SANOS, IMPONENTES DE LA CAJA DE PREVISIÓN DE EMPLEADOS PARTICULARES

Dirigida por el Dr. Manuel MADRID, Jefe del Servicio de Medicina Preventiva.

		Número	*%*
1) Total de examinados		1,500	100
Hombres	1,050		
Mujeres	450		
2) Sífilis		123	8.20
Reacciones positivas			
3) Tuberculosis		91	6.06
Pulmonar	91		
4) Cardio-vasculares		170	11.33
Compensadas	170		
Descompensadas	0		

Por otro lado, el aspecto económico del problema no ofrecía la menor duda.

La sífilis reconocida a tiempo puede ser curada mediante una suma de $ 250; reconocida tardíamente representa a lo menos un gasto diez a veinte veces mayor, prescindiendo de la invalidez absoluta o relativa que produce; otro tanto puede decirse de la tuberculosis y de la mayor parte de las enfermedades crónicas de evolución lenta, y cuyo tratamiento oportuno representa obtener un aumento de la vida activa del individuo y, por consiguiente, de su productividad.

CUADRO N.º 4

RESUMEN DE LA ENCUESTA REALIZADA ENTRE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS SUPUESTOS SANOS

Dirigida por el Dr. Miguel ACUÑA, Jefe del Servicio Médico del Dpto. de Bienestar Estudiantil de la Universidad de Chile.

	Número	*%*
1) Total de examinados	1,400	100
2) Sífilis	9	0.64
3) Tuberculosis	41	2.93
4) Cardio-vasculares	58	4.14
5) Blenorragia aguda	11	0.79
6) Otras enfermedades	63	4.50

2) + 3) + 4) representan el 59.3% de la morbilidad.

Se trataba, pues, sobre la base de estas encuestas reveladoras de una morbilidad real, de estudiar las posibilidades prácticas de modificarla, deteniendo a tiempo los estados incipientes de las enfermedades consideradas.

Esto planteaba otro problema: el de clasificar nuestras principales enfermedades de acuerdo con la acción posible del Estado y sus organismos sobre ellas. Pero previamente busquemos en nuestra mortalidad estadística la repercusión de las encuestas que acabamos de interpretar.

CUADRO N.º 5

	Hospital S. José Santiago — *Recibe toda clase de tuberculosos*	*Sanatorio Seguro Obligatorio San José de Maipo* — *Recibe tuberculosos tomados a tiempo*
Enfermos atendidos	2,119	596
Enfermos recuperados, restablecidos o devueltos a una actividad normal (próxima).....	421	452
Rendimiento del establecimiento en individuos activos devueltos a la colectividad	23%	76%

El grupo Tuberculosis, Sífilis y Cardiocirculatorias, llave de nuestra morbilidad

Si consideramos ahora nuestra mortalidad estudiada desde el punto de vista estadístico vamos a encontrar en ella la repercusión de este estado de cosas (1).

(1) Para calcular a partir de la mortalidad anual la morbilidad instantánea, o sea el número de enfermos que se encontraría en un examen realizado en un día, es necesario utilizar una ponderación diversa para cada enfermedad, que proviene del número de días que dura, n y del porcentaje que conduce a la muerte, a, según la ecuación:

$$K = \frac{n.\ 100}{365.\ a}$$

Como no existen antecedentes para poder estimar con suficiente precisión los valores de n y de a para cada enfermedad, todo cálculo tiene que ser sólo aproximado.

Los datos siguientes corresponden al año 1936:

Mortalidad 114,392:

de 0 a 15 años	59,362	grupo pasivo
de 15 años o más	55,030	grupo activo

¿Cómo explicar el que encontremos aquí para estas últimas enfermedades solamente un 48.3% en lugar del 60% de nuestras encuestas de morbilidad real?

Simplemente, porque el grupo 5) que corresponde a enfermedades agudas no ha sido considerado en las encuestas anteriores; además no olvidemos que las encuestas se han hecho sobre el "supuesto sano", es decir, sobre el individuo en el cual sólo podíamos esperar encontrar una enfermedad oculta de tipo crónico o subagudo correspondiente, a los grupos 2), 3), 4) y 6).

Pues bien, estos grupos representan en conjunto 36,544 muertes, correspondiendo a los grupos 2), 3) y 4) el 72.5%, cifra que es aún más alta que la de nuestras encuestas.

Grupo pasivo

La mortalidad del grupo pasivo se reparte así:

de 0 a 2 años	51,862
de 2 a 15 años	7,499
	59,361

La investigación de las causas de mortalidad infantil nos condujo a considerar entre ellas las directas y las indirectas.

Entre las primeras se encuentran la tuberculosis, la sífilis, las enfermedades agudas por enfriamiento y las enfermedades agudas digestivas y de la nutrición.

CUADRO N.º 6

MORTALIDAD DURANTE LA EDAD ACTIVA EN CHILE, EN EL AÑO 1937

		Número	%
1) Mortalidad total		54,824	100
2) Sífilis		3,515	6.42
Anotadas como tales	199		
Lues nerviosa	85		
30% de anot. en aparato circulatorio	2,622		
30% de las hemorragias cerebrales	609		
3) Tuberculosis		14,091	25.70
Anotadas como tales	10,165		
Incluídas en afecc. respirat. (calculadas)	3,926		
4) Cardio-vasculares		8,871	16.18
70% de anotados como tales	6,177		
70% de hemorragias cerebrales	1,421		
Cardio-renales	1,333		
5) Enfermedades Agudas		9,539	17.40
Infecciosas	4,547		
Respiratorias no tuberculosas	4,992		
6) Otras enfermedades crónicas		10,067	18.36
7) Accidentes y quirúrgicas		8,741	15.94

Entre las causas indirectas encontramos en primer lugar la debilidad congénita, la tuberculosis y la sífilis de los padres, no solamente como agentes de contagio o de herencia, sino también como agentes de miseria por la producción de una enfermedad, de una invalidez o de una muerte precoz.

En efecto, sabemos que una proporción muy alta si no la mayor de enfermedades digestivas del lactante se deben a la incapacidad de la madre para proporcionar a su hijo su propia leche; otro tanto puede decirse de las enfermedades respiratorias agudas, cuya aparición depende más bien de un descenso de la inmunidad por alimentación inadecuada que del fenómeno infeccioso en sí.

Para actuar sobre la mortalidad del grupo de los pasivos es preciso, ante todo, actuar sobre la morbilidad del grupo de los activos.

Esta morbilidad, como acabamos de verlo, se encuentra condicionada en lo que tiene de previsible en un 66% de los casos por los tres grandes elementos patológicos que hemos citado.

Ahora bien, la tuberculosis, la sífilis y las enfermedades cardiocirculatorias pueden ser conocidas a tiempo y de este modo la probabilidad de vida que gobiernan, comprada a bajo costo. *Estas enfermedades representan la llave de nuestra morbilidad y es sobre ellas donde hay que ejercitar en primer lugar toda acción médica y social.*

III. UNA CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES CONSTITUTIVAS DE NUESTRA MORBILIDAD EN VISTA DE UNA ACCION ESTATAL ECONOMICA E INMEDIATA

Los resultados de nuestras encuestas y el análisis de nuestros datos estadísticos van a permitirnos una clasificación de nuestras enfermedades en tres grupos principales:

I GRUPO.—El que se presta a una acción sanitaria del Estado destinada a modificar las causas exteriores que obran sobre la colectividad en relación con su manera de agruparse para vivir. Este grupo está formado, sobre todo, por las enfermedades infecciosas e infecto-contagiosas y en parte por las enfermedades profesionales. Representa cerca del 20% de nuestra mortalidad y morbilidad.

La acción del Estado se manifiesta en estos casos por el saneamiento de las poblaciones (agua potable, alcantarillado, higiene industrial, etc.); la profilaxia (aislamiento, vacunación, desinfección concurrente, etc.) y el control (alimentos, medicamentos, etc.).

La escasa densidad de nuestra población (6,2 habitantes por km^2.), el deficiente alojamiento de nuestros conciudadanos y las características de la cultura individual en la gran masa, hacen que las medidas que dependen del ingeniero sanitario y del epidemiólogo por una parte, de la construcción de habitaciones obreras y de un mejoramiento de los salarios por otra, no pueden

acometerse todas de una vez, ni producir los efectos deseados, sino muy lentamente. De aquí resulta que nos encontrábamos ante la imposibilidad, por medio de medidas de este tipo, de disminuir por el momento nuestra alta morbilidad en sífilis y en tuberculosis y que solamente el resto del grupo, constituído por las enfermedades agudas como el tifus exantemático, fiebre tifoidea, escarlatina, etc., puede en realidad ser objeto de los beneficios inmediatos de esta acción.

II GRUPO.—Constituído por las enfermedades sobre las cuales la acción del Estado y de sus organismos es secundaria e influye muy poco sobre su mortalidad y morbilidad; enfermedades que por otra parte no representan un daño grave para la vida y productividad del individuo.

Se trata de las enfermedades del tipo de las endocrinas, de las de nutrición, de las del aparato digestivo. Ni el bocio exoftálmico, ni la úlcera gástrica tienen significado social. Se comprende que sería muy difícil hacer medicina preventiva de la diabetes desde el punto de vista del Estado.

Estas enfermedades representan más o menos el 25% de nuestra morbilidad y mortalidad.

III GRUPO.—El último grupo está representado por las enfermedades de evolución lenta que desbordan las posibilidades de una medicina preventiva de tipo sanitario como la del primer grupo. Se trata de enfermedades que difícilmente pueden atacarse en sus causas, que a pesar de ser conocidas no pueden con facilidad suprimirse. Consideraciones principalmente de orden económico y práctico impiden hacerlo, como se comprende fácilmente.

Este grupo está constituído por la tuberculosis pulmonar, la sífilis y las enfermedades cardio-vasculares. Representa más del 50% de nuestra morbilidad y mortalidad. (Nos remitimos, al

efecto, a los cuadros 2, 3 y 4 que demuestran que el 60% de la morbilidad de los supuestos sanos está comprendido en los tres grupos que acabamos de citar).

Sin embargo, estas afecciones pueden ser conocidas precozmente y atacadas en sus comienzos con gran éxito práctico (aumento de la probabilidad de vida activa) y económico (bajo costo del tratamiento de una enfermedad crónica tomada al principio). En realidad, la sífilis siempre puede ser curada en sus comienzos y la tuberculosis, en un 70% de los casos; en cuanto a las enfermedades cardio-vasculares, tomadas a tiempo, pueden significar una mayor duración de vida activa para cada individuo, que es en último término lo que se persigue.

Una acción útil del Estado debe manifestarse, por lo tanto, entre estos enfermos, en primer lugar por un examen de salud periódico y sistemático y en seguida por una intervención terapéutica oportuna y eficaz.

Hablamos aquí de intervención *eficaz*, porque las Cajas y sus servicios médicos manifiestan una tendencia exagerada a contentar a su clientela antes que a ofrecerle servicios encauzados a su objeto principal: aumentar la probabilidad de vida media activa y, por lo tanto, de bienestar general. Es frecuente ver hoy en día que los dispensarios reciben indistintamente toda una clientela variada que ciertos funcionarios anotan en libros y a la cual los médicos, funcionarios también, recetan productos de una farmacología de circunstancia.

No puede hacerse lucha antituberculosa, por ejemplo, sin la posibilidad de asegurar, al enfermo en reposo, su salario íntegro, con el cual pueda sostener a su familia. Como la cosa sería económicamente imposible si se generalizara, principalmente en el último período de la enfermedad, es preciso combinar en este caso lo económico y lo práctico. Para ello es necesario, de una vez por todas, emprender la lucha iniciándola en los primeros estados diagnosticados a tiempo, para evitar largas estadas en sanatorios con muy bajas probabilidades de recuperación.

Luego: examen de salud sistemático a todos sus imponentes y salario integral a disposición del enfermo que requiere reposo, sin contar los demás medios que cada Caja debe poner en marcha para obtener un efecto útil sobre la morbilidad de sus imponentes, he aquí las medidas que aparecían desde luego como las más urgentes.

Estas medidas debían referirse, principalmente a este tercer grupo de enfermedades, puesto que representa, como se ha dicho, más del 50% de nuestra morbilidad; que son enfermedades susceptibles de recuperación; que la técnica de su descubrimiento precoz es simple y puede aplicarse de una manera totalitaria y que la acción sobre ellas es posible dentro del marco de una política de Estado como la que puede desarrollar el Ministerio de Salubridad, apoyándose en las Cajas Sociales y en sus demás Organismos.

IV. POLITICA DE SUBSIDIOS Y DE TRABAJO

Entretanto, para comprender todo el alcance del problema que acabamos de plantear y desprender la solución que le da la ley a la cual vamos a referirnos, es necesario que contemplemos nuevamente todos los elementos de la política de previsión y de salubridad seguida hasta ahora, porque esta ley está establecida sobre fundamentos muy diferentes que aquéllas que la han precedido.

Estos fundamentos están en relación con un concepto del trabajo basado a la vez en la fisiología individual y en la biología social, con un concepto de la economía de la previsión aplicada allí donde puede operar con más eficacia sobre la compra de probabilidades de vida y con una acción médica establecida según normas precisas de manera que constituye una verdadera Medicina Dirigida.

Política de subsidios.—La ayuda económica destinada a los asalariados que por su estado de salud necesitan reposo, debe corresponder a una finalidad social que es preciso definir buscando la línea de la mayor recuperación de vida activa posible o del mayor rendimiento de trabajo por vida dentro de las capacidades del individuo.

Esto es primordial en un país como Chile, poco poblado y con un standard de vida bajo para la mayor parte de la población, relacionado con una proporción muy alta de pasivos que reconoce, entre otras causas, la alta morbilidad oculta de que hemos hablado.

Se trata, pues, de hacer circular los beneficios económicos, en primer término a través de los individuos que se va a poder reintegrar a la corriente productora de estos mismos beneficios y solamente después—por consideraciones de justicia y solidaridad social, o por derechos adquiridos dentro de las respectivas Cajas—entre aquéllos que la sociedad tiene la obligación de mantener vivos, pero que ya no le aportan nada.

Estas últimas consideraciones han determinado en los hombres de espíritu jurídico, la necesidad de establecer subsidios de enfermedad que, por su insuficiencia, revisten hoy un carácter más bien simbólico que real. La cosa no tendría importancia alguna, si no significando estos subsidios nada o casi nada para el individuo, no le fueran, sin embargo, tan costosos a las Cajas que los proporcionan. Buscando una analogía con la física podríamos decir que estos subsidios representan energía degradada, como lo es el calor con respecto a la electricidad en las ecuaciones del segundo principio de la termodinámica.

Actualmente, por ejemplo, en la Caja de Seguro Obligatorio, después de dos semanas de enfermedad, los subsidios no alcanzan a más del 25% del salario y a veces solamente al 12½%. Como este salario se encuentra en el límite de lo estrictamente necesario para la vida mínima del individuo (1) se comprende que la ayuda en cuestión sea incapaz de alcanzar fin alguno en el orden de una previsión biológica verdadera. Esta dispersión económica constituída por un volumen bastante grande de riqueza (2); pero que no alcanza para cada individuo a llegar al umbral en que va a poder satisfacer alguna necesidad, es en último término una pérdida absoluta, como lo son

(1) Salario medio: según la Caja de Seguro Obligatorio, $ 12.80 por día; según la Comisión de Salarios del Ministerio del Trabajo $ 14.80.

(2) Desembolsos en subsidios de la Caja de Seguro Obligatorio durante el año 1937: $ 9.000,000.

las múltiples energías de las excitaciones cardíacas que no alcanzan el límite en que el corazón es capaz de contraerse.

El momento es demasiado grave para hacer una política de apariencias. Es preciso concentrar nuestros esfuerzos económicos tanto en una política de trabajo como en una política sanitaria, como lo decíamos más arriba, en las vías donde los efectos previstos significan, con cierta probabilidad, una ganancia de riqueza, de capacidad de trabajo y de salud social.

Política de trabajo.—Los principios en que descansa una gran parte de la legislación social del trabajo, consideran a éste como una dura necesidad de la cual hay que liberar al hombre cuanto antes. De ahí surge todo un sistema destinado a prever los riesgos de la vejez, de la invalidez y de la enfermedad, principalmente desde un aspecto económico. De acuerdo con estos principios el hombre trabajaría con el fin de reunir un capital destinado a permitirle algún día el descanso. Semejante concepción está en desacuerdo con la fisiología y la psicología del hombre normal. La función del trabajo es inherente a la naturaleza humana; forma parte del conjunto de reacciones necesarias al mantenimiento de la personalidad tanto física como psíquica. Solamente es necesario que este trabajo no sobrepase la capacidad del hombre y se encuentre en relación con su deseo, es decir, que corresponda a un cierto agrado.

En los países, donde el trabajo es mal pagado se organiza un descontento crónico respecto de él y el hombre espera con impaciencia el momento en que se le ha de liberar. El estudio de esta cuestión excede los límites de este libro, pero volveremos sobre ella en otra oportunidad.

Quiero solamente mostrar el origen de un círculo vicioso que se establece a partir de estas consideraciones y que la solución del problema no se encuentra en la vía de suprimir el trabajo disminuyéndolo cada vez más, sino en la de relacionarlo con la

capacidad funcional de cada uno, de hacerlo entrar así en el Orden. Las encuestas nos han revelado a este respecto que la disminución de la capacidad de trabajo del obrero y del empleado se produce, en una gran proporción de casos, por estados mórbidos creadores de un verdadero círculo vicioso de donde el individuo no puede salir. Hemos constatado, por ejemplo, entre individuos que jamás habían ido al dispensario y que no pensaban ir, un gran número que padecían de tuberculosis, afecciones circulatorias, sífilis, blenorragia, várices, etc. Nos remitimos a los resultados que antes hemos consignado (cuadros N.os 2, 3 y 4).

Proceder a eliminar a tiempo estas causas de incapacidad relativa latente que más tarde van a producir perjuicios definitivos es, pues, indispensable.

Pero hay más todavía: según los principios que acabamos de considerar, un individuo puede estar en situación de trabajar de una manera parcial, su capacidad puede estar reducida a cinco horas, por ejemplo.

Para él, ahora, dos graves alternativas se presentan: primero, la de trabajar, según los cánones propios de cada país, 8 horas en el nuestro, o bien no trabajar nada. En el primer caso, excediendo su capacidad se prepara una muerte prematura; en el segundo, la cesantía lo espera. En ambos casos padece la familia; los niños así abandonados imponen al Estado el Asilo y la Asistencia de la niñez fuera de su vía natural, la familia.

Más natural y económico aparece el camino de impedir el naufragio de la familia sosteniendo biológica y económicamente al padre, consiguiendo aprovechar al máximo su capacidad productora de trabajo.

Pero para esto es necesario hacer previsión biológica antes que previsión financiera; reparar a tiempo el hombre-máquina para prolongar su vida útil y ponerlo en condiciones de adaptar su trabajo a su capacidad, sobre todo, cuando esta adaptación va

a significar, como en el caso de la tuberculosis y de las enfermedades cardio-circulatorias, una recuperación cierta.

Sabemos, en efecto, que una gran parte de los enfermos tuberculosos incipientes pueden ser tratados ambulatoriamente, siempre que su trabajo sea liviano, y que un reposo parcial con disminución de las horas de trabajo permite a un cardio-vascular prolongar su vida útil mucho más allá de lo previsto para un trabajo ordinario, que para él es un trabajo forzado.

Una política del trabajo debe tomar en cuenta en primer lugar esta adaptación de la función a la obligación. De su desequilibrio resulta a veces la enfermedad y cuando ésta proviene de otras causas, precipita su evolución disminuyendo el rendimiento por vida humana.

Dificultades de orden práctico parecen impedir la generalización de esta adaptación a todo el trabajo humano; por eso el obrero se encuentra ante la alternativa de que hemos hablado. No es imposible, sin embargo, establecer un sistema en que esta adaptación se haga sin perjuicio para la producción, sobre todo en relación con los enfermos incipientes tuberculosos y cardio-vasculares.

Habría otra razón para apoyar la importancia de esta adaptación. El individuo que realiza un trabajo forzado relativo a su capacidad adapta su fisiología al medio de otra manera: su trabajo se hace más lento, la vida se defiende. De aquí resulta una tendencia de la masa obrera a trabajar con la velocidad de aquél que trabaja menos, exactamente como en las reacciones acopladas de la físico-química.

Los patrones tendrían el mayor interés, si pensaran en ello, aun en eliminar, pagándoles el salario, a los individuos, cuya velocidad de trabajo no alcanza a cierto nivel. Lo hacen a veces, por lo demás, pero sin tomar en cuenta los intereses del operario, olvidando que éstos y los propios, mirados en un plano temporal más dilatado, vienen a ser los mismos. Y es precisamente en ese plano en el que ha de colocarse una política de Estado.

Las pequeñas economías cerradas que miran sólo sus intereses muy particulares y quieren que corran a cargo del medio social los factores que pudieran molestarla, van produciendo alrededor de ellas una masa de intereses contrarios a los suyos que tarde o temprano las ahoga, y las mata como sucede con las células que en el organismo no disponen en su propio protoplasma con qué neutralizar sus toxinas.

Entre los fundamentos de una economía nacional como la nuestra se encuentran aquéllos que obligan a cada uno a realizar a tiempo la compensación de alguna deficiencia para que éstas no lleguen a acumularse hasta constituir de por sí factores decisivos y pesados en la marcha de una nación joven.

En el próximo capítulo hablaremos de otra consecuencia que produce el trabajo realizado fuera de la capacidad individual de cada uno: la disminución de las jornadas trabajadas por individuo cada año, que hemos llamado pasividad transitoria, y que constituye un grave problema para la producción y el establecimiento de un justo salario.

V. PREVISION BIOLOGICA Y PREVISION FINANCIERA

La falta de adaptación del trabajo a la capacidad, las características y la cantidad de nuestra morbilidad real, originan entre nosotros una proporción muy alta de *pasivos*, llamando así a los individuos que durante un período no trabajan y cuyas necesidades económicas pesan, por consiguiente, directa o indirectamente, sobre los individuos que trabajan.

Vamos a clasificar, para el objeto de nuestra encuesta, los pasivos chilenos en tres categorías:

I. PASIVOS TRANSITORIOS.—Son aquéllos que durante un corto lapso no trabajan y que vamos a considerar como activos para las prestaciones de servicios en nuestros regímenes de previsión, porque conservan su derecho durante un cierto tiempo, no obstante el hecho de que no imponen.

Esta pasividad transitoria ha sido calculada, mediante una estadística cuidadosa, por el señor H. Abrahamson, Jefe de la Oficina Bio-Social y Estadística de la Caja de Seguro Obligatorio, y aparece en el cuadro N.° 7. Sus resultados demuestran que sobre 1.185,500 asegurados que gozan de todos sus derechos no hay sino en un momento dado 900,000 que estén cotizando.

Este hecho se explica por la cotización discontinua realizada por los obreros que tienen un trabajo temporal y por los que se adaptan, disminuyendo su labor a una capacidad de trabajo francamente aminorada.

CUADRO N.° 7

GRUPOS POR EDAD	POBLACIÓN DEL PAÍS	CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO				
		Población asegurada Ley 4054 30-VI-937	*Pasivos Permanentes*	*Total de asegurados activos (incluye los que cotizan en forma discontinua)*	*Pasivos transitorios*	*Activos cotizables en cualquier fecha del año 1937*
Menores de 20 años.	2.212,260	145,464	....	*160,449	38,589	**121,86
De 20 a 29 años.....	834,891	440,656	12,041	428,615	103,085	325,530
De 30 a 39 años.....	598,328	362,750	49,200	313,515	75,410	238,140
De 40 a 49 años.....	423,855	222,395	49,859	172,536	41,496	131,040
De 50 a 59 años.....	266,363	141,135	54,393	86,742	20,862	65,880
De 60 años arriba ...	261,557	39,668	16,560	23,108	5,558	17,550
TOTAL .	..4.597,254	1.352,068	167,068	1.185,000	285,000	900,000

(*) A causa del pequeño número de observaciones que sirvieron de base para este cálculo se debe considerar estas cifras demasiado altas.

(**) Debe restarse el resto del primer grupo.

CUADRO N.º 8

GRUPO POR EDAD	*Número de personas sobre el cual se realizó la encuesta*		*Semanas trabajadas. Promedio de personas*		*Salario semanal medio*
Menores de 15 años	H.	7	H.	36.3	63.12
	M.	2	M.	29.7	52.11
	T.	9	T.	34.8	61.04
De 15 a 19 años	H.	312	H.	38.2	38.93
	M.	105	M.	48.3	24.83
	T.	417	T.	41.12	34.76
De 20 a 24 años	H.	797	H.	38.2	52.82
	M.	344	M.	35.8	35.58
	T.	1141	T.	37.5	47.85
De 25 a 29 años	H.	936	H.	38.7	65.89
	M.	315	M.	38.7	39.3
	T.	1251	T.	38.7	59.20
De 30 a 34 años	H.	821	H.	39.3	73.49
	M.	284	M.	40.01	35.56
	T.	1105	T.	39.5	63.59
De 35 a 39 años	H.	723	H.	39.5	78.27
	M.	254	M.	40.7	39.69
	T.	977	T.	40	68.01
De 40 a 44 años	H.	456	H.	39.7	74.24
	M.	172	M.	42.5	35.38
	T.	628	T.	40.4	63.06
De 45 a 49 años	H.	446	H.	40	74.45
	M.	116	M.	42.7	33.54
	T.	562	T.	40.6	65.31

Cuadro Nº 8 (continuación)

GRUPO POR EDAD	*Número de personas sobre el cual se realizó la encuesta*		*Semanas trabajadas. Promedio de personas*		*Salario semanal medio*
De 50 a 54 años	H.	358	H.	41	72.2
	M.	75	M.	41.1	29.91
	T.	433	T.	41	64.86
De 55 a 59 años	H.	241	H.	41.5	62.8
	M.	50	M.	40.1	34.03
	T.	281	T.	41.3	58
De 60 a 64 años	H.	128	H.	40.7	51.8
	M.	23	M.	38.2	26.91
	T.	151	T.	40.3	48.21
De 65 arriba.....	H.	47	H.	40.9	46.91
	M.	8	M.	33.4	36.04
	T.	55	T.	39.8	44.36
Edad no indicada	H.	2	H.	40.7	141.38
	M.	1	M.	52	19.68
	T.	3	T.	44.4	93.82

El cuadro adjunto N.º 8 nos demuestra que el obrero chileno trabaja en promedio solamente 40 semanas al año. Se trata de una pasividad transitoria muy fuerte, del orden del 20%, que actúa muy desfavorablemente sobre nuestra economía del trabajo y que es imperioso modificar, obrando sobre las causas que la determinan. Estas causas, como lo hemos visto, están representadas, en parte, por la alta morbilidad oculta del trabajador supuesto sano.

II. Pasivos permanentes.—Son aquéllos que ya no trabajan, que, por consiguiente, no imponen en las Cajas de Previsión, pero que están asegurados (que habiendo perdido o no sus derechos, gravitan directa o indirectamente, económicamente sobre la sociedad). (Cuadro N.° 7).

Debido a la insuficiencia de la ley 4,054 para otorgarles una compensación económica que corresponda a un mínimo de necesidades, estos pasivos por el momento no representan ninguna carga extraordinaria para economía de las Cajas. En realidad, podría serlo en el porvenir, siendo su número superior a 100,000.

Para comprender la gravedad de este problema basta considerar que el número de pensiones de invalidez que mantiene hoy en día la Caja de Seguro Obligatorio es solamente de 3,362, lo que le representa al año $ 2.917,697.

Una revisión de los riesgos por financiar, mediante una modificación de la ley, podría significar graves perturbaciones económicas para la Caja si no se impone, desde luego, en el marco de los principios básicos de la Ley de Medicina Preventiva de que estamos hablando, una política encaminada a disminuir el número de estos pasivos permanentes por medio de la represión biológica de la invalidez.

III. Pasivos familiares.—No hablaremos de ellos. Están representados por los individuos naturales que constituyen el medio familiar a cargo del elemento productor de trabajo.

Según el Censo de la Población de 1930 a cada activo corresponden los siguientes pasivos en:

Agricultura	2.4
Minas	1.5
Industrias	1.7
Comercio	2.2

Navegación	1.6
Comunicaciones	2.2
Defensa nacional	1.4
Administración	2
Profesiones liberales	1.7
Espectáculos	1.5

El seguro que establecen la mayor parte de nuestras leyes médico-sociales se funda en la compensación pecuniaria de los riesgos que significan para el individuo y su familia la enfermedad, la invalidez, la vejez y la muerte. De ahí que las Cajas que los toman a su cargo se organicen de modo de encontrarse siempre en situación de pagar a los beneficiarios lo que se les ha prometido. Podría decirse que se empieza por asegurar así al individuo la compra de su ataúd, en seguida, una pensión de vejez o de invalidez y, por fin, con qué compensar económicamente la falta de salario derivada de la enfermedad declarada, las más de las veces incurable. La cosa puede parecer justa a un matemático, no a un médico.

El médico sabe que la enfermedad crónica es incurable en su estado avanzado y que lo que se llama previsión en nuestras leyes sociales no lo es más que en su aspecto financiero; que se trata en ella de una previsión de las consecuencias económicas que puede acarrear la enfermedad para el individuo o su familia, pero no de una previsión verdadera de la enfermedad en sí misma, es decir, que no es una previsión biológica. Surge, pues, la necesidad de establecer un distingo entre estos dos aspectos de un problema llamado a adquirir una grande importancia en la vida social de un país nuevo. Digo país nuevo, porque el problema no es el mismo, y ya he insistido sobre este punto, para los países de vieja cultura con un standard de vida de alto nivel y una pequeña morbilidad que tiene poca influencia sobre el trabajo.

Tampoco es una crítica la que formulo al establecer esta diferencia, pero sí una rectificación de la manera cómo debe plantearse el problema en un país con las características culturales, sociales y sanitarias de Chile.

Pensamos que la previsión financiera debe seguir a la previsión biológica, pero no al revés. Pensamos que es preciso, según los principios establecidos, impedir que la enfermedad se desarrolle, que la invalidez y la vejez se presenten prematuramente, para que así la muerte aparezca al fin como una consecuencia lógica y a su hora. La previsión financiera debe operar sobre aquello que desborda la previsión biológica, o sea sobre el mal inevitable, así como vimos ya que la previsión biológica individual realizada por medio de la medicina preventiva individual tal como la hemos establecido, desborda la medicina preventiva de la profilaxia y del saneamiento.

De este encaje orgánico de una acción en otra resulta una economía muy fuerte de medios y de energía en la lucha por disminuir la morbilidad pasiva de un país nuevo. Porque es la morbilidad pasiva la que hay que atacar, puesto que representa en la colectividad una disminución de energía, luego de producción, luego de riqueza. Hemos visto que esta morbilidad pasiva corresponde entre nosotros a tres grupos de enfermedades: la tuberculosis, la sífilis y las enfermedades cardio-circulatorias. En cuanto a las demás enfermedades agudas o crónicas circunstanciales, como pueden serlo la úlcera gástrica o las múltiples manifestaciones de las distonías neuro vegetativas, no representan morbilidad activa y no tienen la misma influencia social ni la misma repercusión sobre el trabajo que las otras. Una coincidencia curiosa hace que justamente este último grupo sea el más difícil de conocer a tiempo en un examen sistemático de salud y que, por otra parte, una vez descubierto no ofrezca la posibilidad de ser tratado con probabilidades de éxito y uniformidad tan precisa como el primero.

Por lo demás, el Estado, al disponer solamente de recursos limitados, no puede enfrentarse a todas las enfermedades, sino a aquéllas que van a significarle una adquisición a bajo precio de probabilidades de vida activa. Es lo que puede hacer con la sífilis, con la tuberculosis y con las enfermedades cardio-circulatorias. El Estado está en la obligación de contemplar primero la producción, la riqueza y la cantidad de vida.

Decíamos en el primer capítulo que a la previsión financiera se le plantea el problema de la inversión de los capitales destinados a cubrir los riesgos futuros y que a la previsión biológica el otro problema, no menos grave de incurrir en gastos, desde luego, para disminuir esos riesgos actuando sobre la actividad humana recuperable.

El dinero que capitalizado para el primer objeto se distrae de los fines de una acción sobre la salud presente, debe representar cierta cuota limitada por el estado orgánico de los imponentes actuales. Cada país necesita en este sentido que se establezca un equilibrio propio entre lo que debe capitalizar en hombres en forma directa y lo que debe capitalizar en riqueza física en sus diferentes formas. Se comprende lo absurdo que sería poner el acento en esto último a costa de la salud de toda una generación, cuyos descendientes degenerados vendrían a ser los beneficiarios de una ininteligente pero sabia previsión financiera.

No nos pronunciamos por el momento sobre las proporciones relativas de estas capitalizaciones.

El objeto de nuestro estudio es señalar la importancia, los límites, las posibilidades y la técnica de una previsión biológica, porque no basta decir que hay primero que capitalizar en hombres, sino que hay que establecer de qué manera.

El equívoco que en esto se ha sufrido durante mucho tiempo, depende del hecho de que en los países que han creado los diferentes criterios de previsión que utilizamos como modelo,

siendo países con un alto standard de vida han puesto con razón el acento más sobre la previsión financiera que sobre la biológica, teniendo una tasa de morbilidad y mortalidad difícilmente modificable. Entre nosotros el problema llega a ser tan diferente como para requerir invertirse.

En cuanto al criterio inversionista que han de tener las Cajas sociales para el servicio de su previsión financiera, no es de la índole de este estudio el que nos refiramos a él. Debemos, sin embargo, establecer que en un país como Chile no es indiferente para la economía y el bienestar general la vía que tomen esas inversiones por el hecho de representar en nuestro país las Cajas Sociales, los más grandes capitalistas de que dispone la nación.

Esto las obliga a poner sus capitales al servicio de objetivos que correspondan a la estructuración de nuestro destino económico y al mismo tiempo del bienestar mínimum nacional, de manera que interfiera con las iniciativas particulares.

Quizás fueran dos caminos que cumplen con lo anterior, el que las inversiones estuvieran dirigidas hacia la producción de energía barata para la industria y de habitación económica para el pueblo. Estos dos artículos económicos son de primera necesidad y podrían ser mañana como un programa de economía dirigida para las Cajas Sociales en cuanto a sus inversiones, tomando en cuenta su rendimiento y su seguridad.

VI. LA LEY 6,174, DE MEDICINA PREVENTIVA, SOLUCION DEL PROBLEMA

Las consideraciones que hemos debido hacernos y las bases sobre las cuales pensamos que debe establecerse una acción eficaz sobre la salud pública y el rendimiento del trabajo, nada significarían si sólo fueran imaginarias. Son algo más.

La traducción práctica de las medidas impuestas por los resultados que hemos indicado pueden reducirse a una acción sobre los tres grupos de enfermedades ya citadas. Primero, por un examen sistemático de salud, periódico y obligatorio, impuesto por ley, que permita reconocerlas a tiempo; en seguida, por ciertas medidas simples aplicadas a los casos así descubiertos: tratamiento antiluético, reposo relativo y reposo absoluto, en cada caso aplicado según normas explícitas. Para la realización de estas medidas se dispone de todo un aparato médico y farmacológico aplicado hoy en día a los casos avanzados y las más de las veces incurables.

Como ya lo hemos señalado, el reposo indispensable para el tratamiento de alguna de estas enfermedades, es imposible hoy día: no se concede más que a los que padecen de una enfermedad que impida materialmente trabajar, y no es, pues, útil, sino para las enfermedades agudas, porque para las enfermedades crónicas, de cierta duración, se encuentra compensado económicamente de una manera insuficiente.

De aquí proviene la necesidad de establecer modificaciones que permitan conceder el reposo al enfermo incipiente que va

a poder rehabilitarse tanto más rápidamente cuanto la enfermedad sea tomada más a tiempo. Para esto se hace necesario concederlo de una manera generosa, no solamente con salario completo durante todo el tiempo necesario, sino además con una defensa contra el riesgo posterior de cesantía. En una palabra el problema se presenta con la exigencia de un reposo pagado y trabajo asegurado al regreso, puesto que la finalidad de la ley es justamente la recuperación de vida activa para la producción. Es lo que hemos llamado reposo preventivo total o parcial según los casos, reposo pagado que representa el embrión de un derecho nuevo para los asalariados: el de trabajar en armonía con su capacidad.

Para lograrlo se requería también una disposición legislativa que lo organizara y le proporcionara los fondos.

En fin, otros recursos eran necesarios para la organización y el perfeccionamiento del armamento médico y para permitir un rendimiento máximo de este reposo.

La Ley de Medicina Preventiva que, sobre estos principios y datos, hemos presentado a las Cámaras, y que después de ocho meses de cálidas discusiones ha sido aprobada por la casi unanimidad, es la expresión de estos tres imperativos y pone en manos del seguro social un mecanismo muy amplio y a la vez muy delicado, adaptable a todas las leyes particulares que lo rigen en Chile, de manera a inaugurar una nueva política de previsión social biológica, como la que el país necesita.

De este modo la ley que acaba de ser promulgada establece:

1.° El examen de salud sistemático, periódico y obligatorio para los asegurados de todas las Cajas de Seguros sociales (42 en la actualidad).

2.° El reposo preventivo parcial o total con salario completo por un tiempo definido por las necesidades de la reintegración.

3.° El financiamiento de estas dos obligaciones, la primera mediante un 2.5% de las entradas brutas de las Cajas en la

forma explicada más abajo; la segunda mediante un aumento de la imposición patronal en un 1% sobre los salarios. (Ver el Anexo I, Ley 6,174).

También hay que hacer notar algunas condiciones de aplicación de la ley establecidas en el respectivo reglamento, por ejemplo:

A. El examen de salud se hace obligatorio con la sanción de la pérdida de todos los derechos del obrero o empleado que se niegue a someterse a él. (Artículo 9.°).

B. El examen de salud está orientado en el sentido de una medicina normativa y dirigida. (Artículos 13, 16 y 18).

C. Los tratamientos impuestos, principalmente el tratamiento antisifilítico, son obligatorios con las mismas sanciones ya enunciadas en caso de resistencia. (Artículos 26 y 47).

D. El secreto médico está rigurosamente establecido con graves sanciones para el médico. Este principio está destinado a evitar que los patrones escojan a sus empleados entre los más sanos. (Artículo 28).

E. Las Cajas pueden agruparse entre ellas para todas las acciones médicas.

F. Están autorizadas para hacer las inversiones necesarias con el objeto de establecer las casas de reposo y sanatorios requeridos por los servicios de la ley, percibiendo un interés deducido de las sumas consultadas sobre la base del 2½% de las entradas totales de las Cajas. (Ver a este propósito el capítulo relativo al financiamiento de la Caja de Empleados). (Ver Anexo II, Reglamento de la ley).

No seríamos justo si no manifestaramos aquí que la ley 6,174 no hubiera sido realizable inmediatamente sin la ley 4,054 con firma del Presidente Alessandri, que representa el punto de partida de una gran parte de la legislación social americana y de la que es autor el Profesor Exequiel González Cortés.

Política médica en el seguro social. Creación de una medicina dirigida

La intervención del médico en la previsión social es capital en un sistema de previsión biológica del tipo que hemos preconizado. Porque, como acabamos de verlo, la base de esta previsión se encuentra en la exactitud del examen de salud y en el criterio, por el cual debe decidirse la acción médica y ante todo el reposo preventivo para hacerse posible económicamente y rendir el máximo de eficacia. No es ya, pues, una medicina individual más o menos caprichosa la que nos interesa, medicina que costaría muy caro, que iría en profundidad en algunos casos, pero dejando multiplicarse los problemas de la gran masa, sino un criterio que llamaré de *Medicina Dirigida.*

En efecto, tanto el examen de salud, como las medidas que impone, no pueden sujetarse al sentido individual de cada médico, sino a una investigación limitada en vista de la acción más eficaz posible y a una acción (reposo preventivo, entre otros) que produzca la mayor probabilidad de años de vida recuperados. Esto exige una dirección precisa de las cosas que hay que investigar y un criterio muy definido de las medidas que deben tomarse en los casos descubiertos, siempre en vista de la economía y de lo posible dentro de la utilidad social.

Un cierto tipo de médico debe responder a esta medicina social que pretendemos instalar bajo las formas de la medicina dirigida a que nos hemos referido.

Los médicos se inclinan demasiado por la naturaleza misma de sus estudios y de su profesión, a guiarse por un criterio personal que presenta en los Maestros los caracteres de un arte de los más exquisitos.

Pero, si estas excelencias merecen el honor y la admiración de todos y si las consideramos necesarias al progreso de la medicina y de la salud, podrían hacerse peligrosas, cuando se exhiben como ejemplo ante aquéllos que sólo pueden imitarlas en la forma, lo que sucede en gran proporción.

Entonces dejan de ser un agente de bienestar y a veces de resurrección para convertirse en un galimatías de fórmulas huecas, pseudo-personales, pero desprovistas de resultados. Y solamente los resultados nos interesan. He aquí por qué una Ley de Medicina Preventiva como la que hemos establecido precisa ser, desde el punto de vista médico, estrictamente normativa. Demasiado conocidas son las exageraciones de la farmacología en las Cajas y las protestas de los funcionarios que reclaman el derecho de recetar con libertad. Sin pretender restar mérito a aquéllos para quienes la receta significa arte y resultado, como lo decíamos antes, es indudable que la experiencia de la Comisión de Farmacopea de la Caja de Seguro Obligatorio, creada al comienzo del año 1937, es la expresión de la necesidad de que la acción farmacológica sea también orientada. Las Cajas sociales ponen en actividad demasiados médicos, principalmente jóvenes, que a veces se ilusionan con ciertas terapéuticas, con peligro para los recursos de la Caja y a veces para el enfermo—prescindiendo de su inutilidad. Básteme informar que esta Comisión, recientemente constituída en Comisión Permanente, ha significado a la Caja, por la supresión de medicamentos inútiles, la economía de una suma superior a $ 1.500,000 al año.

Nos remitimos, para la mejor comprensión del criterio de medicina dirigida de que acabamos de hablar, al anexo III que se refiere a las normas impartidas al médico por el Ministerio de Salubridad, Asistencia y Previsión Social, donde están indicadas, además de los consejos que revelan el espíritu de la ley, las reglas sobre diagnóstico, interpretación y conducta que debe observarse en los casos más importantes.

Estas normas con el carácter de instrucciones del Presidente de la República tienen según nuestra Constitución, como también el Reglamento, un valor legal.

VII. FINANCIAMIENTO DE LA LEY

El examen de salud y las medidas que requiere, con excepción del pago del reposo preventivo, están financiados con el 2½% de la entrada total de las Cajas.

Hay que separar en tres grupos las Cajas de previsión:

1) Aquéllas que, como la Caja de Seguro Obligatorio, tienen un servicio médico muy extendido y cotizaciones bajas, por tratarse de una Caja obrera.

2) Las que, como la Caja de Empleados Particulares, carecen del servicio médico o lo tienen en forma embrionaria, como la Caja de Empleados Públicos, pero cuyas cotizaciones son mucho más altas.

3) En fin, aquellas otras que, como la Caja de los Ferrocarriles o de las Fuerzas Armadas, no tienen servicio médico, pero cuyas instituciones subsidiarias lo tienen, aunque depende de ellas, pero no de las Cajas.

Financiamiento de la ley en la Caja de Seguro Obligatorio

Dentro del primer grupo, la Caja de Seguro Obligatorio cuenta con un millón de asegurados y una entrada total de 150 millones de pesos al año, de los cuales el 2½%, que corresponde a $ 4.000,000, queda disponible para el examen de salud.

Esta cifra podría parecer muy baja en el orden teórico; prácticamente, según nuestros cálculos, habrá de bastar, puesto que

funcionan los servicios médicos y todo el instrumento destinado al examen de salud, y que se trata únicamente de orientar la acción médica de la Caja de preferencia hacia los estados iniciales que no a los finales de las enfermedades, por medio de la investigación sistemática de esos estados.

Los $ 4.000,000 no son, pues, más que un medio destinado a permitir la realización progresiva de esta conversión de la acción médica.

La lectura de las normas que hemos establecido a este propósito, y que forman parte del anexo III, permiten darse cuenta de la simplicidad de la acción exigida y de su importancia en el sentido de una previsión verdadera. La Caja por lo demás tiene el mayor interés en no seguir la vía de una acción médica desorientada y sin eficacia sobre los riesgos.

No se trata solamente para las Cajas de asegurar, como lo decíamos, los capitales necesarios a la producción de intereses destinados a cubrir los riesgos futuros, sino también de *disminuir esos riesgos*. Lo que puede no tener igual valor para las Cajas, donde ya esos riesgos han sido reducidos al mínimo por una vieja política cultural y sanitaria, como en muchos países europeos, lo tiene muy grande para las que ejercen su acción en aquellos países donde todavía esos riesgos son susceptibles de disminuirse a bajo costo y donde representan para las Cajas la mejor colocación de sus capitales.

No disponemos en Chile experencia propia en lo que se refiere a los cálculos actuariales que gobiernan la economía de nuestras Cajas. Nos basamos todavía, para este efecto, sobre las experiencias inglesas, alemanes y danesas, que corresponden a morbilidades muy diferentes.

Según nuestras encuestas podemos decir que una política de disminución de riesgos, de capitalización en hombres, como lo decía en las primeras sesiones del Consejo de la Caja de Seguro Obligatorio en 1937, no es solamente un imperativo de or-

den sanitario para las Cajas, lo es también de orden económico.

Su equilibrio económico, en efecto, guarda relación con el número de pasivos que llegarán a pesar sobre ellas y que para Chile se anuncia como muy grande respecto de los activos. Lo prueba, por lo demás, la experiencia de la Caja Nacional de Empleados Públicos en coincidencia en esto con las previsiones que pueden suponerse, considerada nuestra morbilidad real.

La Caja de Seguro Obligatorio tiene, pues, el mayor interés en orientar su política médica hacia la disminución de esta morbilidad oculta que le proporciona cada año una masa de incurables que gravita pesadamente sobre sus servicios. Aun si una ley no le indicara este camino, su conveniencia le habría señalado, tarde o temprano, una iniciativa semejante, como por lo demás ya estaba ensayando tímidamente. Para ello le habría faltado seguramente posibilidades financieras, en razón de su insuficiencia de fondos circulantes, puesto que el Estado le paga en bonos que no siempre puede cambiar por valores efectivos.

Hoy en día, con el aumento de 1% decretado (en junio de 1937) y destinado a realizar su política de habitación obrera a la vez que a proporcionarle un suplemento de entrada anual, a fin de disminuir su déficit actuarial, la Caja puede fácilmente hacer frente a la obligación de organizar sus servicios en vista de una acción más útil y profunda. Este 1% rendirá en 1938 una suma vecina de $ 20.000,000.

La gran extensión del país, por causa de la cual sus asegurados de la agricultura viven separados unos de otros en grupos muy pequeños, hará imposible el primer año—que será de organización y arranque de la ley—que el millón de imponentes se beneficien con el examen de salud. Pensamos que durante el primer año lograrán, sin embargo, examinarse seiscientos mil obreros. En la ciudad se irá a buscar a la fábrica al obrero que no concurra espontáneamente a la policlínica; en el campo

se le esperará en el dispensario, cuando busque al médico para una afección banal. La búsqueda activa en el medio agrícola plantea el difícil problema de la acción sanitaria rural en los países poco poblados y no puede organizarse en Chile, sino muy lentamente.

En todo caso el campesino, que antes no se beneficiaba en la Caja, sino con un socorro superficial constituído por una curación o una receta correspondiente a los síntomas que hacían acudir al médico, se verá cogido para un examen de salud simple en vista de las afecciones fundamentales citadas. La experiencia de varios de nuestros dispensarios de campo nos ha mostrado ya, que lo que más interesa a la salud no es justamente la enfermedad de que viene a quejarse el sujeto, sino aquélla que, en un plan de medicina dirigida el médico le descubre. He aquí un obrero agrícola que acude por una herida en una pierna que se ha hecho la víspera y de la cual habría sanado con medicamentos caseros: es portador de una sífilis; he aquí otro que viene a quejarse de dolores diversos y que era cuidado hasta ayer como un reumático: es un tuberculoso que puede salvarse todavía.

La comparación en un mismo enfermo de su ficha anterior a la Ley 6,174 con la ficha de su examen de salud es elocuentísima.

En la mayor parte de los casos una larga serie de pequeñas afecciones sin importancia corregidas con cien recursos terapéuticos al través de muchas visitas son la imagen de la primera; una reacción Wassermann positiva con tres cruces que no había sido realizada es la cruda realidad de la segunda. Otro tanto podría decirse de la tuberculosis y de las enfermedades cardiovasculares.

A lo vivo se puede coger por este procedimiento el significado de la Ley 6,174 y de su Medicina Dirigida que persigue no

malgastar las energías económicas de la Previsión en la corrección aparente y caprichosa de una patología sintomática y de circunstancias impuesta hasta ahora al médico por el enfermo o el pseudo enfermo.

El cuadro N.° 9 que representa el diagnóstico médico de 25,225 individuos atendidos en la Policlínica N.° 1 de la Caja de Seguro Obligatorio demuestra claramente esta afirmación. En efecto, puede apreciarse que estos diagnósticos no tienen ninguna relación con la morbilidad encontrada en el supuesto sano, ni con nuestras tasas de mortalidad.

Este complemento de examen, en los dispensarios con personal organizado no representa casi suplemento alguno de gastos para la Caja, sino, al contrario, la aplicación de los actuales a la realización de una política económica más profunda colocada en la raíz misma de sus problemas.

Por consiguiente, el examen de salud puede ser financiado perfectamente en las condiciones actuales de la Caja. Las medidas que deben tomarse a consecuencia del examen representan en gran parte las obligaciones actuales de la Caja. Podrá decirse que van a representar un excedente de trabajo para los dispensarios; es cierto, pero este excedente será un trabajo de gran rendimiento. Se trata ahora de organizar de otro modo el que se efectuaba hasta hoy sobre el enfermo que se presenta espontáneamente a la policlínica y que en un 40% de los casos es un falso enfermo. Cuando decimos falso enfermo queremos decir que es un enfermo que no necesitaría una atención de esta especie, ya sea porque se trata de una enfermedad sin importancia y que el enfermo exagera en vista de sus derechos, ya sea porque se trata de un simulador.

Es evidente que la Caja no puede suprimir estos servicios que representan derechos adquiridos y obligaciones legales. Pero lo repetimos, es necesario que haga también en este aspecto me-

CUADRO N.° 9

DIAGNÓSTICOS DE 25,225 ENFERMOS ATENDIDOS EN EL POLICLÍNICO N.° 1 DE SANTIAGO

	Número	%
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	3,120	12.4
II. Tumores	85	0.3
III. Enfermedades reumáticas y endocrinas	361	1.4
IV. Enfermedades de la sangre y org. hematopoyéticos	101	0.4
V. Envenenamientos crónicos	47	0.2
VI. Enfermedades del sistema nervioso y Org. de los sentidos	4,393	17.5
VII. Enfermedades del ap. circulatorio	865	3.4
VIII. Enfermedades del ap. respiratorio	1,645	6.5
IX. Enfermedades del ap. digestivo	5,471	21.3
X. Enfermedades del ap. urinario y genital	1,061	4.2
XI. Enfermedades del embarazo y parto (*)	239	0.9
XII. Enfermedades de la piel y tej. celular	2,023	8.0
XIII. Enfermedades de los huesos y org. locomoción	1,245	4.9
XIV. Malformaciones congénitas	4	0.0
XVI. Senilidad	1	0.0
XVII. Traumatismos	669	2.7
XVIII. Causas mal definidas	2,379	9.4
Diagnósticos no indicados	1,516	6.0

(*) No se han considerado los casos del centro maternal.

dicina dirigida, según el espíritu impuesto por la nueva política sanitaria que desarrolla el Gobierno.

Si los servicios médicos actuales de la Caja bastan para lo que se relaciona con las medidas que deben tomarse según los resultados del examen de salud, (tratamiento de la sífilis y de la blenorragia, hospitalización para las enfermedades subagudas o crónicas de mejoramiento rápido en condiciones de reposo), no está armada, según la ley actual, para permitir el reposo impuesto, sobre todo en los casos de un tratamiento racional de la tuberculosis descubierta a tiempo, sea que se trate de un tratamiento ambulatorio que precise una disminución de las horas de trabajo, o de una exigencia de reposo completo. En efecto, como ya lo hemos visto, el régimen de subsidios es insuficiente e inútil justamente en los casos en que sería más necesario.

El reposo preventivo que impone la ley permite el reposo parcial o total pagado integralmente y sin limitación. Se encuentra financiado por un aumento de un 1% sobre los salarios, que le está destinado exclusivamente.

Con este 1% y tomando un promedio del tiempo de reposo de cuatro meses, el cálculo efectuado para la Caja de Seguro Obligatorio alcanza a un 3%, la proporción de obreros que pueden beneficiarse cada año con el reposo completo. Esta cifra puede ser mayor si una parte de estos obreros queda sometida, no al reposo completo, sino a la jornada de reposo preventivo parcial que representa el 50% de la jornada normal de trabajo.

Nuestras encuestas han demostrado que justamente más o menos una proporción de ese orden es la que va a necesitar estar en reposo.

El primer año, como lo decíamos anteriormente, el período de arranque de la ley dejará un excedente de esta cuota; por otra parte, el hecho del reposo preventivo que impulsará un mejor provecho de los subsidios que proporciona la actual ley, disminuirá también los gastos de la Caja.

Financiamiento de la ley en la Caja de Previsión de Empleados Particulares

Examen de salud.—Los empleados beneficiarios activos de la Caja de Previsión de Empleados Particulares, durante el año 1937, fueron 58,000, sin tomar en consideración los imponentes de las Cajas que constituyen sus organismos auxiliares.

Según el artículo 8.° de la ley 6,174, se puede disponer hasta de un 2.5% de las entradas brutas de la Institución para el examen de salud y la adopción de las medidas que éste impone:

Entradas brutas durante el año 1937	$ 137.000,000
2.5%	3.425,000
Entradas calculadas para el año 1938	$ 160.000,000
2.5%	4.000,000

Estos $ 4.000,000 pueden obtenerse, de acuerdo con lo estipulado en el mismo artículo 8.°, rebajando en un 30% los intereses que se acrediten en la cuenta corriente de los empleados. Esto representa, haciendo el cálculo sobre la base del segundo semestre del año 1937 ... ... $ 3.325,000

Calculando sobre las bases del año 1938 tendremos aproximadamente 4.000,000

El examen de salud de 60,000 individuos puede calcularse en $ 1.200,000, practicándolo hasta dos veces al año, a razón de $ 20 por persona.

Según el artículo 83 del Reglamento, las Cajas pueden utilizar una parte de estos fondos para pagar el interés de un capital destinado a la construcción de sanatorios o casas de reposo.

El Consejo de la Caja de que hablamos ha decidido efectuar una inversión de $ 10.000,000 con este objeto y cuyo interés de 6% = $ 600,000 será costeado de este modo.

Por otro lado, debe considerarse que con el subsidio de reposo preventivo, solamente la mitad de los empleados se encontrarán en situación de pagar su estada en el sanatorio, de donde resulta un déficit que hemos calculado en $ 1.200,000, y que podrá cargarse a esta misma cuenta. Queda entonces $ 1.000,000 susceptible de dedicarse al tratamiento antisifilítico, a la visitación social y a los imprevistos.

En resumen, los $ 4.000,000 podrán ser distribuídos de la manera siguiente:

Examen de salud de 60,000 individuos a $ 20 cada uno	$ 1.200,000
Pago de estada gratuita en los sanatorios a 200 empleados o repartición de estos beneficios a todos ellos, según una escala de salarios ...	1.200,000
6% de interés sobre $ 10.000,000	600,000
Tratamiento antisifilítico, visitación social, imprevistos	1.000,000
	$ 4.000,000

Reposo preventivo.—Las 400 plazas de sanatorio permitirán hacer circular al menos 1,000 empleados durante el año, que recibirán su salario completo. El artículo 55 del Reglamento permite a las Cajas hacer pagar la estada del empleado en el sanatorio con una parte de su subsidio de reposo. En los casos de salarios insuficientes esto significaría el abandono económico de la familia. De ahí que para los individuos de bajo salario la Caja consulta la suma necesaria al pago de su estada sanatorial.

Siendo así que el 1% de la nueva imposición patronal representa alrededor de $ 6.000,000 y que la morbilidad enfocada en la ley se manifiesta principalmente en la región de los bajos salarios, puede calcularse que alrededor de 800 empleados podrán

disfrutar, durante el año 1938, del reposo preventivo total o 1,600 del reposo preventivo parcial.

La práctica del primer año de la ley nos dirá en qué proporción se hará esta repartición que se refiere a los tuberculosos y cardio-vasculares para quienes sobre todo se halla destinada esta segunda forma de reposo.

Financiamiento de la ley en las Cajas del tercer tipo

De acuerdo con lo dispuesto en el inciso 2.° del artículo 1.° de la ley las obligaciones que la ley impone a las Cajas de Previsión, se entienden impuestas, en este caso, a los organismos que mantienen los servicios médicos correspondientes.

Se comprende entonces, que el financiamiento en ellas es más simple, porque las Instituciones respectivas disponen ya de las instalaciones necesarias y del personal de médicos y auxiliares, que representan una parte importante de los gastos.

VIII. RELACIONES DE LA LEY DE MEDICINA PREVENTIVA CON LOS ELEMENTOS MAS IMPORTANTES DE NUESTRA MORBILIDAD

Medicina preventiva y tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, en cuya evolución adquieren especial importancia las condiciones económico-sociales que influyen en el terreno orgánico en el cual se desarrolla la afección. De ahí que haya que considerarla, para su profilaxia, como constituída por dos componentes: uno infeccioso y otro económico- social.

Cuando las condiciones económicas de un pueblo son de tal manera florecientes que se puede decir de él que su habitación, su alimento y su cultura se encuentran por encima de un umbral suficiente para una expresión de todas sus características vitales, la tuberculosis se desarrolla con aspectos de endemia y con una mortalidad baja, 7 a 12°/∞. En estas condiciones actúa como factor casi exclusivo el componente infeccioso, debiendo establecerse, en consecuencia, las medidas de protección sobre las bases de la pesquisa oportuna y del aislamiento. Se ha llamado a esta tuberculosis, tuberculosis basal; representa un mínimo de mortalidad por eliminación de los factores contingentes en su determinismo más estricto.

Cuando, en cambio, las condiciones económicas referidas son deficientes, hay hacinamiento y alimentación incompleta, trabajo realizado más allá de la capacidad y aprovechamiento in-

adecuado de los medios por falta de cultura, la infección progresa en un terreno apto para su desarrollo y adquiere un carácter epidémico que lleva la mortalidad en ciertos casos hasta un 60°/∞. Al hablar de epidemia nos referimos a una epidemia de curva de evolución muy dilatada en el tiempo (cien años o más) que va determinando una lenta inmunización de toda la población de un país, con aumento en su primer período de la mortalidad sobre la morbilidad y de la morbilidad sobre la mortalidad en su última etapa.

De los estudios epidemiológicos de Sayé, inéditos todavía, se puede deducir que Chile se encuentra en un punto de su curva epidemiológica que corresponde a una tuberculinización masiva, punto álgido de ella, lo que habrá que confirmar extendiendo la investigación, hecha hasta este momento, a otros sectores de la sociedad.

Las medidas adecuadas para combatir este aspecto de la tuberculosis con prevalencia de su componente económico-social se refieren en orden de importancia al salario y a una educación que permita aprovecharlo, por una parte; al alimento y a la habitación, por otra.

Las grandes diferencias que existen en Chile entre la morbilidad de los asalariados con remuneración suficiente (menos de 1% en los profesores secundarios estudiados, en las encuestas dirigidas por Sayé); la de los que reciben salarios bajos (3 a 4% en los obreros de muchas industrias de la ciudad y del campo, según las encuestas del Seguro Obligatorio) y más aún con la de los familiares de los tuberculosos hospitalizados que no tienen ninguna entrada por las razones que hemos anotado en el curso de este trabajo (10%, según otras encuestas dirigidas por Sayé), indican claramente que nos encontramos aquí frente a una "tuberculosis adicional" muy alta. Llamamos aquí, como muchos autores, "Tuberculosis adicional" aquella tuberculosis dominada por una supermortalidad producida por la

acción favorecedora que sobre la infección ejercen las condiciones económico-social.

Una lucha antituberculosa debe plantearse, pues, en Chile, en parte importante, sobre la base de una acción indirecta sobre la enfermedad, acción destinada a eliminar de ella el componente económico-social.

Sería, sin embargo, inexacto establecer que una acción directa fuera inútil, ya que existe un terreno común en que ambas acciones se confunden y es aquél constituído por el subsidio oportuno para el individuo fácilmente recuperable que aporta un elemento económico-social importante en esta lucha. Además, como veremos más adelante, la acción sobre el componente infeccioso se hace más imperiosa en los casos de una tuberculosis adicional alta, pero debe estar dirigida por una vía epidemiológica que considere la economía de los medios de acción. Esta vía está representada por la atención preferencial de los familiares de los individuos activos, supuestos sanos, que son descubiertos como tuberculosos en el examen de salud.

No es del resorte de este trabajo el que ahondemos por el momento el problema de la lucha antituberculosa en todos sus aspectos prácticos en Chile, sólo queremos relacionarlos aquí con los principios de Medicina Dirigida que hemos establecido como una manera de asegurar la inmediata eficacia de la Ley de Medicina Preventiva. (Anexo III, Título IV).

Si el país dispusiera de recursos ilimitados para tratar el problema que presentamos, éste dejaría de ser tal en poco tiempo cualquiera que fuera el camino tomado y si buscamos una manera de plantearlo dentro de la mayor objetividad y poniendo de relieve unos factores más que otros es porque ni el país ni el Estado dispone de esos recursos, debiendo, por lo tanto, sus Gobernantes colocar el dinero público con mucha cautela en favorecer aquellas circunstancias o disposiciones que se presenten con las probabilidades de un máximo rendimiento.

¿Cuáles son esas? No nos referiremos a las medidas de lucha indirecta que no tienen relación con nuestro tema y que abordaremos en otra ocasión para hablar sólo de las circunstancias o disposiciones que permiten ser modificadas por una acción directa.

Estas son:

1.° *Diagnóstico oportuno de los enfermos.*—La enfermedad necesita ser conocida a tiempo para ser curada y la actividad dispensarial ha de organizarse en vista de ello.

2.° *Subsidio suficiente para el lisiado.*—El enfermo necesita seguir recibiendo su salario íntegro hasta que pueda volver a su trabajo, no tanto para su propio tratamiento, como para la subsistencia de su familia, que en las condiciones actuales hace subir la tuberculosis adicional como ya se ha expresado.

3.° *Política hospitalaria que mire a la recuperación.*—Establecida la imposibilidad práctica de hospitalizar a todos los que lo necesitan por poseer el país un número insuficiente de camas, organizar la hospitalización de manera que se aproveche especialmente en vista de la recuperación y promover una política de construcciones hospitalarias económicas que permita a la brevedad posible aumentar las camas disponibles en el país con ese objeto.

4.° *Vigilancia y control del enfermo que no puede ser hospitalizado.*—Organización a su vez de la actividad dispensarial en vista tanto del control del que viene de vuelta de la enfermedad como del que va hacia ella y que por falta de camas o por permitírselo la afección va a ser objeto de un tratamiento ambulatorio.

Diagnóstico oportuno de los enfermos

Este primer punto no viene a ser sino un caso particular de lo que en el curso de este trabajo hemos repetido con insistencia. Queremos agregar, sin embargo, a nuestra opinión otras

muy autorizadas como la de Paula y Benedetti que dice: "En general, cuando el tuberculoso llega al dispensario no solamente ya ha esparcido ampliamente el contagio, sino también tiene muy limitadas probabilidades de curación", lo que confirman hoy todos los tisiólogos, especialmente desde que Braeuning, en Alemania, demostró lo que económicamente esto representa.

Ahora bien, el diagnóstico oportuno de los enfermos no puede ser obtenido sino por medio del examen sistemático del supuesto sano, examen que a su vez plantea el problema de la radiología seriada sobre el cual no insistiremos, pero que no representa ninguna dificultad insalvable en nuestro país. Una contribución importante a la simplificación de esta labor radiológica está constituída por la fluorografía del doctor Abreu, que significa un abaratamiento importante de su costo.

Es necesario realizar este examen sistemático del supuesto sano en masa y la única manera de obtenerlo en corto tiempo era establecerlo sobre la base de las Cajas de Previsión Social que están capacitadas para realizarlo y que controlan alrededor de 1.400,000 de asegurados, es decir, prácticamente la totalidad de los activos del país; precisamente aquéllos que el Estado tiene interés en curar y recuperar primero. Por otra parte, a cada activo corresponde alrededor de dos pasivos familiares, es decir, cerca de 2.800,000 personas más. Se comprende que sea este el camino para abordar en forma económica el problema de los enfermos familiares, ya que los estudios epidemiológicos demuestran que la tuberculosis adicional se concentra en la colectividad en los núcleos representados por los familiares de los tuberculosos pertenecientes al grupo activo y que, supuestos sanos, ha descubierto el examen de salud.

El convenio de coordinación de los servicios de Beneficencia y Caja de Seguro Obligatorio en cuanto a la lucha antituberculosa se refiere, permite que los familiares que por el momento no son protegidos por la previsión de las Cajas puedan obtener

la ayuda preferida de la Asistencia Social en estos casos y con esto se complete provisoriamente una lucha que así queda extendida en forma concéntrica y en relación económica a su importancia a todo el país.

La Ley de Medicina Preventiva al establecer el examen de salud obligatorio en la forma ordenada en su reglamento y sus instrucciones mira hacia la solución en detalle de todos los principios y consideraciones establecidos aquí y representan para la lucha antituberculosa la solución de este primer punto fundamental, sobre la cual ha de basarse y *sin el cual la solución de los demás resulta estéril.*

Subsidio suficiente

Como también lo hemos establecido la ley 6,174 concede al asalariado enfermo, incipiente o recuperable un subsidio de reposo que representa su salario íntegro durante todo el tiempo que requiera su mejoría y obvia los inconvenientes que antes habíamos anotado. Viene en este sentido a representar un punto de unión con la lucha directa en cuanto a los requerimientos de salario que ésta exige. La objeción sobre la insuficiencia de la cuota representada por el 1% patronal para cumplir con todos los subsidios que fueren requeridos, no tiene valor. El solo hecho de repartir de una manera eficaz alrededor de $ 20.000,000 al año significará al principio un trabajo de encuesta, investigación médica y hospitalización muy complejo. La distribución de una suma mucho mayor con la discriminación necesaria a su buena utilización, sólo podría hacerse después de algún tiempo de la aplicación de ley. El subsidio puede, según la ley, ser parcial y corresponder a la llamada "jornada de Reposo Preventivo" utilizable en aquellos casos en que sólo es necesario un tratamiento con exigencia de cortos esfuerzos o una vigilancia de convalencencia con disminución del tiempo de trabajo.

Se comprende ahora que sobre la base de disponer enfermos cogidos en la época en que son recuperables y que van a disponer de su sueldo íntegro durante todo el tiempo que necesitan para curarse se puede desarrollar una política hospitalaria de gran eficacia y rendimiento y una política de control de los enfermos de tratamiento ambulatorio o de control de recuperados económicamente útil.

Política hospitalaria

Actualmente cuenta el país con 2,060 camas para tuberculosis en todas sus formas, lo que representa una cuota insuficiente para los fines de una lucha como la planteada en este estudio, tanto más cuanto que la mayor parte de ellas necesitan destinarse a enfermos practicamente incurables. Las nuevas construcciones hospitalarias por habilitarse en el curso de los próximos ocho meses y aquéllas que las Cajas de Empleados están estableciendo para sus imponentes y que serán también habilitados dentro del citado plazo representan 1,700 camas más.

Requiriendo la Ley de Medicina Preventiva, en su aspecto de lucha antituberculosa, de un número superior aún, de camas y de camas que sean destinadas exclusivamente a enfermos recuperables, el Gobierno ha enviado al Congreso Nacional un Mensaje, en el cual se somete a la consideración del Parlamento un Proyecto de Ley destinado a aumentar en 1,000 camas para enfermos incipientes, los servicios de lucha antituberculosa, aprovechando los servicios generales de los hospitales que permiten una agregación de camas sin aumento de ellos.

Al mismo tiempo, dicho proyecto de ley establece el financiamiento necesario para la prosecusión del plan de construcciones hospitalarias en parte interrumpido por la imposibilidad

en que se ha encontrado la Junta de Beneficencia de colocar los empréstitos autorizados con ese objeto (Anexo V) (1).

El número de camas con que se podrá contar, pues, a breve plazo para cumplir con todos los requisitos de una lucha antituberculosa establecida sobre las bases indicadas en este capítulo, será, pues, de cinco mil.

La Junta Central de Beneficencia ha acordado que algunos de los viejos hospitales que serán reemplazados por los nuevos para sus servicios de agudos sigan funcionando como hospitales de crónicos o convalecientes o como casas de reposo para cumplir con los fines de la Ley de Medicina Preventiva. Es así como por este capítulo la ley referida permitirá también aumentar el número de camas para tuberculosos ahí donde las condiciones de arquitectura y climatología lo permitan.

No queremos terminar este capítulo sin volver a establecer que estos puntos fundamentales que si bien tocan el corazón de la lucha antituberculosa han dejado al margen de la vía real señalada muchos otros puntos que no corresponden a las intenciones de este trabajo.

Sífilis y Medicina Dirigida

La sífilis no aparece en nuestros cuadros estadísticos como importante elemento etiológico directo de nuestra mortalidad ni de nuestra morbilidad, debido al hecho de que permanece latente y desconocida en un porcentaje muy alto de casos como lo hemos comprobado y debido a que otras afecciones de curso más agudo interfieren con ella para romper un equilibrio orgánico inestable presentado con las apariencias engañosas de la salud.

(1) En el momento de entrar en prensa este libro la Cámara lo ha aprobado por unanimidad.

La sífilis en esas condiciones va produciendo alteraciones graves en el organismo que se traducen al principio por una disminución de la capacidad de trabajo, y más tarde, por una patología cardio-vascular y nerviosa, sin contar de que se trata de una enfermedad hereditaria y contagiosa, lo que le ha valido el nombre de enfermedad social.

Si hay alguna afección, por lo tanto, que merezca la atención preferente de una medicina preventiva del tipo de la que señalamos, es ésta, hasta el punto de poder afirmar que la ley 6,174 estaría justificada con todas las contribuciones que impone, por la sola necesidad de descubrir y tratar a tiempo una enfermedad que interviene tan poderosamente en disminuir la resistencia individual en todo sentido y en servir de elemento de desorganización social. Es, en efecto, hacer obra vana, organizar una salubridad sobre las bases de tratar las consecuencias de estos males y que se traducen, en gran parte, de nuestra mortalidad infantil; en problemas del niño huérfano o abandonado, en invalidez precoz; en rendimiento insuficiente de esfuerzos.

De ahí la importancia de un examen sistemático y obligatorio que resulta muy económico (las reacciones Wassermann y Kahn hechas en serie no cuestan más allá de 2 a 3 pesos) y de un tratamiento específico que no requiere reposo ni perturba el trabajo y que sólo exige continuidad y disciplina.

Tocamos aquí otro punto importante subsanado por la ley y que se refiere a la eficacia de la lucha referida. Hasta ahora, tanto la interpretación de las reacciones serológicas, como los tratamientos antiluéticos estaban sujetos a cierto desorden y anarquía, tanto debido al criterio particular que para ellos tenía cada médico, cuanto por causa de los mismos enfermos que una vez mejorados de su primera sintomatología (chancro o roseola) creyéndose sanos no volvían más al dispensario.

Esto ha significado, para el solo Seguro Obligatorio, durante el año 1937, no menos de trescientos mil pesos gastados en

Neo Salvarsán y otros productos antiluéticos, colocados, y perdidos para la curación de los enfermos por falta de continuidad en el tratamiento.

Era necesario, pues, establecer las normas de una medicina preventiva sobre las bases de una medicina dirigida que impusiera una disciplina al respecto tanto para el médico como para el enfermo.

Esta Medicina Dirigida está establecida en el Reglamento y en las instrucciones de la Ley. Al enfermo le impone un tratamiento obligatorio y organiza su continuidad; al médico le señala normas precisas para la interpretación de las reacciones serológicas y le entrega una pauta exacta, según la cual ha de dirigir el tratamiento en los diferentes casos (Anexo III, título III).

Según nuestras estadísticas no hay menos de 200,000 luéticos activos en Chile, una gran parte de los cuales nunca han recibido tratamiento alguno estando en condiciones de esparcir su enfermedad.

Existe la posibilidad de descubrirlos oportunamente y de curarlos a bajo precio. A pesar de lo anterior, debido a su gran número, esto representa mucho dinero. Creemos, sin embargo, que un Estado debe afrontar con valentía estas situaciones, porque son las que hay que atacar primero y porque todo lo que se gaste en remediarlos es aprovechado. Lo que se invierta en este capítulo de la salubridad es de un rendimiento máximo en las condiciones señaladas en la ley 6,174.

Durante mucho tiempo nos hemos engañado con postulados de una salubridad formal, estructurado a base de esquemas y de soluciones parciales esperando mejores tiempos para abordar el problema en extensión.

Hemos confundido así un concepto de Beneficencia, digno y necesario, con el criterio que debe tener un Estado para solu-

cionar sus problemas fundamentales de Salubridad, lo que es muy diferente.

Con relación a la Salubridad, bajo este último punto de vista, dos objetivos se nos presentan como los más urgentes de alcanzar para mejorar las condiciones físicas y morales de nuestra raza: Neo Salvarsán para todos los que lo necesiten y leche suficiente para las madres y sus hijos en lactancia o primera edad. Todo lo que se gaste en estos dos elementos representa beneficio nacional efectivo.

Insistimos en esto, porque es previo en toda actitud conocer la importancia relativa de los dioses que van a ser objeto de nuestros sacrificios. La diversidad de nuestros objetivos sanitarios, todos laudables no ha dispuesto de una escala suficiente de preferencias que significara orientar una acción por una vía jerárquica de requerimientos.

Se comprende, sin embargo, que no basta señalar la necesidad de disponer de determinado armamento en cantidad suficiente como serían los arsenicales o las camas de hospitales. Existe, además, en cuanto a ellos el problema de su distribución organizada, eficaz y oportuna.

La ley 6,174 provee a esto por medio de las instrucciones de Medicina Dirigida que establece y por medio de la nueva orientación médica dada a las Cajas en vista de este objetivo principal de Estado.

No es el caso aquí que nos refiramos a la leche. Se comprende que para ella se necesite, también de una política agrícola y económica dirigida por el Estado para obtener, poco a poco, lo que señalamos en tantas ocasiones como las normas de la alimentación de la raza misma. La leche no es un alimento que deba quedar sujeto, en un país como Chile, en cuanto a su producción y a su consumo, al capricho de las circunstancias.

En cuanto a la objeción que puede significar la insuficiencia de fondos de que se dispone para realizar una lucha total como

lo impondrían los fundamentos aquí señalados no es valedera. La ley 6,174 establece un camino preferencial en nuestra acción sobre la Salubridad y a él deberán traerse todos los recursos hasta ahora dispersos y aplicados a acciones sin eficacia ni importancia.

El fin perseguido por el Estado en cuanto a la Salubridad, lo repetimos, no puede ser formal. Al Estado le interesa gastar el dinero ahí donde va a representar para la colectividad el máximum de salud y de bienestar.

De ahí, que repitamos aquí lo que decíamos en la inauguración de la Escuela de Higiene y Medicina Preventiva al referirnos a cómo considera el Gobierno el problema de la Salubridad en relación con la economía nuestra: "hay que disponer de todos los resortes y recursos del Estado para comprar salud a tiempo, que es comprar salud barata, para comprar mucha salud, toda la salud que el pueblo necesita".

ANEXOS

ANEXO I

LEY NUM. 6,174

ESTABLECE EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA

Por cuanto el Congreso Nacional ha dado su aprobación al siguiente

PROYECTO DE LEY:

Artículo primero. Todas las Cajas de Previsión a que se refiere la ley 5,802, dependientes del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, la Caja de Retiro del Ejército y la Armada y la Mutual de Carabineros, establecerán servicios de medicina preventiva, con el fin de vigilar el estado de salud de sus imponentes y de adoptar las medidas tendientes a descubrir, previniendo precozmente el desarrollo de las enfermedades crónicas, como la tuberculosis, la sífilis, el reumatismo, las enfermedades del corazón y de los riñones; como también las enfermedades derivadas del trabajo: el saturnismo, la antracosis, la silicosis, la anquilostomiasis y otras de la misma índole.

Todas las obligaciones que esta ley impone a las Cajas de Previsión con respecto a los asalariados adheridos a ellas, se entenderán impuestas, tratándose de los servicios médicos de las Instituciones en las cuales éstas no dependan de las Cajas, a los Organismos que mantienen los servicios médicos correspondientes, en las condiciones que determine el Presidente de la República.

Las Cajas, en esos casos, tendrán el control del cumplimiento, por parte de esos servicios, de los establecidos en esta ley.

Art. 2.° El examen de salud de los obreros y empleados, y las

medidas adecuadas a prevenir el desarrollo de las enfermedades por medio de la pesquisa de su faz pre-clínica, y a determinar las personas que deben acogerse al reposo preventivo, se hará por los médicos de las respectivas Cajas de Previsión, en conformidad con las disposiciones del Reglamento de esta ley.

El examen de salud se realizará fuera de las horas que para su trabajo hayan fijado la industria y el comercio.

Art. 3.° Tanto el patrón o empleador, como el empleado u obrero, podrán reclamar, dentro de tercero día, de los acuerdos que los afecten, ante la Comisión Provincial que funcionará en conformidad con el Reglamento de esta ley.

En caso de formularse reclamos, quedará suspendida la resolución de la Comisión médica, hasta que éste sea resuelto por la Comisión Provincial.

La Comisión Provincial se compondrá de tres médicos, designados por las siguientes personas:

Uno, por el Presidente de la República;

Uno, por los empleadores o patrones; y

Uno, por los empleados y obreros.

Esta comisión coordinará el servicio de las Cajas y el de la Medicina del Trabajo de la Dirección General de Sanidad. Para este efecto, se integrará con un representante de las Cajas.

Art. 4.° La Comisión de Medicina Preventiva correspondiente o el médico que ella designe determinará, de acuerdo con el Reglamento, el tipo de reposo preventivo para todo obrero o empleado que tenga derecho a acogerse a él y las condiciones en que deba cumplirlo.

Art. 5.° El reposo preventivo se cumplirá en las siguientes formas:

a) En forma parcial, por medio de jornadas de reposo preventivo; y

b) En forma total, por medio de reposo preventivo absoluto.

Se entiende por jornada de reposo preventivo la equivalente al 50 por ciento de la jornada diaria ordinaria, definida en los artículos 24, 125 y 128 del Código del Trabajo.

La forma de reposo parcial no se aplicará en aquellas faenas donde la interrupción de la jornada de trabajo produzca perturbación a juicio de la Comisión Provincial, aplicándose en tales casos la jornada de reposo total.

Art. 6.° El tipo de reposo preventivo que en definitiva se decrete será respetado por el patrón, quien estará obligado a mantener en su trabajo al obrero o empleado en los días u horas en que el trabajo le sea permitido, abonándole el salario proporcional. Deberá también reponer en su puesto al obrero o empleado que haya terminado su período de curación preventiva.

Art. 7.° La Caja de Seguro Obligatorio y las demás Cajas de Previsión a que se refiere el artículo 1.° abonarán al obrero o empleado el salario o sueldo que corresponda a las horas o períodos de reposo preventivo.

El reposo preventivo durará el tiempo que determine la comisión médica respectiva, no pudiendo, sin embargo, exceder de un año; y podrá renovarse cuantas veces se estime conveniente.

Durante todo el tiempo que dure el reposo preventivo, el obrero o empleado percibirá el total de su salario o sueldo.

Art. 8.° Para los fines consultados en la presente ley se establece una imposición patronal de un 1 por ciento de los sueldos y jornales a favor de las Cajas a que se refiere el artículo 1.°

Esta imposición patronal deberá destinarse en cada provincia al cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7.°

Además, las Cajas a que se refiere esta ley, destinarán no más del 2,5 por ciento de sus entradas brutas para los objetos de la presente ley, distintos del pago de la jornada de reposo preventivo.

Para los efectos de este financiamiento, en la Caja de Empleados Particulares y demás Cajas similares, se faculta a los Consejos respectivos para que puedan acordar la disminución hasta de un 30 por ciento de los intereses que se abonan en cuenta corriente a los imponentes de las referidas instituciones.

Art. 9.° El Presidente de la República queda facultado para aumentar hasta un 50 por ciento todas o algunas de las contribuciones anteriores, siempre que la ejecución de esta ley demuestre que sus resultados son satisfactorios, que los fondos consultados resultan insuficientes y que la industria particular puede soportar el mayor gravamen.

Art. 10. Sin perjuicio de someterse a la jornada de reposo preventivo, podrá el obrero o empleado acogerse a los beneficios que les otorgan las leyes vigentes, sobre licencia por causa de enfermedad, debiendo en todo caso la Comisión a que se refiere el artículo 4.° juzgar y resolver lo que más conviene al interesado desde el punto de vista de su salud futura.

Art. 11. El derecho a la jornada de reposo preventivo es irrenunciable. El asalariado que se acogiere a ella no podrá ser despedido

desde que inicie los trámites correspondientes hasta que la Comisión lo dé de alta, a menos que el despido se funde en alguna causal de caducidad de las contempladas en los artículos 9.° y 164 del Código del Trabajo, reconocida por sentencia judicial firme.

Para los efectos de esta ley se excluyen de las causales de caducidad del contrato, las señaladas en el inciso 4.° del referido artículo 9.° y lo dispuesto en el artículo 10 del Código del Trabajo.

En ningún caso será causal bastante la mera enfermedad del obrero o empleado que haya determinado la sujeción de éste al régimen de reposo preventivo.

Art. 12. El obrero o empleado sometido al régimen de reposo preventivo, no podrá desempeñar en las horas destinadas a este tratamiento, ninguna otra clase de trabajos remunerados y si lo hiciere, perderá el derecho a disfrutar de los beneficios que establece esta ley.

Las cuestiones a que dé origen esta disposición serán resueltas por los Juzgados del Trabajo.

Art. 13. La infracción por parte de los patrones o empleadores, de cualquiera de las disposiciones de esta ley o la resistencia de los mismos a cumplir las disposiciones de las comisiones médicas, será sancionada con multa de 50 a 500 pesos. En caso de reincidencia, la multa se elevará al doble.

La facultad de imponer la multa corresponderá a la respectiva Comisión Provincial Médica.

Podrá reclamarse de la multa ante los Juzgados del Trabajo del Departamento en que funcione la Comisión dentro de los 10 días siguientes a la notificación por cédula.

El valor de la multa cederá a favor de la Caja que corresponda.

Art. 14. Esta ley regirá sesenta días después del de la fecha de su publicación en el *Diario Oficial*.

Y por cuanto, he tenido a bien aprobarlo y sancionarlo; por tanto, promúlguese y llévese a efecto como ley de la República.

Santiago, trienta y uno de enero de mil novecientos treinta y ocho.—ARTURO ALESSANDRI.—*E. Cruz Coke.*

ANEXO II

REGLAMENTO ORGANICO PARA LA APLICACION DE LA LEY N.° 6,174 SOBRE MEDICINA PREVENTIVA

Núm. 360.—Santiago, 9 de mayo de 1938.—Vista la necesidad de reglamentar la ley N.° 6,174, de 31 de enero del año en curso, y lo dispuesto en el artículo 72, N.° 2.° de la Constitución Política de la República.

DECRETO:

Apruébase el siguiente *Reglamento Orgánico para la aplicación de la ley N.° 6,174, sobre Medicina Preventiva.*

I.—DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.° El presente Reglamento se aplicará a las Cajas de Previsión que a continuación se indican:

Caja Nacional de Empleados Públicos.

Caja Nacional de Periodistas.

Caja de Previsión y Ahorro de los Empleados Municipales de Santiago.

Caja de Previsión y Ahorro de los Jornaleros Municipales de Santiago.

Caja de Previsión Social de los Empleados Municipales de Valparaíso.

Caja de Seguro Obligatorio de Enfermedad e Invalidez.

Caja de Previsión y Estímulo del Banco de Chile.

Caja de Retiro y Previsión Social de los Empleados Municipales de la República.

Caja de Previsión del Personal de la Marina Mercante Nacional.

Caja de Retiro y Ahorro de los Empleados Municipales de Magallanes.

Caja de Retiro y Previsión Social de los Empleados del Club Hípico de Santiago.

Caja de Ahorro y Retiro de los Empleados del Hipódromo Chile.

Caja de Retiro y Previsión de los Preparadores y Jinetes.

Caja de Previsión de los Empleados Particulares.

Sección Previsión del Banco Central de Chile.

Sección Especial de Previsión para los Empleados del Banco Francés e Italiano para la América del Sud.

Caja de Retiro y Ahorro de los Empleados del Banco Hipotecario de Chile.

Sección de Retiro y Ahorro de los Empleados del Banco Italiano.

Sección de Retiro y Ahorro de los Empleados del Banco Hipotecario de Valparaíso.

Sección de Previsión del Banco de A. Edwards y Cía.

Sección de Retiro del Banco Alemán Transatlántico.

Sección de Previsión del Banco de Talca.

Caja de Previsión para los empleados del Salitre.

Sección de Retiro de los Empleados de Gildemeister y Cía.

Sociedad de Previsión Social "La Inmobiliaria".

Sección de Retiro de los Empleados de Hochschild y Cía.

Sección de Previsión Social de los Empleados de la Compañía de Consumidores de Gas de Santiago.

Sección Especial de Previsión para los Empleados de la Compañía de Cervecerías Unidas.

Caja de Previsión de la Mutual de la Armada.

Sección de Previsión de la Compañía Sudamericana de Vapores.

Caja de Retiro y Previsión Social de los Empleados del Valparaíso Sporting Club.

Caja de Retiro y Previsión Social de los Preparadores, Jinetes y Empleados de Corral del Club Hípico de Concepción.

Caja de Ahorro y Retiro de los Empleados del Club Hípico de Concepción.

Caja de Ahorro y Retiro de los Empleados del Club Hípico de Antofagasta.

Caja de Ahorro y Retiro de los Preparadores, Jinetes y Empleados de Corral del Club Hípico de Antofagasta.

Mutual de Carabineros.

Caja de Previsión de los Carabineros de Chile.

Caja de Retiro y Montepío de las Fuerzas de la Defensa Nacional.

Caja de Retiro y Previsión Social de los Ferrocarriles del Estado.

Departamento de Previsión de la Caja de Crédito Hipotecario.

Departamento de Previsión del Personal de la Caja de Crédito Agrario.

Caja de Previsión y Estímulo del Personal de la Caja Nacional de Ahorros.

Caja de Ahorro y Retiro de los Empleados de la Sociedad Rural de Magallanes.

Se aplicará, también, este Reglamento a las Instituciones de Previsión semejantes a las enumeradas, que se creen en el futuro.

Para el mejor cumplimiento de las prescripciones sobre Medicina Preventiva, el Presidente de la República dictará reglamentos especiales para cada una de las Cajas a fin de complementar las contenidas en el Reglamento Orgánico y desarrollar, de acuerdo con sus modalidades, las disposiciones necesarias para poner en práctica la ley N.° 6,174.

El Reglamento para la Caja de Empleados Particulares contendrá, también, las disposiciones especiales a que se ceñirán los organismos auxiliares para realizar las prestaciones de Medicina Preventiva a que se refieren la ley y el presente Reglamento.

Art. 2.° Las Cajas que actualmente cubren el riesgo de enfermedad, organizarán las prestaciones médicas de manera que comprendan las que ha establecido la ley N.° 6,174 sobre Medicina Preventiva y su Reglamento Orgánico.

Las Cajas que no cubren el riesgo de enfermedad y las que sean de simple ahorro individual, deberán establecer servicios médicos para otorgar las prestaciones que les impone la citada ley. Las Cajas podrán asociarse para estos fines, coordinar sus servicios y celebrar convenios entre ellas, con el objeto de hacer una atención más eficiente y abaratar su costo.

La Asociación, coordinación o celebración de convenios entre las Cajas, con las que ya tengan establecidos Servicios Médicos, serán obligatorios en aquellas localidades en que el número de imponentes no justifique la creación de Servicios propios, a juicio del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social.

La organización que las Cajas acuerden dar a los Servicios de Medicina Preventiva y los convenios que celebren entre ellas, deberán, también, ser aprobados por el Ministerio.

Art. 3.° Cuando a una Caja de Previsión no le resultare económi-

co establecer los Servicios a que se refiere el artículo anterior, cumplirá sus obligaciones de Medicina Preventiva, poniendo el 2½% de sus entradas brutas a disposición del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, el cual se encargará de contratar los servicios correspondientes en otra institución de previsión. El subsidio-reposo correrá de cuenta de la Caja de la cual fuere imponente.

Art. 4.° Los Servicios de Medicina Preventiva de las Cajas deberán vigilar el estado de salud de sus imponentes y adoptar las medidas necesarias para descubrir y tratar oportunamente aquellas enfermedades cuya terapéutica precoz resulta más económica e impide el desarrollo de complicaciones irreversibles, como la tuberculosis y la sífilis, y aquéllas en que una adaptación del trabajo a la capacidad física del individuo permite prolongar la vida activa, como las afecciones cardiovasculares y las enfermedades profesionales.

Art. 5.° Para satisfacer las necesidades derivadas de la aplicación de la ley, las Cajas estarán autorizadas para destinar fondos, independientemente o asociadas, con el fin de construir o instalar: Casas de Reposo, Centros de Reeducación Profesional, Colonias Agrícolas, Centros de Recreación y Colonias de Veraneo y Descanso.

Art. 6.° Las Cajas a que se refieren los incisos 2.° y 3.° del artículo 1.° de la ley, utilizarán, para los fines de ésta, sin cargo para ellas, las enfermerías, laboratorios, instalaciones, establecimientos y personal sanitario que las instituciones afectas posean o mantengan.

Las Jefaturas y funcionarios de las instituciones comprendidas en el inciso 2.° del artículo 1.° de la ley estarán obligadas a colaborar en la aplicación de las disposiciones sobre Medicina Preventiva, en la forma establecida por la ley, su Reglamento y las instrucciones que los complementen.

Art. 7.° El Examen de Salud y demás beneficios de carácter médico de que tratan la ley 6,174 y el presente Reglamento, podrán ser extendidos a los imponentes pasivos y a las familias de los imponentes en los casos y condiciones que se establezcan en el Reglamento Especial de cada Caja.

Art. 8.° Los Servicios Médicos de Beneficencia y Asistencia Social y los dependientes de la Dirección General de Sanidad, colaborarán con los Servicios de Medicina Preventiva de las Cajas, especialmente, en lo que se refiere al examen y tratamiento de los miembros de la familia de los imponentes que presenten alguna afección tuberculosa o sifilítica y que no estén afectos a un régimen de previsión.

Art. 9.° Para los efectos de la aplicación de las disposiciones sobre Medicina Preventiva, el Fisco, las Municipalidades y las empresas o servicios costeados con fondos fiscales o municipales, serán considerados como patrones o empleadores de los obreros o empleados que ocupen.

Las disposiciones sobre Medicina Preventiva y el presente Reglamento se aplicarán a todos los imponentes de las Cajas de Previsión enumeradas en el artículo 1.° sin atenerse a la denominación o calidad especial que a ellos les asignen otras leyes o reglamentos, quedando, por tanto, dichas personas, comprendidas en los términos genéricos de "obreros o empleados" que usa la ley.

II.—DEL EXAMEN DE SALUD, DE LOS EQUIPOS MEDICOS Y DE LAS COMISIONES DE MEDICINA PREVENTIVA

Art. 10. El examen de salud es obligatorio y las Cajas adoptarán las medidas conducentes a realizar en forma sistemática el empadronamiento sanitario de la población afiliada.

Art. 11. Las Cajas no darán curso a ninguna presentación, en que se solicite algunos de los beneficios facultativos que éstas otorgan, del imponente que no acreditare haberse sometido a examen. Para dicho efecto, los Servicios Médicos otorgarán un certificado al imponente examinado.

Art. 12. El examen de salud deberá realizarse por lo menos una vez al año, pudiendo las Cajas disponer la repetición de este examen cuantas veces lo estimen conveniente.

Los imponentes podrán solicitar, en cualquier momento, que el Servicio Médico de la Caja lo someta a un examen de salud, el cual sólo será gratuito en el caso que hubieren transcurrido más de seis meses del último examen.

Art. 13. El examen de salud tiene por objeto principal la investigación de la tuberculosis, la sífilis, las afecciones cardiovasculares y las enfermedades profesionales y servirá para determinar las personas que deben acogerse al Reposo Preventivo.

Art. 14. El examen de salud será realizado por Equipos Médicos en la forma que más adelante se establece.

Art. 15. Los Equipos Médicos estarán autorizados para hacer los exámenes de salud en las fábricas, faenas, obras, establecimientos u oficinas donde se desempeñen los obreros o empleados y los patrones o empleadores estarán obligados a permitirles la entrada y pres-

tarles la cooperación que soliciten. La resistencia a la labor de las comisiones indicadas, será sancionada de acuerdo con el artículo 13 de la ley.

Este examen deberá realizarse fuera de las horas de trabajo, salvo que se acordare otra cosa con el patrón, empleador o jefe de Repartición Pública.

Art. 16. Los Equipos Médicos estarán constituídos por un Médico Jefe y el personal de ayudantes y auxiliares necesarios.

Art. 17. El examen de salud consistirá en las siguientes pruebas como mínimo:

a) Examen clínico somero, consistente en: peso, talla, inspección general, pulso, presión arterial y auscultación del tórax (corazón, pulmones);

b) Examen radiológico del tórax;

c) Reacción de Kahn o Wassermann.

Si el examen revelare alguna de las enfermedades a que se refiere el artículo 4.° el individuo será sometido de inmediato a tratamiento.

En caso que el Equipo Médico estimare que el imponente requiere Reposo Preventivo total o parcial, enviará las informaciones necesarias a la Comisión de Medicina Preventiva correspondiente, la que determinará acerca del Reposo Preventivo y sus condiciones.

Art. 18. Cuando el examen de salud revelare alguna afección que no se encuentre comprendida entre las mencionadas en el artículo 4.° del presente Reglamento, las Cajas que tengan Servicios Médicos procurarán al enfermo los medios necesarios para tratarse, en conformidad a las disposiciones que rijan en la respectiva Caja.

Art. 19. Las Comisiones de Medicina Preventiva estarán constituídas, a lo menos, por tres médicos, de los cuales uno deberá ser especialista en tuberculosis.

Art. 20. Las Comisiones de Medicina Preventiva y los Equipos Médicos serán establecidos y designados por los Consejos Directivos a propuesta de las Jefaturas Médicas de las respectivas Cajas, de acuerdo con las necesidades del servicio.

Art. 21. Las Cajas de Previsión comprendidas en los incisos 2.° y 3.° del artículo 1.° de la ley, designarán los Equipos Médicos de exámenes de salud y las Comisiones de Medicina Preventiva de entre el personal sanitario de las instituciones afectas (Caja de Previsión de Carabineros, Caja de Previsión de los Ferrocarriles del Estado, Caja de Retiro y Montepío de las Fuerzas de la Defensa Nacional), siempre que sea reconocido por las Cajas en calidad de

técnico oficial de ellas, pudiendo integrarlas con un reprsentante de la respectiva Caja.

Art. 22. Las Comisiones de Medicina Preventiva y los Equipos Médicos podrán ser mixtos, esto es, podrán servir a dos o más Cajas y estar constituídos por personal perteneciente a diversos organismos de previsión, en conformidad a los acuerdos que celebren entre ellos.

Art. 23. Las Comisiones de Medicina Preventiva, para dictaminar, formarán un expediente con los datos que les proporcione el respectivo Equipo Médico, a saber:

a) Historia clínica y examen completo del enfermo, según las normas contenidas en las instrucciones;

b) Encuesta social que comprenda el estudio individual y familiar; y

c) Informe acerca de las condiciones en que se desarrolla su trabajo, la naturaleza de éste y las relaciones de la labor que desempeña con su estado de salud.

Art. 24. Al expedir un dictamen deberá consignar:

a) Opinión clínica;

b) Probabilidades de recuperación del enfermo (total o parcial, transitoria o permanente);

c) Si para su salud futura debe cambiar de actividades o podrá reintegrarse a sus labores habituales después de terminado el Reposo;

d) Tratamiento y servicio donde debe concurrir para tratarse; y

e) Si debe someterse a Reposo o no. En caso afirmativo, si es total o parcial, el tiempo que debe durar, si debe cumplirse en Casa de Salud o en clima especial, internado o no en un establecimiento.

En caso de acordarle el Reposo Preventivo, deberá comunicarse su resolución al patrón, empleador o Jefe de Repartición Pública a que pertenezca el afectado, como, igualmente, a la Jefatura del Servicio Médico de la Caja.

No debe incluirse en la comunicación destinada al patrón, empleador o Jefe de Repartición Pública, ningún dato referente a los resultados del examen o de la Encuesta Social.

Art. 25. Las Jefaturas Médicas de las Cajas tendrán la dirección, supervigilancia y control de los Equipos Médicos y de las Comisiones de Medicina Preventiva y deberán impartir las órdenes necesarias para su mejor desempeño, de acuerdo con el Reglamento Orgánico, las instrucciones que dicte el Presidente de la República por intermedio del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social y el Reglamento particular de cada Caja.

En caso de Comisiones Mixtas, las órdenes deberán impartirse, de acuerdo con el convenio que se haya celebrado entre las Cajas contratantes.

Art. 26. El examen de salud obliga a las personas que padecen de sífilis a:

a) Someterse al tratamiento indicado por el médico;

b) Concurrir a los Servicios de tratamiento en los días y horas indicados; y

c) Someterse a la vigilancia Médico-Preventiva periódica.

Esta última obligación regirá respecto a todas las personas que la Comisión determine, cualquiera que sea su enfermedad y aun cuando no se le somete a Reposo Preventivo.

El incumplimiento de cualquiera de estas obligaciones hará perder al imponente el derecho de gozar de los beneficios establecidos en la ley y su Reglamento, e incurrirá en la sanción contemplada en el artículo 11 del presente Reglamento.

Los Médicos Tratantes tendrán la obligación de denunciar a la Jefatura Médica de la Caja, la transgresión a lo dispuesto en este artículo.

Art. 27. Los Médicos y demás personal, a quienes en razón de sus funciones les corresponde intervenir en el examen de Salud o en el otorgamiento de los Reposos Preventivos, estarán obligados a guardar el más estricto secreto acerca de las afecciones de que padecen los interesados, tratamientos y detalles de la Encuesta Social.

El incumplimiento de esta obligación será motivo suficiente para separarla de su cargo, si dependiere directamente de la Caja. En caso contrario, la Caja deberá proceder a reemplazarlo, determinación que comunicará a los Jefes del infractor.

Los reclamos que se produzcan por infracción a esta disposición serán conocidos por la Jefatura del servicio Médico de la Caja correspondiente, para la aplicación de la medida disciplinaria consultada en el inciso anterior.

III.—DE LAS COMISIONES PROVINCIALES MEDICAS DE RECLAMOS

Art. 28. Funcionará, en cada cabecera de provincia, una Comisión Provincial Médica de Reclamos, encargada de conocer y resolver los reclamos que los patrones o empleadores, los obreros o empleados afectados, entablen en contra de los acuerdos que adopten las Comisiones de Medicina Preventiva.

Corresponderá a esta Comisión aplicar las multas a que se refiere el artículo 13 de la ley 6,174.

El procedimiento será el indicado en el capítulo V de este Reglamento.

Art. 29. La Comisión Provincial se compondrá de tres médicos designados por las siguientes personas:

Uno, por el Presidente de la República, que la presidirá;

Uno, por los empleadores o patrones, y

Uno, por los obreros y empleados.

La designación del representante médico de los empleadores o patrones será hecha por los presidentes o sus delegados de todas las organizaciones patronales o de empleadores con personalidad jurídica, de la provincia, en la reunión que convocará el Intendente respectivo, para este objeto, resultando elegido el que obtenga mayoría de votos, si dos o más obtuvieren mayor número de votos, el Intendente resolverá el empate.

En caso de no existir organizaciones patronales o de empleadores, la designación será hecha por el Presidente de la República.

En la provincia de Santiago la convocación será hecha por el Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social.

La designación del representante de los obreros y empleados se sujetará al mismo procedimiento de citación, convocándose para ello a los Presidentes de Sindicatos legalmente constituídos e Instituciones de empleados con personalidad jurídica, quienes comparecerán representados por el Presidente o su Delegado.

Si no se produjera acuerdo, se hará votación, resultando elegido el que obtenga mayoría de votos. Si dos o más resultaren con el mismo número de votos el Intendente resolverá el empate.

Si no existieran en la Provincia, Sindicatos o Instituciones de Empleados con personalidad jurídica, la designación la hará el Intendente.

Art. 30. El Intendente comunicará al Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, los nombres de las personas designadas para el efecto de dictar un decreto que declare constituída la Comisión Provincial Médica de Reclamos correspondientes.

Art. 31. Los miembros de estas Comisiones durarán tres años en sus funciones y podrán ser reelegidos.

El cargo de miembro de la Comisión Provincial Médica de Reclamos es incompatible con el de miembro de la Comisión de Medicina Preventiva.

Art. 32. Estas Comisiones serán convocadas por su Presidente cada vez que tengan asuntos que tratar y se reunirán en una oficina de la Intendencia.

Actuará de Secretario el que lo sea de la respectiva Intendencia, salvo en Santiago y Valparaíso, en donde será designado por el Presidente de la República.

Art. 33. Podrá, por causas graves, el Presidente de la República declarar en reorganización las Comisiones Provinciales Médicas de Reclamos.

En la nueva Comisión que se constituya no podrá figurar ninguna de las personas que formaban parte de la Comisión Reorganizada, salvo la designada por el Presidente de la República.

IV.—DEL REPOSO PREVENTIVO

Art. 34. Reposo Preventivo es un derecho que la ley concede a los imponentes activos de las Cajas de Previsión, que padecen una o varias de las enfermedades determinadas en el presente Reglamento, o que, por su estado deficiente de salud, están expuestos a contraerlas, siempre que la suspensión total o parcial del trabajo sea parte de su tratamiento racional y que se encuentren en condiciones de ser recuperados o de prolongárseles la vida activa y la capacidad productora.

Este derecho consiste en la facultad de reducir la jornada ordinaria de trabajo a la mitad o de suspenderla totalmente, por un período determinado conservándole, al afectado, su ocupación y teniendo derecho a gozar del subsidio-reposo.

En el primer caso, se llama Reposo Preventivo Parcial y, en el segundo, recibe el nombre de Reposo Preventivo Total.

Para gozar de este derecho se necesita que sea declarado por la Comisión de Medicina Preventiva en la forma establecida por la ley y Reglamento.

Art. 35. Las normas técnicas que regirán el otorgamiento del Reposo Preventivo, Total o Parcial, serán fijadas en las instrucciones a que se refiere el artículo 25.

Art. 36. La forma del Reposo Parcial, no deberá aplicarse en aquellas faenas donde la interrupción de la jornada de trabajo produzca perturbaciones: substituyéndose en tales casos por la jornada de Reposo Total.

En caso de duda, deberá, antes de decretarse, pedir informes a la Jefatura Médica de la Caja, la cual se encargará de hacer el estudio correspondiente y evacuar la consulta.

Art. 37. Por Jornada Ordinaria de Trabajo se entiende, para los obreros y empleados afectos al Código del Trabajo, la definida en los artículos 24, 125 y 128 del mismo, y para las demás personas a que se refiere la Ley de Medicina Preventiva, la fijada por la Jefatura correspondiente, en conformidad a las disposiciones legales y reglamentarias que rijan en las instituciones en que se desempeñan.

Art. 38. Las Comisiones de Medicina Preventiva estarán facultadas para determinar, en cada caso, la forma cómo las personas que desempeñan funciones que, por su naturaleza, no están sometidas a jornadas de trabajo, podrán cumplir el Reposo Preventivo.

Art. 39. Subsidio-Reposo es la cantidad de dinero que la Caja de Previsión a que está afecto el obrero o empleado, abona a éste durante el tiempo que permanece en Reposo Preventivo Parcial o Total y equivale, en el primer caso, a la mitad, y en el segundo, al total de la suma sobre la cual el obrero o empleado impone en la Caja respectiva.

Esta suma se determinará calculando el promedio de las cantidades sobre las cuales el obrero o empleado haya impuesto en los últimos tres meses.

Respecto a los empleados públicos, esta cantidad será igual al monto del sueldo sobre el cual impone en la Caja respectiva, sumados los sobresueldos fijos y las gratificaciones establecidas por ley, determinados en conformidad a la regla del inciso anterior.

Art. 40. El Subsidio-Reposo que corresponda, se pagará directamente al interesado, en las mismas condiciones de tiempo en que se ajustaban sus emolumentos cuando estaba en trabajo activo, siempre que no tenga cargas de familia. En caso contrario, deberá repartirse esta suma de acuerdo con los resultados de la Encuesta Social y entregarse directamente a la o a las personas que correspondan, las cantidades necesarias, de acuerdo con las cargas de familia que se hubiesen determinado.

Art. 41. Los Reposos Preventivos podrán otorgarse en cada provincia hasta concurrencia de los fondos disponibles para este objeto.

Art. 42. El Reposo Preventivo, una vez acordado, produce los siguientes efectos:

1.º Respecto del patrón o empleador:

a) Respetar el tipo de Reposo Preventivo acordado;

b) La obligación de conservarle el puesto al obrero o empleado por el tiempo que dure el Reposo Preventivo;

c) No podrá despedirlo desde que inicie los trámites correspondientes, mientras permanezca en Reposo Preventivo y hasta que la Comisión de Medicina Preventiva lo dé de alta, salvo los casos previstos por el artículo 11 de la ley, en relación con el artículo 49 de este Reglamento.

d) Deberá colocar a media jornada de trabajo, al individuo sometido a Reposo Parcial, conservándole el goce del equivalente del 50 por ciento de la remuneración de jornada ordinaria de trabajo de que gozaba en el momento de ser puesto en Reposo, y

e) Reponer en su puesto al obrero o empleado que haya terminado el período de Reposo.

2.º Respecto del obrero o empleado:

a) Reduce la jornada ordinaria de trabajo a la mitad o la suspende totalmente;

b) Percibe la mitad de su remuneración de trabajo ordinario y el Subsidio-Reposo Parcial o el Subsidio-Reposo Total, según el caso, deducidos los descuentos autorizados por el presente Reglamento;

c) No podrá desempeñar, en las horas destinadas a Reposo, ninguna otra clase de trabajo remunerado; y

d) Deberá cumplir con las siguientes obligaciones.

1) Someterse al tratamiento indicado por el Médico;

2) Concurrir a los Servicios de tratamiento en las horas y días que le hayan sido fijados;

3) Cumplir el Reposo en los sitios o establecimientos que se le indiquen y someterse a los reglamentos internos de dichos establecimientos; y

4) Las demás condiciones que se le fijen al otorgárseles el Reposo Preventivo.

El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones indicadas en la letra d), autorizará a la Comisión de Medicina Preventiva para suspender el régimen de reposo al rebelde.

Art. 43. Las Cajas de Previsión, en relación con el Reposo Preventivo de los imponentes, deberán cumplir las siguientes obligaciones:

a) Abonar el total o el 50 por ciento del Subsidio-Reposo que corresponda, deducidas las imposiciones y descuentos legales, las acordadas en los reglamentos especiales de cada Caja, de acuerdo con lo prescrito en el presente Reglamento;

b) Abonar el total o el cincuenta por ciento de las imposiciones patronales actuales de los imponentes sometidos a Reposo Preventivo Total o Parcial;

c) Dispensarle atención médica en conformidad al Reglamento Especial de cada Caja; y

d) Proporcionarle gratuitamente los medicamentos necesarios para el tratamiento antiluético. Las Cajas podrán disponer franquicias para abaratarles a los imponentes la adquisición de otros medicamentos.

Art. 44. El Reposo Preventivo durará el tiempo que determine la Comisión de Medicina Preventiva, no pudiendo otorgarse por períodos mayores de un año, y podrá renovarse cuantas veces se estime necesario.

Las renovaciones se sujetarán a las mismas normas y formalidades prescritas para otorgar el Reposo Preventivo, y los trámites correspondientes deberán iniciarse ocho días antes de vencido el plazo, a fin de que el patrón, empleador o Jefe de Repartición Pública, sea notificado oportunamente.

Art. 45. El Reposo Preventivo Parcial podrá ser substituído por el simple cambio de labores en jornada ordinaria de trabajo, siempre que éstas sean compatibles con el estado de salud del afectado y la Comisión de Medicina Preventiva así lo resolviere, a propuesta del patrón o empleador.

Art. 46. Las personas sometidas a Reposo Parcial o Total quedan bajo la vigilancia médico-preventiva del Servicio Médico de la Caja que corresponda.

El médico a cargo de esta labor, o el médico tratante, estarán facultados para solicitar del Equipo Médico respectivo un nuevo examen gratuito del interesado, si se estimare que el individuo sometido a Reposo Preventivo Parcial debe ser favorecido con Reposo Total por convenir a su restablecimiento, dado el curso seguido por la afección.

Iguales facultades tendrán en el caso en que las personas sometidas a Reposo Total experimente, antes del plazo establecido, una mejoría tal que permita colocarlo en Reposo Parcial o suprimir todo Reposo. Asimismo se procederá en el caso de Reposo Parcial, para los efectos de suprimirlo.

Art. 47. Los Médicos tratantes o los Médicos a cargo de la vi-

gilancia Médico-Preventiva del imponente sometido a reposo, deberán dar cuenta a la Jefatura Médica de la Caja que corresponda y a la Comisión de Medicina Preventiva respectiva, cuando el afectado se niegue a observar las condiciones inherentes al reposo, a las cuales se refiere la letra d) del N.° 2.° del artículo 42 para el efecto señalado en el inciso final de la citada disposición.

Art. 48. El individuo sometido a Reposo Parcial, o dado de alta después de haber estado en Reposo Total, se considerará con aptitud física para la industria o faena en que labora, salvo que la Comisión de Medicina Preventiva declare lo contrario.

Art. 49. Las obligaciones que la ley impone al patrón o empleador en sus artículos 6.° y 11, en orden a respetar el Reposo Preventivo acordado, a mantener en su empleo al obrero o empleado y a reponerlo en su puesto, le impiden dar por terminados los servicios del asalariado desde el momento en que inicia el trámite, durante el Reposo Preventivo y hasta que la Comisión de Medicina Preventiva lo dé de alta, a menos que pueda invocar alguna de las causales de caducidad a que se refiere el citado artículo 11 de la ley.

Art. 50. El despido de un obrero o empleado efectuado en el lapso comprendido entre la iniciación de los trámites, durante el Reposo Preventivo y hasta que la Comisión de Medicina Preventiva lo dé de alta, no exonerará al patrón o empleador de ninguna de las obligaciones que la ley o el presente Reglamento le imponen, mientras la Comisión Provincial Médica de Reclamos no lo declare así con el mérito de sentencia firme del Tribunal competente que reconozca la legitimidad del despido, conforme con lo dispuesto en los artículos 11 de la ley, y 49 de este Reglamento.

La negativa del patrón o empleador a reponer al obrero o empleado despedido, a pagarle la remuneración correspondiente o a cumplir cualquiera de las demás obligaciones, facultará a la Comisión Provincial Médica de Reclamos para multar al infractor y reiterar las multas, mientras subsista su rebeldía, sin perjuicio del derecho de los interesados para ocurrir a los Tribunales del Trabajo, en la forma ordinaria.

Art. 51. Se entenderán iniciados los trámites tendientes a obtener el Reposo Preventivo, desde el momento en que el Equipo Médico eleva a conocimiento de la respectiva Comisión de Medicina Preventiva, las informaciones a que alude el inciso 3.° del artículo 17, circunstancia que deberá ser comunicada al patrón o empleador.

Resuelto por la Comisión de Medicina Preventiva o por la Comisión Provincial Médica de Reclamos, en su caso, que el obrero o empleado debe someterse a Reposo Preventivo, los efectos de esta resolución se retrotraerán a la fecha del examen de salud y se entenderá que desde ese momento están iniciados los trámites de que trata el inciso 1.° de este artículo.

Se entenderá dado de alta al obrero o empleado después de transcurridos quince días desde el vencimiento del plazo establecido en el artículo 53, a menos que la Comisión de Medicina Preventiva acuerde la prórroga del Reposo, en conformidad al inciso 2.° del artículo 44.

Art. 52. Las personas no afectas al Código del Trabajo, en los casos contemplados en el artículo 50, sólo podrán ser despedidas de acuerdo con lo establecido al respecto en las leyes, estatutos o reglamentos orgánicos que rijan en las instituciones o servicios en que se desempeñan, y siempre que se pueda invocar causal semejante a las indicadas respecto de los obreros o empleados particulares, u otra de igual o mayor gravedad, establecida con el mérito de Sumario Administrativo o en sentencia firme del Tribunal competente, sin perjuicio de las facultades constitucionales del Presidente de la República.

Art. 53. El obrero o empleado deberá presentarse al patrón o empleador o Jefe de Repartición Pública dentro de los dos días siguientes a la terminación del plazo durante el cual hubiere estado gozando de Reposo Preventivo, con el objeto de reasumir sus actividades.

El incumplimiento de esta obligación sin motivo justificado importará la causal de caducidad de los artículos 9.° N.° 10 y 164 N.° 1 del Código del Trabajo.

Art. 54. El tiempo durante el cual la persona esté sometida a Reposo Preventivo, se reputará tiempo trabajado para todos los efectos legales, a menos que la ley expresamente exija trabajo efectivo.

Art. 55. Las Cajas deberán establecer en sus reglamentos particulares los casos y condiciones en que sus imponentes podrán utilizar las Casas de Reposo y demás establecimientos que habiliten o instalen para cumplir las finalidades de la Ley de Medicina Preventiva.

También fijarán las tarifas de costo de la atención y estada en los

establecimientos a que se refiere el inciso anterior y la cuota de ellas con que el afectado deberá contribuir en proporción con el monto del Subsidio-Reposo que reciba.

Esta cuota será descontada directamente del Subsidio-Reposo.

Iguales disposiciones regirán para todos los tratamientos no gratuitos.

Art. 56. En caso de que el empleado u obrero sea imponente de dos o más Cajas de Previsión, la Comisión de Medicina Preventiva de la Caja en que impone por mayor sueldo será la competente para resolver sobre el Reposo Preventivo y el Equipo Médico de ella se encargará del examen de salud.

La resolución que adopte la Comisión competente será obligatoria para las otras Cajas en que el afectado imponga.

Art. 57. En el caso contemplado en el artículo anterior, la Comisión de Medicina Preventiva comunicará a las demás Cajas y a todos los empleadores la resolución adoptada. Esta resolución tendrá carácter obligatorio para todos los patrones o empleadores y su infracción será sancionada en la forma establecida por la ley y este Reglamento.

Art. 58. Si se acordare Reposo Preventivo Parcial al imponente que desempeña dos o más cargos, la Comisión estará facultada para determinar cuál será el trabajo que podrá seguir desempeñando el afectado, es decir, determinará con cuál o cuáles empleadores podrá continuar trabajando.

En el caso previsto, el afectado tendrá derecho a Subsidio-Reposo sólo sobre las rentas por las cuales impone en la Caja o Cajas de Previsión a que esté afecto.

Para todos los empleadores rigen las disposiciones legales y reglamentarias pertinentes.

Art. 59. La licencia por enfermedad procederá en aquellos casos en que la naturaleza de la afección de que padece el imponente le impida ejercer su trabajo habitual y no esté comprendida entre las señaladas por la ley y este Reglamento, o que, estándolo, no concurran las circunstancias determinadas en el artículo 34 para el otorgamiento del Reposo Preventivo.

Respecto a los obreros se aplicarán las mismas normas ajustadas a las disposiciones que rigen los subsidios de enfermedad que les acuerda la ley 4,054.

V.—DEL PROCEDIMIENTO EN LOS CASOS DE RECLAMOS Y DE INFRACCIONES

Art. 60. Los reclamos en contra de las resoluciones de las Comisiones de Medicina Preventiva de que trata el artículo 3.° de la ley, deberán ser interpuestos por escrito o verbalmente ante la Comisión Provincial Médica de Reclamos que corresponda, dentro de tercero día, contados desde la fecha en que se comunique la resolución a los interesados.

Las resoluciones de la Comisión de Medicina Preventiva quedarán suspendidas hasta que la Comisión Provincial Médica de Reclamos dictamine.

Art. 61. Recibido el reclamo, el Presidente la transmitirá a la Comisión de Medicina Preventiva afectada, para que informe a su tenor y remita todos los antecedentes que obren en su poder. La Comisión de Medicina Preventiva dispondrá del plazo de cinco días para evacuar dicho informe.

Al mismo tiempo comunicará, por carta certificada, el reclamo al patrón o empleador, si fuere obrero o empleado el reclamante, o a éstos en el caso contrario, para que dentro del plazo de que dispone la Comisión de Medicina Preventiva aleguen lo que interese a su derecho y ofrezcan las pruebas que vieran convenirles.

Art. 62. Si los interesados ofreciesen pruebas, la Comisión Provincial Médica de Reclamos les fijará un breve término para rendirlas, término que no excederá de cinco días.

Con el mérito de lo informado por la Comisión reclamada y de la prueba que se produzca, se dictará resolución en el plazo de cinco días.

Este plazo se contará desde que la Comisión de Medicina reclamada haya evacuado su informe o desde el vencimiento del término de prueba, en su caso.

Art. 63. La resolución que se adopte será transcrita a la Comisión de Medicina Preventiva, a la Jefatura del Servicio Médico de la Caja y notificada por cédula a los interesados para su cumplimiento.

Art. 64. La infracción por parte de los patrones o empleadores de cualquiera de las disposiciones de la Ley de Medicina Preventiva, o la resistencia de los mismos a cumplir las resoluciones de las Comisiones de Medicina Preventiva a que se refiere el artículo 13

de la ley 6,174, será sancionada con una multa de cincuenta a quinientos pesos. En caso de reincidencia, la multa se elevará al doble.

La facultad de imponer la multa corresponderá a la respectiva Comisión Provincial Médica de Reclamos.

Art. 65. Estas infracciones podrán ser perseguidas de oficio o a requerimiento de parte interesada.

Art. 66. La denuncia particular deberá ser presentada por escrito a la Comisión Provincial Médica de Reclamos que corresponda, con indicación del nombre, profesión y domicilio del denunciante y denunciado y de la exposición clara y detallada de los hechos y fundamentos en que se apoya.

Art. 67. Recibida la denuncia, la Comisión citará al posible infractor, así como al denunciante, y examinará separadamente a los testigos y demás medios probatorios que se le presenten, o practicará oficiosamente las investigaciones necesarias para el esclarecimiento de los hechos denunciados.

Art. 68. Cumplidos los trámites a que se refiere el artículo anterior, que no podrán durar más de ocho días, se tendrá por terminado el procedimiento y la Comisión dictará sentencia inmediatamente, o, a más tardar, dentro de tercero día.

Art. 69. Las mismas reglas indicadas en los artículos anteriores se aplicarán cuando se proceda de oficio.

Art. 70. Los infractores condenados a pagar multa deberán acreditar, ante la Comisión Provincial Médica de Reclamos respectiva, dentro del plazo de diez días, contados desde la notificación de la sentencia, el pago de la multa impuesta bajo el apercibimiento indicado en el artículo siguiente.

El entero de la multa podrá verificarse directamente en la Caja de Previsión respectiva o en una Tesorería Comunal, en calidad de depósito a la orden de la Caja que corresponda.

Este pago se acreditará, en todo caso, con el recibo de la respectiva Caja o el comprobante de depósito a la orden de ésta en la Tesorería Comunal.

Art. 71. Transcurrido el plazo de diez días sin que el infractor acredite haber pagado, el Presidente de la Comisión Provincial Médica de Reclamos, comunicará ese hecho por oficio a la Caja a favor de quien ceda la multa, acompañándole copia, autorizada por su Secretario, de la Sentencia, con certificación de estar ejecutoriada, para que proceda a su cobro.

Esa copia tendrá mérito ejecutivo y habilitará a la Caja a quien aprovecha la multa para demandar su pago ante la justicia ordinaria, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 32 del decreto con fuerza de ley N.° 148, de 6 de mayo de 1931, y el procedimiento ejecutivo que esa ley establece para el cobro judicial de las multas decretadas por autoridades administrativas.

Art. 72. La sentencia que imponga multa se entenderá ejecutoriada una vez transcurrido el plazo de diez días señalado en el artículo 73, siempre que no se hubiese interpuesto reclamo en la forma indicada en el artículo siguiente o una vez fallado por sentencia firme.

Art. 73. De las multas aplicadas por la Comisión Provincial Médica de Reclamos, podrá reclamarse ante el Juzgado del Trabajo que corresponda, dentro de los diez días siguientes a su notificación por cédula. El Juzgado tramitará las reclamaciones de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 472 al 476, inciso 1.° del Código del Trabajo, decreto con fuerza de ley N.° 178.

Para dar curso a la reclamación se exigirá que el infractor compruebe haber cumplido con lo dispuesto en el artículo 70.

Art. 74. El patrón, empleador o Jefe de Repartición Pública y los funcionarios dependientes de las Cajas están obligados a denunciar, ante el Juzgado del Trabajo respectivo, las infracciones al artículo 12 de la ley de que tomaren conocimiento.

Art. 75. Las denuncias a que den origen las contravenciones al artículo 12 de la ley serán resueltas por los Juzgados del Trabajo y se sujetarán al procedimiento indicado en los artículos 472 y 474 del Código del Trabajo, decreto con fuerza de ley N.° 178.

La sentencia que se dicte acogiendo el denuncio, deberá ser transcrita a la Caja de Previsión a la cual esté afecto el infractor.

Art. 76. Los Jefes directos de los empleados públicos serán los responsables de las infracciones a que se refiere el artículo 13 de la ley. Igualmente, estos Jefes responderán personal y directamente de las multas que las Comisiones Provinciales Médicas de Reclamos les apliquen.

Art. 77. Los Secretarios de las Comisiones de Medicina Preventiva, y de las Comisiones Provinciales Médicas de Reclamos, tendrán el carácter de Ministros de Fe para hacer las notificaciones de las resoluciones que pronuncien las respectivas Comisiones para todas las actuaciones inherentes a su cargo.

Las notificaciones que sea menester practicar se podrán hacer, también, por algún otro empleado de la Comisión o personal de Carabineros a quien se encomendare la diligencia, quien procederá con sujeción a las instrucciones que se le impartan, dejando testimonio escrito de su actuación en la forma ordinaria.

Art. 78. Las Comisiones Provinciales deberán remitir, trimestralmente, al Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, un estado de las multas que hubieren sido impuestas, con indicación del nombre y apellido, profesión y domicilio de los infractores y del denunciante, si lo hubiere.

Deberán, igualmente, remitir un estado de los reclamos que se hubiesen presentado, con indicación de los motivos en que se fundaron y de las resoluciones adoptadas.

VI.—DE LOS FONDOS DE MEDICINA PREVENTIVA

Art. 79. Los fondos para financiar los gastos que origine el funcionamiento de la ley N.° 6,174, sobre Medicina Preventiva se formarán en cada Caja con:

a) El producto de la imposición patronal del uno por ciento (1%) sobre los sueldos y jornales. Esta imposición se cobrará sobre el monto de los sueldos y jornales por los cuales se impone en la Caja; salvo respecto de los empleados públicos que se hará sobre la suma determinada en el inciso 3.° del artículo 39.

Deberá contabilizarse por provincias y sólo podrá invertirse en la provincia donde ha sido recaudada para el pago de los Subsidios-Reposo de los obreros y empleados de la misma.

También se cargará a este rubro el abono de las imposiciones patronales que deben hacer las Cajas a que se refiere el artículo 43, letra b);

b) La suma que la Caja deberá destinar, en conformidad al inciso 3.° del artículo 8.° de la ley, cuyo monto no podrá exceder del dos y medio por ciento (2,5%) de las entradas brutas.

Entiéndese por entradas brutas todos los ingresos que perciben las Cajas, provenientes de los recursos que les acuerden las leyes orgánicas respectivas para financiar las prestaciones y para constituir fondos individuales de retiro o de ahorro.

Igualmente, son entradas brutas las que tienen su origen en la rentabilidad de los capitales acumulados y en las comisiones que se perciban por cualquier clase de operaciones;

c) Los fondos destinados a Medicina Preventiva que sobraren al término de cada año, se acumularán al mismo fondo para el ejercicio siguiente.

Art. 80. Los imponentes voluntarios y los que, como los Preparadores y Jinetes, no tienen empleadores, deberán aportar el uno por ciento (1%) a que se refiere el artículo 8.° de la ley, al integrar en la respectiva Caja de Previsión las demás imposiciones que las leyes pertinentes les obliguen.

Art. 81. La imposición a que se refiere la letra a) del artículo 79, se pagará conjuntamente con las actuales imposiciones patronales y en la forma prevista para éstas.

El Fisco consultará en la Ley de Presupuestos una Partida para el pago de las imposiciones patronales del uno por ciento (1%) que le corresponde de acuerdo con lo establecido en el artículo 8.° de la ley 6,174.

Art. 82. Las Cajas deberán someter, anualmente, antes de la iniciación del año contable, a la aprobación del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, el Presupuesto de Medicina Preventiva.

Art. 83. Las Cajas podrán cargar a los fondos de Medicina Preventiva el interés del capital invertido en construcciones, instalaciones y demás gastos que signifiquen los establecimientos a que se refiere el artículo 5.° del presente Reglamento.

Art. 84. Los gastos que demande a las Cajas la extensión de los beneficios a que se refieren los artículos 7.° y 18, no podrán cargarse a los fondos de Medicina Preventiva.

Art. 85. Las Municipalidades deberán consultar en sus Presupuestos, en el Rubro "Gastos Fijos", una Partida destinada a cubrir la imposición patronal de uno por ciento (1%) de los sueldos y jornales que, en conformidad al artículo 8.° de la ley N.° 6,174, de 31 de enero del año en curso, deben cancelar a la Caja de Previsión respectiva.

Los Intendentes como subrogantes de las Asambleas Provinciales, al pronunciarse sobre los Presupuestos Municipales, deberán objetar aquellos Presupuestos en los cuales no se haya dado cumplimiento al citado artículo de la ley.

Artículos transitorios

Artículo 1.° Las Cajas estarán obligadas a enviar al Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, dentro de los 30 días siguientes a la vigencia del presente Reglamento, el proyecto de Reglamento Particular a que se refiere el artículo 1.° y el proyecto de organización de los Servicios de Medicina Preventiva para los efectos de lo dispuesto en el inciso 4.° del artículo 2.°

Art. 2.° Las Comisiones de Medicina Preventiva deberán encontrarse designadas, a más tardar, cuarenta días después de entrar en vigor el presente Reglamento. Transcurrido dicho lapso, el Presidente de la República procederá a nombrarlas con cargo a la Caja respectiva.

Art. 3.° Las Cajas deberán dentro de los 20 días siguientes a la vigencia del presente Reglamento, fijar la suma con que contribuirán a financiar los gastos de Medicina Preventiva a que se refiere la letra b) del artículo 79 por el año en curso, debiendo comunicar lo resuelto al Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social. Transcurrido dicho lapso, será fijada por el Presidente de la República.

Art. 4.° El presente Reglamento comenzará a regir desde su publicación en el *Diario Oficial*.

Tómese razón, comuníquese, publíquese e insértese en el Boletín de las Leyes y Decretos del Gobierno.—ALESSANDRI.—*E. Cruz Coke.*—*F. Garcés Gana.*

ANEXO III

INSTRUCCIONES PARA LA MEJOR APLICACION DE LA LEY N.° 6,174, DE 31 DE ENERO DE 1938, SOBRE MEDICINA PREVENTIVA

Núm. 1.—Santiago, 6 de junio de 1938.—En uso de la facultad que me confiere el N.° 2.° del artículo 72 de la Constitución Política de la República, dicto las siguientes instrucciones para la aplicación de la ley N.° 6,174, de 31 de enero de 1938, sobre Medicina Preventiva:

TITULO I

INSTRUCCIONES GENERALES

La morbilidad chilena revelada por encuestas realizadas en diferentes grupos sociales y por la estadística de hospitales y policlínicas, presenta caracteres peculiares que son los fundamentos de la actual política de salubridad que desarrolla el Gobierno.

Estas características son:

1.° La de mantenerse largo tiempo oculta, lo que hace acudir al enfermo a la policlínica o al hospital en una época avanzada de su enfermedad.

2.° La de referirse sobre todo a tres tipos de afecciones: sífilis, tuberculosis pulmonar y afecciones cardio-vasculares, que por sí solas representan más del 50% del total de la morbilidad chilena exceptuando aquélla en relación con la mortalidad infantil.

Fuera de éstas, alrededor de un 20% corresponde a las enferme-

dades infecciosas, representando el resto los demás grupos de afecciones (quirúrgicas, digestivas, endócrinas, de nutrición, etc.).

Esta clasificación un tanto arbitraria tiene en vista la acción posible del Estado sobre la salubridad del país. En efecto, al grupo de las enfermedades infecciosas corresponde una política de medicina preventiva ambiental profiláctica basada en el saneamiento de las poblaciones (agua potable, alcantarillado, habitación, etc.); técnica epidemiológica (vacunación, aislamiento, etc.) y control (farmacológico, alimenticio, profesional, etc.).

Con referencia al grupo de enfermedades que hemos mencionado como las que constituyen los principales factores de morbilidad y mortalidad, que se pueden evitar sólo parcialmente con la política anterior y que en su comienzo pueden ser curadas con relativa facilidad, *corresponde al Estado su pesquisa oportuna.* La Ley de Medicina Preventiva tiene que hacer, pues, en primer lugar, con ellas. En efecto, al establecer el examen de salud sistemático de todos los asegurados, posibilita el descubrimiento y por lo tanto el tratamiento de estas afecciones, en cuanto puede significar curación, como en el caso de la lúes; gran probabilidad de mejoría en relación a la precocidad del diagnóstico como en el caso de la tuberculosis; y aumento de la probabilidad de vida media como en el caso de las afecciones cardio-vasculares.

En cuanto al grupo constituído por las afecciones cuyo diagnóstico precoz no significa posibilidad de tratamiento eficaz, o representaría un costo excesivo en relación a la vida recuperada, no entra, por lo menos por el momento, en el espíritu de la ley. Se comprende, por ejemplo, que la ley no haya sido hecha ni para un Basedow ni para una diabetes.

Caracteres que debe tener el examen de salud

Medicina Dirigida

Estos antecedentes son importantes de considerar para establecer las normas a que debe sujetarse el examen de salud y que son:

1.º No debe investigar lo que no se va a poder detener.

2.º No debe buscar lo que costaría muy caro por el momento, buscar y detener.

El examen de salud deberá por lo tanto realizarse en vista principalmente de la investigación de la lúes, de la tuberculosis pulmonar incipiente y de las afecciones cardio-vasculares.

El examen general y sumario del individuo revelará naturalmente además otras afecciones que requerirán tratamientos médicos diversos. Las Cajas que tengan servicios médicos deberán hacerse cargo de ellas, pues en todo caso les será más económico tratar a tiempo a los enfermos que demasiado tarde. Las Cajas que no los tengan deberán con el tiempo organizarlos, pero tratándose de afecciones que representan un porcentaje pequeño de morbilidad no deberá esto hoy en día constituir preocupación principal para ellas.

En cambio todas las Cajas deberán disponer desde luego de los medios para detener a tiempo los tres grupos de afecciones que constituyen el motivo principal de la ley.

Estas finalidades se obtendrán objetivando y simplificando al máximo el examen de salud estableciéndolo en tres tiempos:

1.er tiempo.—Destinado a separar por medio de una pauta sencilla a los enfermos de los sanos por medio de:

1.º El estudio radiológico del tórax (radioscopía; radiografía, sólo en el caso necesario).

2.º La reacción de Kahn o Wassermann.

3.º El estudio clínico orientado a la investigación de antecedentes de lúes, de tuberculosis y de afecciones capaces de producir lesiones cardíacas y a la constatación de alteraciones que indique un ataque de alguna de estas enfermedades.

Este examen debe ser lo suficiente preciso y breve para juzgar sobre si el obrero o empleado requiere uno más fino con relación a lo pulmonar o cardio-vascular. Si el enfermo es encontrado luético se le aplicará, desde luego, el tratamiento respectivo de acuerdo con la pauta indicada en el Título III.

Se insiste en que deben despreciarse en este primer examen todas aquellas investigaciones que vayan a molestar inútilmente al enfermo; sondaje, exploraciones uretrales, ginecológicas, etc., para no realizar sino el examen mínimo ya expuesto.

2.º tiempo.—Si el enfermo es sospechoso o confirmado como pulmonar o cardio-vascular, se le aplicará algunas de las pautas indicadas en los Títulos IV y V de estas Instrucciones, con el objeto de decidir la conducta, la más eficaz y económica que debe seguirse con él, en vista de la recuperación de su vida activa.

3.er tiempo.—Si se considera que el enfermo requiere Reposo

Preventivo pasará a ser juzgado de acuerdo con los antecedentes obtenidos en el segundo tiempo, por la Comisión de Medicina Preventiva.

El examen de salud deberá permanecer estrictamente secreto.

Se insiste sobre la objetividad del examen de salud a que nos hemos referido para que así sea permitido, no sólo su control, sino también hacerlo comparable, en toda la República, y no sujeto ni al capricho ni al criterio particular de cada funcionario.

Con este objeto los médicos de las diferentes Cajas deberán ceñirse estrictamente a las pautas indicadas en estas Instrucciones.

Además, los médicos de las diferentes Cajas deberán iniciar cursos breves de interpretación radiológica del tórax sobre todo en vista del diagnóstico diferencial de los diferentes tipos de tuberculosis incipientes para que cada destino terapéutico sea ajustado junto a la máxima probabilidad de curación, a la máxima economía. En efecto, corresponderá al médico, por lo menos a ciertos médicos calificados, decidir de un tratamiento ambulatorio con reposo parcial o de un tratamiento sanatorial con reposo total según un criterio que signifique cierta uniformidad.

Medidas impuestas por el examen de salud

Criterio epidemiológico

Los enfermos que revele el examen de salud y que pertenezcan a cualquiera de estos tres tipos de enfermedades serán así tratados:

a) Los tuberculosos según la naturaleza, el período de su afección y su estado social, serán tratados en forma ambulatoria o en sanatorios de acuerdo con las normas establecidas y la pauta del Título IV.

Para tratar la afección de acuerdo con un criterio epidemiológico, los servicios de Salubridad, Beneficencia y Asistencia Social se harán cargo preferentemente de los enfermos familiares del tuberculoso asegurado y que ha sido pesquisado. Para esto dicha Dirección establecerá una Central de declaración que irá calificando y solucionando los casos en la medida de sus posibilidades.

b) Los luéticos serán enviados a los servicios organizados para su tratamiento. A su vez para tratar la lúes de acuerdo con un criterio epidemiológico, la Dirección General de Sanidad en relación con las declaraciones respectivas establecidas por los Servicios de

las Cajas, se hará cargo de la profilaxia y del tratamiento familiar respectivo, cuando sea necesario.

c) Los cardio-vasculares, según el caso, serán objeto de cambios de trabajo o de reposo preventivo parcial o total.

El criterio con que debe procederse en este caso es objeto de la pauta indicada en el Título V.

En cuanto a los enfermos que revele el examen de salud y que correspondan a otras afecciones, serán enviados a los Servicios médicos-curativos que actualmente mantienen algunas Cajas o a los Servicios generales de Asistencia Social.

Criterio para otorgar el reposo preventivo

El Reposo Preventivo que representa la posibilidad de seguir gozando del sueldo íntegro durante la recuperación deberá de preferencia ser otorgado a los casos en los cuales esta recuperación se presenta como más probable y completa.

El espíritu de la Ley de Medicina Preventiva es aumentar la probabilidad de vida activa de los enfermos precoces que la Medicina Preventiva ambiental no pudo impedir que se produjeren.

Se insiste en que se trata de aumentar con ella la capacidad productora media del individuo chileno, de disminuir el número de pasivos que produce la no intervención de una oportuna acción eficaz en el comienzo de una enfermedad; de retardar la invalidez prematura que en Chile representa un porcentaje muy grande de pasividad para las Cajas.

El Reposo Preventivo, uno de los instrumentos de esta ley, tiene por objeto además, adaptar al individuo a su capacidad de trabajo. En el caso de las afecciones cardio-vasculares ya establecidas, aunque en su primer período, un Reposo Preventivo Parcial puede prolongar largo tiempo la vida activa del individuo. Representa económicamente un beneficio tanto para la Caja en que impone como para la colectividad en que vive, sobre la que de otro modo pesará un número muy grande de pasivos, lastre inútil y grave para una nación joven. En efecto, no hay que olvidar que todo activo aunque no tenga familia tiene cierto porcentaje de pasivos para quienes trabaja y que hay interés en disminuir.

En resumen, la ley deberá principiar a aplicarse imponiendo un examen de salud objetivo y simple, que tenga en vista principalmente las tres afecciones de anterior referencia y la acción posible

sobre ellas. Es una ley que mira hacia la recuperación de vidas activas y con esto hacia el aumento de la capacidad productora más que hacia la prolongación pura y simple de vidas sin objeto.

Financiamiento del examen de salud y de las medidas que imponga

El financiamiento de la ley da margen a muchas posibilidades.

Las Cajas pueden disponer hasta del 2,5 por ciento de sus entradas brutas para el examen de salud.

Para la Caja de Seguro Obligatorio representa una cifra suficiente para completar sus actuales servicios médicos de manera que este examen se realice en forma sistemática:

1.º Fichando a los individuos en cada establecimiento o institución.

2.º Aprovechando para realizar este fichaje, los enfermos que acuden por afecciones banales.

Para las demás Cajas el 2.5% de las entradas brutas financiando a su vez con la posibilidad de rebajar en un 30% los intereses de los imponentes, es más que suficiente para un examen de salud.

Tomando como ejemplo la Caja de Empleados Particulares, se puede ver cómo este 2.5% además de cubrir los intereses de inversiones en Sanatorios que haga la misma Caja, deja margen para financiar el tratamiento antiluético de los imponentes o enfermos y la estada en los Sanatorios de los imponentes con sueldos bajos, a los cuales la cuota de Reposo Preventivo deberá casi enteramente ser dejada a la familia.

En la Caja de Seguro Obligatorio, que recibe imposiciones menores, que a la vez corresponden a salarios más bajos, el tratamiento antiluético está actualmente consultado en la organización médica coordinada con Sanidad de manera que no representa un nuevo gravamen.

En cuanto al financiamiento de Sanatorios, corresponde a una política de coordinación con Beneficencia que se está estableciendo, según la cual la Asistencia Social pondrá a disposición de la Caja de Seguro Obligatorio, los Hospitales o Sanatorios que la Caja necesite. Esto en lo que toca al financiamiento del examen de salud del tratamiento antiluético y del tratamiento antituberculoso, para el enfermo precoz.

La ley no tiene por objeto financiar el tratamiento de tuberculoso incurable o que no se puede recuperar. Es cierto que el aislamiento de éste representa desde el punto de vista epidemiológico un elemento importante de prevención, pero esto corresponde a medidas de otra índole, con carácter de emergencia, que el Gobierno está estudiando con el objeto de aprovechar las actuales estructuras médicas.

Financiamiento del reposo preventivo

El principal escollo con que se han encontrado los médicos para poder establecer una acción eficaz frente al problema de la tuberculosis incipiente, de los cardíacos y algunas otras enfermedades crónicas susceptibles de curación al comienzo con un reposo impuesto a tiempo, ha consistido en el hecho de que estos enfermos no se encuentran casi nunca, en condiciones económico-sociales tales que les permita curarse.

En efecto, todos o casi todos tienen familia y prefieren agravarse antes de dejar a los suyos sin sustento, ya que el régimen actual de subsidios no representa casi nada en ese financiamiento cuando se trata de una afección larga. El Reposo Preventivo que impone la ley contempla la posibilidad de otorgar Reposo Absoluto con sueldo íntegro al enfermo incipiente recuperable hasta que sea susceptible de volver a una vida de producción activa. Contempla, además, la obligación del patrón de ocuparlo de nuevo sin que en ningún momento el enfermo pierda sus derechos en relación con las leyes del trabajo. Este instrumento económico es decisivo para que la ley dé los resultados que se esperan de ella.

El Reposo Preventivo se financiará con el uno por ciento (1%) de los salarios, de manera que el patrón no está interesado en evitar la aplicación de la ley en sus operarios, ya que fuera de este pequeño gravamen uniforme, no le significa ninguno más.

La redacción primitiva de la ley limitaba el número de plazas de Reposo Preventivo en cada establecimiento al cinco por ciento (5%) de los obreros o empleados que trabajaban en él.

En la actual forma de la ley esta limitación está reducida a un promedio inferior por los fondos a disposición del Reposo Preventivo.

Podría suceder, sin embargo, que en ciertos casos, manteniéndose el promedio provincial bajo, pudieran subir en un determinado establecimiento o faena a una cuota mayor los individuos con este

tipo nuevo de subsidio. Es necesario que esto no se produzca, y para conseguirlo, la repartición del Reposo debe hacerse teniendo presente que en ningún establecimiento o faena se sobrepase este cinco por ciento (5%) de individuos colocados en reposo simultáneamente.

Para evitar todo lo subjetivo que pudiera significar el otorgamiento del Reposo Preventivo de una manera caprichosa y de acuerdo con criterios personales muy respetables, pero que no tienen cabida en una ley que tiende a beneficiar con recursos limitados al mayor número, se establecen normas muy precisas sobre los requisitos objetivos necesarios para imponer dicho Reposo.

TITULO II

INSTRUCCIONES ESPECIALES AL MEDICO EXAMINADOR

El primer tiempo del examen que se realiza a un imponente (asegurado) tiene por objeto determinar si el individuo es sano, si es sospechoso de tener unas lúes, activa o latente, una tuberculosis, o es enfermo de su sistema cardio-vascular, o si tiene alguna enfermedad fácil de descubrir y que requiera tratamiento.

Tanto el interrogatorio como el examen físico deben ser orientados en ese sentido, debiendo ponerse especial atención sobre los antecedentes o síntomas reveladores de alguna de las tres primeras enfermedades, y sólo considerar alteraciones de otra índole que aparezcan a un examen poco detenido.

Del resultado de este examen dependerá que el médico examinador considere sano al imponente o que indique que debe ser examinado con mayor detención en uno de los sentidos señalados, y sometido al tratamiento correspondiente.

Con respecto a sífilis deberán considerarse sus antecedentes personales y sus reacciones serológicas.

Sólo se considerarán antecedentes personales positivos los tres siguientes:

a) Chancro seguido de manifestaciones secundarias.

b) Diagnóstico anterior de lúes en un servicio especializado.

c) Reacciones serológicas intensamente positivas realizadas en laboratorio responsable.

Todo otro antecedente sospechoso de lúes se considerará dudoso.

El resultado de las reacciones serológicas será interpretado así:

Reacciones Positivas: Wassermann †† y †††, Kahn ††, ††† y ††††

Reacciones dudosas: Wassermann † y ± y Kahn † y ±

Con respecto a las enfermedades cardio-vasculares se interrogará acerca de los antecedentes de reumatismo articular agudo o corea que hayan podido originar una alteración cardíaca. Asimismo preguntará acerca de las condiciones de trabajo y los síntomas subjetivos que se presenten que solamente adquirirán todo su valor al ser declarados por el enfermo sin serle sugeridos. El dolor precordial sólo interesa cuando presenta los caracteres clínicos de un angor pectoris. La presencia de disnea en sus diferentes clases, de dolor precordial, etc., deben discriminarse en relación a la capacidad física del sujeto, no solamente en los esfuerzos ligeros y comunes sino en aquéllos un poco más severos que pueden esperarse del examinado, dadas sus condiciones de trabajo, edad y sexo.

Si bien los datos de identificación serán llenados por un auxiliar; la clasificación del trabajo deberá ser hecha por el médico teniendo en cuenta no sólo el trabajo mismo sino su relación a las condiciones físicas del examinado.

Los antecedentes de tuberculosis se investigarán en el sentido familiar y el personal. Se consideran antecedentes familiares intensos la convivencia con tuberculosos que pueden ser fuente de contagio masivo y solamente positivos el hecho de tener familiares enfermos o muertos de tuberculosis aunque sin esta convivencia manifiesta.

Se considerarán antecedentes personales positivos el diagnóstico anterior de tuberculosis por médico o establecimiento responsable, el hecho de haber presentado en los últimos cinco años antecedentes de primo-infección (pleuresía, eritema nudoso, etc.), y la hemoptisis franca. Se evitará toda sugerencia al enfermo sobre todo acerca de los síntomas subjetivos y se tendrá presente, para eliminarla, toda posibilidad de simulación.

En el examen físico es necesario estudiar el estado del corazón y del pulmón. Si el examen radiológico ha sido hecho con anticipación, bastará una simple auscultación.

El pulso y la presión arterial deberán ser tomados en reposo y al final del examen, con el objeto de disminuir al máximo las posibilidades de alteración por el esfuerzo o por la emoción. La presión arterial deberá tomarse de preferencia con aparato de mercurio. En

caso de no disponerse sino de un manómetro anaeroide, éste deberá ser controlado periódicamente con uno de mercurio.

Se hará además una inspección general rápida y se anotarán los síntomas que en ella se encuentren.

La intención de este primer tiempo del examen es obtener el máximo de rendimiento posible compatible con una buena atención del candidato a examinar sin pretender agotar el diagnóstico, sino solamente reconocer su estado de salud actual en relación con las enfermedades más importantes, motivo de la Ley de Medicina Preventiva.

Recomendaciones para el examen radiológico del tórax

En el examen radiológico del tórax deberá observarse sistemáticamente:

a) En posición dorso ventral: diafragmas, su posición y movimientos; senos pleurales; hilios; pulmón derecho de vértice a base; izquierdo en iguales condiciones y comparación de ambos campos; sombra cardíaca; pedículo vascular (aspecto y densidad de la aorta).

b) Rotación del tronco con las manos sobre la cabeza hasta posición trasversal. Estudiar la naturaleza de imágenes nodulares hiliares, espacio retrovascular, sombras auriculares y de dilatación aórtica.

El resultado del examen se anotará en la ficha siguiendo esta pauta:

a) *Sombra cardíaca:* normal o aumentada. Aspecto del aumento.

b) *Aorta:* ancho y densidad de la sombra.

c) *Senos pleurales:* libres u ocupados. Densidad del elemento que los ocupa (línea, velo, sombra, masa) y su extensión (forma de la imagen a que da lugar).

d) *Hilios:* visibles o no. Si son visibles: análogos o dispares. Elementos que los constituyen, (nódulos-sombras); tamaño, forma y número de los nódulos (¿son de volumen análogo?) (¿de densidad análoga?) ¿predominan elementos lineares o sombras? ¿son estas últimas homogéneas o no?

e) *Parenquima:* imágenes lineares de carácter patológico. Nódulos (finos, medianos o gruesos) velos, sombras, masas con o sin espacio claro imágenes cavitarias o aéreas o hidroaréreas, otras imágenes.

Será necesario tomar radiografías sólo en los casos siguientes:

a) Imagen radioscópica dudosa;

b) Imagen radioscópica positiva con elementos diversos de diferenciación parcial o imposible;

c) Imagen radioscópica negativa en individuos con sospechas clínicas importantes, si así lo pide el médico examinador.

Criterio para realizar la clasificación del individuo

1) *Sano.*—Se considerará todo individuo que no presente ni en los antecedentes ni en el examen motivo para un estudio posterior.

2) Requiere un examen posterior y tratamiento con respecto a sífilis:

a) Todo aquél que tenga antecedentes positivos de lúes;

b) Todo aquél que presente reacciones serológicas positivas o dudosas.

3) Requiere un examen posterior y tratamiento con respecto a tuberculosis:

a) Todo aquél que tenga antecedentes personales de tuberculosis en los últimos cinco años;

b) Todo aquél que tenga lesiones pulmonares sospechosas de tener origen bacilar, constatadas en la radioscopía o el examen clínico;

c) Los que teniendo antecedentes familiares intensos (de contagio masivo) presenten síntomas generales sospechosos de impregnación bacilar, aun cuando la radioscopía y el examen clínico sean negativos.

4) Requieren un examen posterior y tratamiento con respecto a su estado cardio-vascular:

a) Todo aquél que tenga antecedentes personales claros de Reumatismo articular agudo o corea;

b) Todo aquél que tenga síntomas clínicos o radiológicos de alteración cardio-vascular;

c) Todo aquél que tenga presión arterial máxima superior a 15 cm. de mercurio con método auscultatorio o palpatorio (respectivamente 16 cm. con método oscilatorio) siempre que el ascenso de la presión no pueda ser atribuído al esfuerzo o a la emoción.

5) Se enviará a Medicina Curativa, en las Cajas que dispongan de estos servicios, todo aquél que presente al examen clínico somero síntomas importantes de alguna lesión no especificada anteriormente y que requiera tratamiento.

TITULO III

ESTUDIO Y CONDUCTA EN LOS ENFERMOS SIFILITICOS

Frente a un probable luético descubierto por el primer tiempo del examen de salud pueden presentarse las siguientes situaciones, que obligan a una norma de conducta diversa:

I. Lúes primaria o secundaria florida.
II. Reacción serológica positiva y antecedentes positivos.
III. Reacción serológica positiva y ausencia de antecedentes.
IV. Reacción serológica negativa y antecedentes positivos.
V. Reacción serológica dudosa y antecedentes dudosos.

Para este objeto se considerarán:

Antecedentes positivos:

a) Diagnóstico anterior de lúes, en algún servicio especializado.
b) Chancro seguido de manifestaciones cutáneas generalizadas.
c) Reacciones serológicas francamente positivas, realizadas por laboratorio responsable.

Reacciones serológicas positivas:

Wassermann ++ y +++
Kahn ++, +++ y +++

Reacciones serológicas dudosas:

Wassermann + y ±
Kahn + y ±

Conducta

I. Tratamiento específico intenso, de acuerdo con alguna de las dos pautas anexas.

II. A. Enfermo en tratamiento, continuarlo de acuerdo con la pauta.

B. Lúes reciente, proceder en la misma forma que I; (pero comenzando en la segunda serie de arsenicales).

C. Antiguas. Requieren un tratamiento continuado por varios años, con períodos de descanso, usando arsenicales cada vez que no haya alteraciones viscerales. Deberán tratarse de acuerdo con las características de cada caso.

III. Repetición del examen haciendo a lo menos reacciones de Wassermann y Kahn.

A. Si ambas resultan francamente positivas, proceder como en el II.

B. Si resultan débilmente positivas o hay disociación entre las dos reacciones, el médico deberá agotar la investigación clínica (punciones ganglionares, ex. de líquido cefalorraquídeo, tratamiento de prueba, etc.).

IV. A. Si de los antecedentes se desprende que se trata de una lúes indudable y reciente, proceder como en el II.

B. En caso contrario deberá realizarse una reactivación en la siguiente forma:

Neo-Arsolán 0.15, 0.30 y 045, una inyección endovenosa cada cinco días. Cinco días después de la última inyección, practicar una primera reacción de Wassermann y de Kahn. Si persisten negativas, repetir los exámenes después de una semana. Si son nuevamente negativas, repetir los exámenes después de una semana. Si las reacciones resultaren positivas, se procederá como en el caso II, B o C, según los casos.

V. Se procederá como en el IV B.

Vigilancia de la marcha del tratamiento antisifilítico

Durante la marcha de un tratamiento antisifilítico deberá realizarse una observación especial del paciente desde los siguientes puntos de vista:

1.º Síntomas que siguen inmediatamente a una inyección de Neo.

a) Micro-molestias: sensación de olor y sabor característicos, náuseas que pueden llegar al vómito.

b) Crisis nitritoides ya sea en forma de fenómenos vasculares leves, congestión de la cara, estado lipotímico pasajero o con manifestaciones francas: estado lipotímico duradero, vaso-dilatación arterial, pulso rápido y filiforme.

II. Síntomas que se presentan algunas horas después.

Síntomas de "choc" hemoclásico (como el que puede seguir a cualquier inyección intravenosa), palidez, escalofrío, pulso filiforme y rápido, transpiración fría, enfriamiento de las extremidades, a veces cefáleas, fiebre, vómitos y diarrea.

III. Síntomas tardíos que deben ser buscados:

a) *Erupciones cutáneas y lesiones mucosas.* Toda erupción cutánea que puede ser atribuída a Neo o Bismuto, exigirá el control del médico.

Conviene recordar que las manifestaciones de diverso orden, y pueden ser los llamados fenómenos de Biotropismo (herpes furunculosis, líquenes, erisipela, etc.) o eritema del 9.° día (aspecto de cuadro infeccioso agudo con hipertermia y erupción generalizada), reacciones congestivas locales, exantemas fijos, urticarianos, eczematosos o eritrodermia, etc., en el caso de ser bebidas al arsénico; y eritrodermias benignas y eritemas variados, en el caso del bismuto.

La mucosa bucal puede ser sitio de inflamaciones (estomatitis bismútica o mercurial), las encías pueden presentar depósito de metal (ribete gingival bismútico). Ligeras erosiones en la mucosa bucal puede ser el primer síntoma de una agranulocitosis (fórmula leucocitaria).

La aparición de la estomatitis puede evitarse en una proporción importante, realizando durante todo el tiempo del tratamiento un aseo cuidadoso de la boca.

b) *Compromiso hepático.* Subictericia, ictericia franca (examen periódico de las conjuntivas).

c) *Compromiso renal.* Albuminuria de más de 1‰ de albúmina verdadera o acompañada de cilindruria (examen periódico de la orina a este respecto).

d) *Compromiso del estado general.* Enflaquecimiento, anemia, disminución de defensas (control quincenal del peso y observación general) cianosis de los labios.

IV. *Complicaciones graves,* cuya sintomatología aparece claramente. Eritrodermia, atrofia amarilla aguda del hígado, agranulocitosis, púrpura celebri, melanodermias arsenicales.

Conducta

La presentación de cualquiera de estos trastornos obliga a una conducta diversa:

I a) y II. Permiten, por lo general, proseguir el tratamiento, pero es necesario extremar las precauciones del caso. Algunos de estos incidentes pueden agravarse con las dosis siguientes o ser el anuncio de cuadros más serios. La supervigilancia y estudio de cada caso son, pues, de rigor.

I b). La crisis nitritoide en cualquiera de sus formas exige la suspensión definitiva del tratamiento arsenical.

III a). Toda aparición de manifestaciones cutáneas obliga a la suspensión inmediata del tratamiento por el practicante y al envío del paciente al control del médico, quien deberá ordenar la forma de continuar el tratamiento, suspendiendo el medicamento causal.

La estomatitis mercurial o bismútica obliga a la suspensión del medicamento responsable.

La aparición de síntomas sospechosos de agranulocitosis obliga a suspender el tratamiento y solamente se podrá continuar, bajo la responsabilidad del médico, después de conocidos los resultados del examen hematológico.

III b). La aparición de una ictericia en el curso del tratamiento obligará a la suspensión del arsenical, salvo que claramente se trate de una hepatitis luética secundaria en que la ictericia se desarrolla al mismo tiempo que manifestaciones secundarias visibles.

La cura arsenical que se ordene en una hepatitis luética debe ser en todo caso controlada por exámenes periódicos de la tasa de bilirrubina en la sangre.

III. c) Aunque este compromiso puede presentarse con cualquiera de los medicamentos, es necesario tener presente que es el mercurio el que ataca con mayor intensidad al riñón y que le siguen en orden de importancia decreciente el Bismuto y el Arsénico.

Debe, por consiguiente, en estos casos, continuarse el tratamiento suprimiendo en primer lugar el medicamento a que se atribuye.

III. d) Entre los distintos medicamentos es el Bismuto el que ocasiona con mayor frecuencia trastornos del estado general. Su empleo debe hacerse con cautela y aun suprimirse en caso que estos trastornos se presenten (cianosis de los labios).

IV. Estos casos indican la suspensión absoluta de la medicación responsable y el enfermo pasa a constituir un caso clínico. La reanudación del tratamiento debe ser consultada a un especialista en Sifilografía.

Contraindicaciones del tratamiento arsenical

1) Insuficiencia cardíaca.
2) Lesiones vasculares avanzadas. En todo enfermo vascular deberá ser meditado el uso de este medicamento, y si se decide emplearlo será necesario controlar su estado general y la marcha del tratamiento con mayor rigurosidad que la habitual.
3) Enfermedades infecciosas agudas y su convalecencia.
4) Estados de miseria fisiológica.
5) Enfermedades avanzadas de la nutrición y de las glándulas endocrinas, en especial hipertiroidismo e insuficiencia suprarrenal. En toda enfermedad de este grupo deberá procederse como en 2).
6) Algunas formas de tuberculosis. El tratamiento antisifilítico de un tuberculoso deberá ser hecho por el tisiólogo, porque depende de las circunstancias de su enfermedad.
7) Senilidad.

Contraindicaciones del tratamiento Bismútico y Mercurial

1) Mal estado dentario. Antes de usar estos medicamentos el enfermo deberá tratarse todas las caries.
2) Nefropatías agudas y crónicas.
3) Tuberculosis. Vale la observación 6) del párrafo anterior.
4) Estado de miseria fisiológica.

PRECAUCIONES QUE ES NECESARIO TOMAR PARA LAS INYECCIONES DE MEDICAMENTOS ANTISIFILÍTICOS

A) *Neo-Arsolán* (vía intravenosa).
1) La inyección debe practicarse a lo menos tres horas después de una comida y una hora antes de ingerir alimentos.
2) El paciente deberá estar en reposo, cómodamente sentado, al menos media hora antes de la colocación de la inyección.
3) Inmediatamente antes de iniciar los preparativos de la inyección el enfermo debe recibir X gotas de solución de Clorhidrato de Adrenalina al 1‰ bajo la lengua.
4) Durante la inyección, el enfermo debe estar en decúbito dorsal o a lo menos sentado cómodamente.
5) El medicamento debe ser disuelto inmediatamente antes de su colocación, sin calentar el agua ni agitar violentamente. Está absolutamente prohibido preparar grupos de inyecciones para ser colocados a varios pacientes.
6) La inyección debe hacerse lentamente. No debe demorarse menos de un minuto para las dosis bajas y no menos de dos minutos para las dosis altas.
7) Terminada la inyección, el paciente deberá descansar cómodamente durante, al menos, diez minutos.

B) *Compuestos insolubles de Bismuto* (vía intramuscular):
1) La inyección debe realizarse en masas musculares importantes, de preferencia en la región glútea.
2) La inyección debe realizarse profundamente y colocarse con lentitud.
3) En los casos de individuos que realicen trabajos que los obliguen a estación prolongada de pie, marchas prolongadas, etc., conviene hacer la inyección después de terminado el trabajo, de manera que su reposo coincida con las primeras horas que siguen a la inyección.

Esquema de tratamiento continuo para la sífilis reciente, primaria y secundaria en un individuo normal menor de 45 años y mayor de 20, que no presente contraindicaciones:

Semana de tratamiento	Dosis de medicamento: Neoarsolán (cgs.)	Bismuto (gms.)	CURAS TOTALES
1.ª semana	15+30+45 (*)	0.20 x 2	Hidróxido de Bismuto: VII am.—
2.ª	60+75	0.20 x 2	=160 g.
3.ª	75	0.20 x 2	
4.ª	75	0.20 x 2	1) Elevar la dosis a 0.90 por inyec.
5.ª	75	——	en casos de individuos de peso su-
6.ª	75	——	perior a 75 Kgs. sin síntomas de
7.ª	75	——	obesidad. Disminuir las dosis en
8.ª	75	——	los casos de peso bajo considerando que la dosis máxima es de 1.5 cgm. por Kg. de peso. Dosis total de Neo 6.75 g.
9.ª	——	0.20 x 2	
10.ª	——	0.20 x 2	
11.ª	——	0.20 x 2	Hidróxido de Bismuto: VIII amp.
12.ª	——	0.20 x 2	=160 g.
13.ª	15 + 30	——	
14.ª	45 + 60	——	
15.ª	60	——	Vale la Nota 1) subiendo res-
16.ª	60	——	pectivamente a 0.75.
17.ª	60	——	Dosis total de Neo 5.70 g.
18.ª	60	——	
19.ª	60	——	
20.ª	60	——	
21.ª	60	——	
22.ª	——	0.20 x 2	
23.ª	——	0.20 x 2	Hidróxido de Bismuto XII amp.
24.ª	——	0.20 x 2	=2.4 g.
25.ª	——	0.20 x 2	

(*) Esta primera serie de Bismuto tiene por objeto acelerar el blanqueo. Tiene, sin embargo, el inconveniente de enmascarar la arseno resistencia (muy rara). El Médico puede suprimirla si lo estima conveniente.

26.ª	——	0.20 x 2	
27.ª	——	0.20 x 2	
28.ª	30 + 45	——	Vale la Nota 1) subiendo res-
29.ª	60	——	pectivamente a 0.75.
30.ª	60	——	
31.ª	60	——	Dosis total de Neo: 5.55 g.
32.ª	60	——	
33.ª	60	——	
34.ª	60	——	
35.ª	60	——	
36.ª	60	——	
37.ª	——	0.30 x 2	Yodobismutato de Quinina
38.ª	——	0.30 x 2	XVI amp.=4.80 g.
39.ª	——	0.30 x 2	
40.ª	——	0.30 x 2	
41.ª	——	0.30 x 2	
42.ª	——	0.30 x 2	
43.ª	——	0.30 x 2	
44.ª	——	0.30 x 2	
45.ª	30 + 45	——	Vale la Nota 1) subiendo res-
46.ª	60	——	pectivamente a 0.75.
47.ª	60	——	
48.ª	60	——	Dosis total de Neo: 5.55 g.
49.ª	60	——	
50.ª	60	——	
51.ª	60	——	
52.ª	60	——	
53.ª	60	——	
54.ª	——	0.30 x 2	
55.ª	——	0.30 x 2	Yodobismutato de Quinina
56.ª	——	0.30 x 2	XVI amp.=4.80 g.
57.ª	——	0.30 x 2	
58.ª	——	0.30 x 2	
59.ª	——	0.30 x 2	
60.ª	——	0.30 x 2	
61.ª	——	0.30 x 2	

Una vez terminado el tratamiento, el enfermo deberá continuar sometido a observación clínica y serológica, que no deberá ser inferior a 3 años.

Esquema de tratamiento discontinuo para la sífilis reciente, primaria y secundaria en un individuo normal menor de 45 años y mayor de 20, que no presente contraindicaciones:

Semana de tratamiento	Dosis de medicamento: Neoarsolán	Bismuto	Curas totales
1.ª sem.	15+30+45	0.20 x 2	Vale Nota 1 del esquema continuo.
2.ª	60+75	0.20 x 2	
3.ª	75	0.20 x 2	**Primera serie**
4.ª	75	0.20 x 2	
5.ª	75	0.20 x 2	Neo: 6.75 g.
6.ª	75	0.20 x 2	Hidróxido de Bismuto: XII amp.
7.ª	75	——	
8.ª	75	——	
9.ª	——	——	
10.ª	——	——	Descanso de 3 semanas.
11.ª	——	——	
12.ª	15+30	——	**Segunda serie**
13.ª	45+60	——	
14.ª	75	0.20 x 2	Neo: 6 g.
15.ª	75	0.20 x 2	Hidróxido de Bismuto: XII amp.
16.ª	75	0.20 x 2	
17.ª	75	0.20 x 2	
18.ª	75	0.20 x 2	
19.ª	75	0.20 x 2	
20.ª	——	——	
21.ª	——	——	Descanso de 4 semanas.
22.ª	——	——	
23.ª	——	——	**Tercera serie**

24.ª	15+30	0.30 x 2	
25.ª	45+60	0.30 x 2	Neo: 6 g.
26.ª	75	0.30 x 2	Yodobismutato: XVI amp.
27.ª	75	0.30 x 2	
28.ª	75	0.30 x 2	
29.ª	75	0.30 x 2	
30.ª	75	0.30 x 2	
31.ª	75	0.30 x 2	
32.ª	——	——	
33.ª	——	——	Descanso de 4 semanas.
34.ª	——	——	
35.ª	——	——	
36.ª	15+30	——	**Cuarta serie**
37.ª	45+60	——	
38.ª	60	0.20 x 2	Neo: 5.10 g.
39.ª	60	0.20 x 2	Hidróxido de Bismuto XII amp.
40.ª	60	0.20 x 2	
41.ª	60	0.20 x 2	
42.ª	60	0.20 x 2	
43.ª	60	0.20 x 2	
44.ª	——	——	
45.ª	——	——	Descanso de 4 semanas.
46.ª	——	——	
47.ª	——	——	**Quinta serie**
48.ª	15+30	0.30 x 2	
49.ª	45	0.30 x 2	Neo: 4.50 g.
50.ª	60	0.30 x 2	Yodobismutato: XVI amp.=
51.ª	60	0.30 x 2	
52.ª	60	0.30 x 2	
53.ª	60	0.30 x 2	
54.ª	60	0.30 x 2	
55.ª	60	0.30 x 2	

Lo mismo que para el tratamiento continuo, una vez éste terminado, el paciente deberá continuar sometido a una observación serológica y clínica que en ningún caso deberá ser inferior a 3 años.

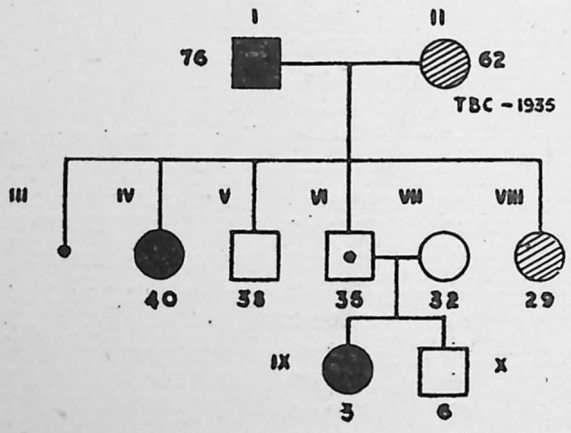
TITULO IV

ESTUDIO Y CONDUCTA DE LOS TUBERCULOSOS

El examen tisiológico se efectuará en todos aquellos individuos que el primer tiempo del examen de salud ha señalado como sospechoso de ser portadores de una lesión bacilar.

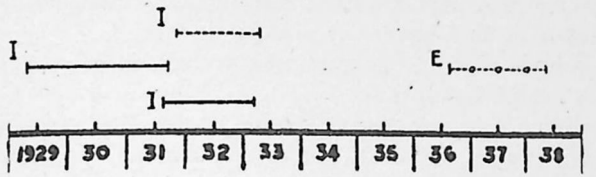
El criterio orientador general debe tener por objeto precisar la existencia o nó de la lesión sospechada y su estado de actividad o de evolutividad con miras a su terapéutica posible.

Dada la importancia de los antecedentes en las afecciones tuberculosas se deberá interrogar a fondo sobre los antecedentes familiares relacionados con la afección. Con este objeto anotará el cuadro familiar de acuerdo con el siguiente esquema:



I) padre que murió a 76 años; II) madre de 62 años enferma, tuberculosa desde 1935; III) aborto; IV) hermana muerta a 40 años; V) hermano sano de 38; VI) asegurado objeto del examen; VII) mujer de 32 años sana; VIII) hermana de 29 años enferma; IX) niña muerta a los 3 años, hija del asegurado; X) hijo sano de 6 años.

Se investigará, asimismo, los datos de contagio diferenciando los masivos de los paucibacilares, los intrafamiliares de los extrafamiliares y los continuos de los discontinuos. Se indicará esquemáticamente en la ficha de acuerdo con la siguiente pauta que facilita la lectura de los datos:———contagio masivo continuo..... contagio paucibacilar continuo: la inicial I, significa intrafamiliar, la E, extrafamiliar: ..... masivo discontinuo: .....o.....o..... paucibacilar discontinuo.



(Contagio intrafamiliar masivo continuo desde IV, 1929 a IX, 31: intrafamiliar discontinuo desde VIII, 31 a III, 33 y masivo continuo desde XI, 31 a IV, 33: contagio extrafamiliar paucibacilar discontinuo desde VIII, 36 a IV, 38),

Por último, se estudiarán los antecedentes mórbidos personales, especialmente aquéllos que puedan tener un origen bacilar, tanto de carácter ganglionar como broncopulmonar.

Se investigará con detenimiento sobre la presencia de signos funcionales (enflaquecimiento, tos, taquicardia, disnea, expectoración, hemoptisis, etc.).

Se practicará en todo sospechoso de tuberculosis una investigación de la alergia con la Reacción de Pirquet y si la prueba es negativa a las 48 horas, una Reacción de Mantoux.

La baciloscopía estará indicada en aquellos casos en que el médico la juzgue necesaria, con el objeto de apreciar la existencia o no de evolutividad de una lesión, pues la comprobación de bacilos de Koch en un proceso activo obliga a considerar la lesión como evolutiva.

Para la investigación se recurrirá al examen directo (no menos de 10 minutos de observación). Si resultare negativo, al cultivo y cuando sea posible a la inoculación. Si no existe esputo se hará la investigación en el contenido gástrico, con el mismo criterio.

Después de practicados los exámenes radiológicos y físicos necesarios deberá pronunciarse sobre el grado de actividad o evolutividad de la lesión, con una discriminación del conjunto de datos obtenidos.

El grado de actividad puede apreciarse por los siguientes síntomas:

Funcionales: Enflaquecimiento, tos, temperatura, transpiración, taquicardia, expectoración, hemoptisis, disnea.

A este respecto hay que recordar que la disnea (eliminando los procesos de fibrosis intensa y otras causas no tuberculosas de disminución de la hematosis) es un indicio de actividad. Que la tos puede ser debida a procesos inactivos y que su ausencia no excluye la posibilidad de una lesión activa. Que la hemoptisis franca es un signo de actividad y que la existencia de hemoptisis y disnea es un indicio de evolutividad.

Pero debe considerarse que a pesar de que cada síntoma tiene una significación propia, es sólo el conjunto clínico el que permite formarse un juicio.

Físicos: Soplos y ruidos agregados, eliminando otras causas patológicas o constitucionales que puedan producirlos.

Radiológicos: Proceso de primoinfección en reabsorción parcial con imagen de tipo exudativo parenquimatosa o de localización hiliar; procesos de reinfección de tipo exudativo, homogéneos y localizados; procesos de tipo mixto, de tipo exudativo e indurado; procesos de tipo indurado extensos y densos de la zona ápico-clavicular.

El grado de evolutividad puede apreciarse por la acentuación de los síntomas de actividad.

Calificación de los casos

1) *Sanos:* Individuos que en el primer examen presentan antecedentes o signos sospechosos y que no se ven confirmados por este examen.

2) *Sospechosos:* a) Individuos en los cuales no se encuentra nada al examen clínico completo, pero que actualmente conviven con tuberculoso.

b) Individuos que a la radiología presentan procesos apicales (imágenes lineares densas con o sin imágenes de tipo exudativo o indurado asociadas).

c) Individuos que presentan hiperergia tuberculínica.

3) *Confirmados:* Todos aquéllos en quienes se encuentra en este examen una lesión activa o evolutiva de origen bacilar.

Distinguimos en ellos tres grados:

Grado I.—Formas activas de primoinfección.

Formas induradas de reinfección sin síntomas clínicos de actividad.

Grado II A.—Formas induradas de reinfección con síntomas clínicos de actividad.

Formas activas mixtas y exudativas de reinfección.

Grado II B.—Formas evolutivas de primoinfección.

Formas evolutivas iniciales de reinfección.

Grado III.—Formas evolutivas avanzadas de reinfección.

Conducta

Sospechosos: Observación cada cuatro-seis meses (4-6 meses). Si después de un año de observación todos los exámenes de control son negativos, se considerarán sanos.

Confirmado grado I.—Cura activa sin reposo salvo casos muy calificados. Observación cada uno-dos meses (1-2 meses).

Confirmados, grado II A.—Reposo Preventivo Parcial por tres o cuatro meses (3-4 meses), y cura activa.

Renovación del reposo en caso necesario.

Confirmados grado II B.—Reposo Preventivo Total y cura activa. En los casos de enfermos con formas iniciales evolutivas de reinfección que a pesar de este tratamiento no se hagan recuperables a los tres o cuatro meses (3-4 meses) pasará a considerárselos como confirmados del Grado III, sometidos a las condiciones generales de la medicina curativa.

Confirmados grado III.—Cura activa en las condiciones generales de la medicina curativa. Si sus lesiones tienen tendencia franca a la mejoría pasarán a ser considerados Grado II B.

TITULO V

ESTUDIO Y CONDUCTA EN LOS ENFERMOS CARDIOVASCULARES

Este examen especializado debe realizarse en todos aquellos individuos que el primer tiempo del Examen de Salud ha calificado como sospechosos de estar afectos de una enfermedad cardiovascular. El criterio orientador general debe tener por objeto buscar y precisar la afección causal y su estado de desarrollo, y el estado actual de su función circulatoria, para recurrir a todos los medios que con-

duzcan al mayor ahorro de las fuerzas de reserva del corazón, para que el enfermo pueda sacar partido de dicha fuerza durante el mayor tiempo posible.

Por consiguiente, la ficha se ocupa solamente de aquellos pacientes que son capaces de desempeñar sus actividades en el sitio del trabajo.

Se interrogará con detención acerca de los antecedentes de reumatismo articular agudo o corea, las fechas de aparición de las diversas crisis y el tratamiento efectuado en cada una de ellas; las infecciones focales capaces de producir o agravar una alteración cardíaca ya sean dentarias, amigdalianas o blenorrágicas, insistiendo en el número de focos, fecha de aparición, relaciones con la lesión cardiovascular, tratamiento, etc. Asimismo se investigarán las posibles relaciones de la afección presente con otras enfermedades infecciosas anteriores como el tifus y paratifus, escarlatina, difteria, etc.

Los diversos síntomas en relación con las condiciones del trabajo que el paciente desarrolla y los síntomas subjetivos que él espontáneamente declare deberán ser discriminados por todos los medios posibles para evitar la simulación, incluso practicando alguna prueba de esfuerzo si se la considera necesaria.

Una vez interrogado y examinado el enfermo el médico deberá, en lo posible, llegar a un diagnóstico del caso en sus tres aspectos, fisiopatológico, anatómico y etiológico, según la clasificación que a continuación se expone:

Diagnóstico fisiopatológico

1) *Trastornos del ritmo cardíaco.*

Arritmia sinusal (respiratoria o no).

Arritmia extrasistólica, definida por la historia, auscultación y examen del pulso.

Arritmia completa, paroxística o permanente, unidas siempre a signos de insuficiencia cardíaca a veces en grado mínimo. Se diagnostica por el examen del pulso.

Taquicardia sinusal o paroxística. Se diagnostica por la historia y el pulso.

Bradicardia sinusal o por disociación aurículo-ventricular ya sea completa o incompleta.

Pulso alternante (pronóstico malo próximo).

2) *Insuficencia cardíaca* (izquierda, derecha o total). Disnea, ortopnea, estertores de las bases pulmonares, cianosis; además, congestiones viscerales, oliguria, hidrotórax, etc.

3) *Sindroma anginosa.* El diagnóstico se basa en la anamnesis del enfermo y en caso de sospechas de simulación se tratará de provocarla con una prueba de esfuerzo.

4) *Hipertensión arterial.* Es esencial o sintomática.

La presión arterial será medida estando el sujeto en reposo para que desaparezca toda fluctuación de tipo emotivo.

Mientras no estemos en condiciones de saber con exactitud las medidas normales chilenas consideramos como tales las cifras clásicas.

Cifras en un aparato de Hg: Mx normal 11 a 15, Mn normal 6 a 9, hipertensión diastólica sobre 10.

(En un aparto de tipo Pachon-Gallavardin un cm. más).

Existen casos normales con 16 cms. de presión Mx que se distinguen de la hipertensión esencial por tender esta última al aumento progresivo.

Pueden presentarse tres casos diversos:

1) Hipertensión sistólica e hipotensión diastólica de la insuficiencia aórtica y de la ectasia aórtica, hipertiroidismo, menopausa, disociación aurículo ventricular.

2) Hipertensión sistólica e hipertensión diastólica de la hipertonia vascular, esencial o sintomática.

3) Hipotensión sistólica relativa e hipertensión diastólica de la insuficiencia del miocardio provocada por una enfermedad hipertensiva anterior.

Diagnóstico anatómico

1) *Valvulopatías crónicas,* diagnosticables por los soplos característicos y las variantes en el tamaño y forma del corazón; por las sensaciones táctiles en la estenosis aórtica y en la estenosis mitral.

(Todo soplo diastólico es orgánico. El soplo sistólico de la base generalmente no tiene importancia, el de la punta es orgánico o funcional).

2) *Aortitis,* con o sin dilatación. Kahn o Wassermann positivo. En la primera, aumento del área aórtica, ruido sistólico, segundo tono metálico, angina por esfuerzo, opresión, disnea paroxística. En la segunda dominan los síntomas funcionales. La primera puede preceder al Hodgson. Si el enfermo es sifilítico la aortitis debe ser

considerada hasta que no sea excluída. Hay que tener presente que la sombra aórtica no está alterada muchas veces y existe una sintomatología indudable. Debe recordarse que la aortitis clásica sólo toma la porción suprasigmoidea y una pequeña parte del cayado de la aorta.

3) *Aneurisma de la aorta,* con o sin insuficiencia aórtica, es decidido a la pantalla, presenta pulsaciones localizadas a la región aórtica, puede comprimir los bronquios, provoca, a veces, parálisis del recurrente, desigualdad de los pulsos y de la presión Wassermann y Kahn positivos.

4) *Arteriosclerosis y otras afecciones arteriales.*

5) *Miocardosis* (consecuencia de procesos inflamatorios degenerativos y de trombosis coronaria arteriosclerótica). Produce primer tono apagado, corto, prolongado, desdoblado, arritmias de diversos tipos, ritmo de galope, alteraciones de la curva electrocardiográfica.

6) *Hipertrofia cardíaca,* unida a la hipertensión.

7) *Enfermedades del pericardio.*

Diagnóstico etiológico

1) *Enfermedad reumática* que comprende la poliartritis reumática, el corea y las diversas valvulopatías reumáticas.

2) *Sífilis* que provoca aortitis y aneurisma de la aorta. Consultar ficha de lúes.

3) *Arteriosclerosis* que localizada al corazón provoca trombosis coronaria y miocardosis.

4) *Hipertensión arterial esencial* que provoca hipertrofia cardíaca con o sin dilatación y regeneración miocárdica.

5) *Nefritis* que provoca hipertensión arterial e hipertrofia, dilatación y degeneración miocárdica.

6) *Afecciones del aparato respiratorio.*

7) *Anemia* y otras enfermedades de la sangre.

8) *Enfermedades del cuerpo tiroides* que provocan taquicardia permanente o paroxística.

9) *Infecciones varias* que producen valvulopatías, degeneraciones miocárdicas. En este grupo se comprenden las infecciones focales.

10) *Intoxicaciones habituales:* tabaco y café, que pueden explicar extrasístoles y ataques de angina.

11) *Trabajos inadecuados* forzados para el tipo constitucional del sujeto y sobreentrenamiento deportivo.

12) *Otros factores etiológicos* (por especificar).

Clasificación del caso

Para los efectos de la conducta terapéutica los cardíacos se clasifican en: Sano, sospechoso, latente y confirmado.

1) *Sano.*—Individuo que presentaba síntomas sospechosos en el primer tiempo del examen, este examen especializado no los confirma.

2) *Cardíaco sospechoso.*—Individuo que presenta síntomas o signos que habitualmente tienen los enfermos cardio-vasculares; pero en el cual el diagnóstico de afección cardiovascular es incierto.

3) *Cardíaco latente.*—Individuo sin enfermedad circulatoria actual a quien es conveniente seguir observando porque figura en sus antecedentes un factor etiológico que da con frecuencia lugar a trastornos cardiovasculares (R. A. A. corea, lúes, nefritis crónica).

4) *Cardíaco confirmado.*—Individuo en el cual no hay duda de que es portador de una afección cardiovascular. Distinguimos tres tipos de enfermos en este grupo.

a) Grado I. Individuo sin limitación de su capacidad física, cuyo rendimiento es comparable a un sano.

b) Grado II A. Individuo cuya capacidad física está ligeramente limitada por disnea, fatiga, dolor precordial y en ocasiones, pequeños síntomas evidentes de insuficiencia cardíaca o alteraciones funcionales importantes.

c) Grado II B. Individuo cuya capacidad física está grandemente limitada de modo que una actividad física menor que la ordinaria causa la aparición de síntomas subjetivos cardiovasculares.

d) Grado III. Individuos con insuficiencia cardíaca permanente en el cual los síntomas aparecen aún durante el reposo. Estos enfermos no son materia de que se ocupa la ley, pero pueden llegar a serlo una vez que se han compensado y pasan al grupo II en cualquiera de sus formas.

El criterio para la separación de los grados I y II es la actividad física que podría esperarse del paciente si tuviera un aparato circulatorio normal, tomando en consideración la edad, peso y hábitos de ejercicio (entrenamiento). No sólo los esfuerzos ligeros y comunes deben tomarse en cuenta para esta apreciación, sino espe-

cialmente aquellos esfuerzos más severos, que si no fuera por la presencia de la afección cardiovascular, podría esperarse que el paciente los ejecutaría sin ningún malestar.

La constatación de congestiones viscerales avanzadas, además mecánicos persistentes o pulso alternante, indica que el paciente pertenece al grupo III.

CONDUCTA

1) *Cardíaco sospechoso.*—Observarlo cada seis meses para precisar si es un verdadero cardíaco o no. Después de 2 exámenes de control negativos será considerado sano.

2) *Cardíaco latente.*—Tratamiento etiológico correspondiente, (salicilado, antiluético, supresión de focos, etc.). Observación cada 6 meses o antes si se hace necesario.

3) *Cardíaco confirmado Grado I.*—Tratamiento preventivo de la insuficiencia cardíaca que además del régimen higiénico-dietético comprende la adaptación del individuo a un trabajo de tipo liviano. Tratamiento etiológico. Observación cada 3 meses.

4) *Cardíaco confirmado Grado II A.*—Curación de la insuficiencia cardíaca. Tratamiento etiológico. Reposo preventivo parcial o cambio de faenas. Observación cada mes, durante el primer tiempo.

5) *Cardíaco confirmado Grado II B.*—Lo mismo que el anterior Reposo preventivo total durante un mes. Si durante este plazo persistieran las congestiones viscerales o se viera que la lesión no evidencia ser recuperable será considerado como grado III y sometido a las normas generales de la medicina curativa.

6) *Cardíaco confirmado Grado III.*—Para aquéllos en que el diagnóstico de insuficiencia cardíaca se impone por sí solo, pasa a medicina curativa para hospitalización y cura activa.

Anótese, comuníquese y publíquese.—ALESSANDRI.—*E Cruz Coke.*

ANEXO IV

FICHAS MEDICAS

El Ministerio de Salubridad, Asistencia y Previsión Social ha preparado fichas destinadas a ser llenadas en cada uno de los tiempos del examen de salud.

En su confección se ha considerado que el médico gaste el mínimum de tiempo y de esfuerzo intelectual al llenarlas, al mismo tiempo que su lectura posterior y análisis estadístico sea fácil.

La ficha 1 del primer tiempo del examen, consta de dos hojas y es doblada al medio de manera que sirva de carpeta en que se guarden las fichas de los tiempos siguientes y las hojas de evolución clínica cuando se requieran. Sólo las dos primeras páginas están impresas según modelo. Las dos restantes pueden tener un destino diferente en cada Caja.

Las fichas 2 de Sífilis; 3 de Tuberculosis y 4 de enfermedades cardio-vasculares, son de una hoja impresa en ambos lados.

A continuación aparecen los facsímiles de las fichas y las instrucciones para ser llenadas. Su tamaño original es de 25 centímetros por 16 centímetros, cada hoja.

1

12 apellido paterno	13 apellido materno	14 nombre	H 15 / M 16	s 17 / c 18 / v 19
20 número cédula identidad		fecha de nacimiento		21 edad
22 patrón o empleador	23 trabajo		a muy lúcido	b lúcido	c pesado	d muy pesado
24 peso kg	25 talla cm	normolíneo	26	brevilíneo	27	longilíneo	28

Σ 29 antecedentes personales	a +	b ?	c −	K 30	W 31				
Tbc. 32 antecedentes personales	a +	b ?	c −	art. familiares 33	a + + +	b +	c ?	d −	
reum. artr. agudo o corea 34 antecedentes personales	a +	b ?	c ·	enflaque.	35 +	resfrios frec.	36 +		
disnea de esfuerzo 37	leve	intenso	disnea de decúbito	38 +	dolor precordial (angor)	39 +	cianosis	40 +	

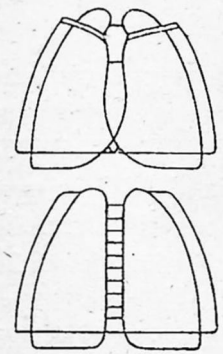
EXAMEN RADIOLOGICO DE TORAX	control mes	control año
sombra cardiaca 41		
aorta 42		
diafragma y senos costodiafragmáticos 43		
hilios 44		
parenquima 45		
radiografía 46		
fecha / nombre del radiólogo 47 / firma del radiólogo 48		

sexo 1 · Σ 2 · Tbc 3 · C.V 4 · masc/cubeti 5 · A masc/pbac 6 · hep. total 7 · hep. parc. 8 · 9 · 10 · Nº ficha 11

EXAMEN FISICO

pulso	49 pcb mun	a reg	b arrit	50 pres art (H d)	H-g 51	52 cardiac	pulp A / dic U / atic L

inspección general 53 / 57

pulmones 58	corazón 59
	

ex. de orina 60

diagnósticos (si los hay) 61

fecha	62 nombre del médico	63 firma del médico

FICHA 1. 1.er TIEMPO

Manera de indicar en la ficha los datos obtenidos

Un auxiliar llenará los cuadros: 12, 13 y 14 que indican el nombre, 15 y 16 el sexo; 17, 18 y 19 el estado civil. Además el 20, 21, 22 y 23 (en este último el médico hará la clasificación correspondiente); el 24 y 25. Anotará también los datos que envíe el Laboratorio (30, 31 y 60), y las fechas (62).

El médico examinador: Marcará con una x el casillero correspondiente a los cuadros 23, (el casillero correspondiente a la clasificación del trabajo); 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39 y 40, considerando que los señalados con (+) corresponden a positivo; (?) a dudosa y con (—) a negativos. En el cuadro 33 la indicación (+++) corresponde a contagio masivo (convivencia con tuberculoso bacilífero) en el último tiempo; y el + a la existencia de enfermos o muertos de tuberculosis en la familia. En los cuadros N.os 36 a 40 sólo marcará el casillero si fueran positivos. En el 35 anotará el número de kilos y se anotará la x si es clínicamente importante.

En el cuadro 49 anotará la frecuencia del pulso por minuto y señalará con una x el casillero correspondiente al ritmo.

En el cuadro 50 se anotará la presión arterial tomada en la humeral derecha. Si no pudiera hacerse en ella se indicará la arteria en que se ha tomado. Se señalará con una x los casilleros correspondientes a aparato.

En los cuadros 55 a 59 anotará con letra clara y legible los síntomas positivos que encuentre.

(Por la rapidez de anotación y claridad de escritura se recomienda utilizar métodos gráficos. En tal caso cada Caja hará

las recomendaciones pertinentes a su personal para que emplee los métodos que se han ya generalizado en el país).

El radiólogo: (o mejor un auxiliar del radiólogo al cual él le dicte) llenará los casilleros 41-45 con los datos que proporcione el examen.

En caso que según lo indicado en las recomendaciones necesite una radiografía hará una X en el casillero 46. El informe de la radiografía se escribirá en la página III (o en página aparte). Anotará además la fecha (47), y firmará en el cuadro N.° 48.

Después de conocer el médico examinador los datos del Laboratorio y el estudio radiológico, anotará en el cuadro N.° 61 los diagnósticos, si los hay y señalará con una X en uno de los casilleros 1 a 5 el destino posterior del examinado, que se desprenda de la aplicación del criterio señalado anteriormente y firmará en el cuadro 63.

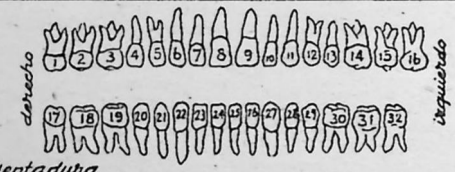
2 Σ

11 apellido paterno	12 apellido materno	13 nombre	14 Nº cédula identidad

	15 fecha	16 localizacion	17 ultramicroscopio a no	b +	c −	d ignora
primaria						
secundaria	18 fecha	19 caracteres				
terciaria	20 fecha	21 caracteres				

22 otros antecedentes y tratamientos realizados

23 dentadura



24 exc. de orina

25 hay alguna alteracion que contraindique el uso de algun medicamento	a si	b no	
26 qué alteracion ?	27 qué medicamento ?		
c hay alguna alteracion que obligue a usar con cuidado algun medicamento	c si	d no	
29 que alteracion ?	30 qué medicamento ?		

31 tratamiento propuesto

1	1º
2	2º
3 a	3º estigmas
3 b	3º visceral
4	latente
5	hereditarios
6	perversiones
7	trast. constitucionales
8	trast. adquiridos
9	trast. especiales
10	Nº ficha

EVOLUCION

fecha	síntomas, etc.	tratamiento	reacciones serológicas	examen de orina

FICHA 2 SIFILIS

Manera de indicar en la ficha los datos obtenidos

El auxiliar llenará los cuadros: N.os 8, 11, 13 y 14 y en el cuadro 24 anotará el resultado del examen de orina que envíe el Laboratorio.

El médico: En el cuadro 15 anotará la fecha (con la precisión que pueda tener) de la manifestación primaria; y en el cuadro 16 su localización. En caso que no haya habido manifestaciones primarias escribirá *no* en los cuadros correspondientes.

Después de interrogar al enfermo si se hizo o no examen ultramicroscópico, marcará con una X en el casillero correspondiente los resultados de esta interrogación. Los casilleros b o c sólo se marcarán en caso que la información del enfermo tenga cierta seguridad, en caso que así no sea marcará el casillero *d*.

En los cuadros 18, 19, 20 y 21 anotará la fecha y caracteres sobre las manifestaciones secundarias y terciarias si las ha habido. En caso que el interrogatorio sea negativo anotará, según el caso *no* o *ignora*.

En el cuadro 22 anotará otros antecedentes que tengan relación con los lúes como, por ejemplo, diagnósticos anteriores o reacciones Serológicas, y los tratamientos que se hayan realizado.

Una vez estudiados los resultados de la ficha 1 y examinado el enfermo deberá responder a las preguntas hechas en los cuadros 25 y 26 haciendo una X en los casilleros correspondientes y anotándola en los cuadros 26, 27, 29 y 30.

En el cuadro 31 anotará el tratamiento que propone después de estudiado todos los antecedentes.

Por último marcará con una X en los casilleros 1 a 4 el diagnóstico de la etapa de la enfermedad en uno de los casilleros 5, 6 ó 7 la forma de tratamiento que ha prescrito.

El dentista: Representará gráficamente en el cuadro 23 el estado de la dentadura, y una vez terminado su tratamiento expresará su autorización para utilizar mercurio o bismuto con un signo convencional y su firma.

3 Tbc.

11 apellido paterno	12 apellido materno	13 nombre	14 Nº cédula identidad

15 edad	16 trabajo	a muy lujoso	b lujoso	c pesado	d muy pesado
17 hábitos					

18 esquema familiar	19 contagio

20 antecedentes patológicos

sano 1
sospechoso 2
I 3
II A 4
II B 5
III 6
a seguir controles 7
a cargo cirugía 8
Nº ficha 9

ENCUESTA SOCIAL

composición de la familia 27

nº miembros dependientes	coef.	total
	1.4	
	1.2	
	1.0	
	0.9	
	0.8	
	0.7	
	0.6	
	0.5	
	total	

28 salario o sueldo $ — diario / semanal / mensual

29 suma de otros salarios de la familia — diario / semanal / mensual

30 salario total $ U.C. y día — a -de $5 | b 5-10 | c 10-20 | d +de 20

31 habitación — a mala | b aceptable | c buena | d muy buena

32 Nº de piezas | 33 Nº de personas por pieza | 34 Nº de pers. que duermen en él

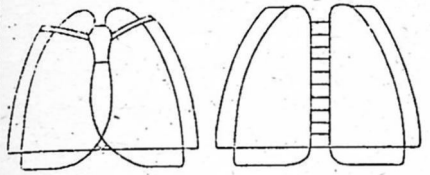
35 carne consumo familiar	36 gms/día	37 gms/día	38 leche consumo familiar	39 gms/día	40 gms/día

41 fecha	42 Dadas las condiciones morales del encuestado ¿Puede darle reposo en su casa?	Si	no
	43 ¿Es necesario que sea la familia la que reciba el subsidio-reposo?	Si	no
nombre y firma	44 Dada la importancia de su trabajo en la fuente ¿Puede trabajar media jornada?	Si	no

BREVE HISTORIA CLINICA

52

EXAMEN CLINICO (ampliación o rectificación de ficha 1)

43 pulmón	44 resto del examen
	

45 R. de pirquet	46 R. de mantoux a 1/100.000	b 1/10.000	c 1/1.000	d 1/100	e 1/10

reacciones post	fecha								47
	resultado								

48 exámenes de laboratorio

49 diagnóstico

50 tratamiento

51 opinión del médico requiere reposo para:	a no	b para el	c total	52 puede reemplazarse el reposo	a no	b por cambio de faena	c sin cambio de actividad

53 fecha	nombre del médico	54 firma

FICHA 3 TUBERCULOSIS

Manera de indicar en la ficha los datos obtenidos

El auxiliar llenará los cuadros: 9, 11, 12, 13, 14 ,15 y 16, este último sin hacer la calificación, lo que corresponde al médico.

El médico: En el cuadro 16 llenará la calificación del trabajo considerándolo en relación con las condiciones físicas del examinado y marcará con una X el casillero correspondiente.

En el cuadro 17 anotará los hábitos importantes (fumador moderado o exagerado, bebedor, etc.).

En el cuadro 18 representará el esquema familiar, de acuerdo con las normas oficiales. En una nueva línea auxiliar inferior representará, siguiendo la misma norma, los allegados, si los hay.

En el cuadro 19 indicará el contagio de acuerdo con las normas oficiales, considerando que cada espacio comprendido entre dos trazos verticales largos corresponde a un año.

En el cuadro 20 anotará los antecedentes patológicos, insistiendo en aquellos casos que aparecen señalados en las normas.

En el cuadro 42 escribirá una breve historia clínica.

En los cuadros 43 y 44 anotará los resultados del examen clínico, solamente en cuanto signifiquen ampliación o rectificación de lo anotado en la ficha 1. Se recomienda igualmente la utilización del método gráfico.

En los cuadros 45 y 46 anotará personalmente los resultados de las reacciones alérgicas que practicará de acuerdo con las normas oficiales.

En los cuadros 47 y 48 anotará los exámenes correspondientes.

En el cuadro 49 anotará el diagnóstico de acuerdo con lo indicado en las normas oficiales.

En el cuadro 50 indicará sólo las líneas generales del tratamiento.

En los cuadros 51 y 52 marcará con una X el casillero correspondiente a la resolución que se derive de la aplicación de las normas sobre reposo preventivo.

Por último, marcará entre los casilleros 1 a 6 aquél que corresponda para calificar el caso según las instrucciones oficiales y según si envía los antecedentes a Comisión de Medicina Preventiva o a Curativa pondrá una cruz en el N.° 7 u 8.

La Visitadora Social: Después de practicar la visita correspondiente: en el cuadro 27 colocará en la 1.ª columna frente a cada coeficiente el N.° de personas (miembros de la familia o allegados) que tengan, de acuerdo con la tabla, ese coeficiente y en la 3.ª columna anotará el resultado de la multiplicación del número de personas por el coeficiente respectivo. En la última línea anotará la suma de ambas columnas que corresponderán al total de personas y al total de unidades de consumo.

En el cuadro 22 anotará el salario diario, semanal o mensual del encuestado y señalará con una X el casillero respectivo.

En el cuadro 29 pondrá la suma de los salarios percibidos por los familiares y las cantidades con que contribuyen los allegados, marcando como en el cuadro anterior con una X el casillero que corresponda.

En el cuadro 30 se anotará el salario total en pesos por U. C. y por día, que se calculará en la forma siguiente:

a) Si los datos anteriores están expresados por día se multiplicará la suma de las cantidades anotadas en los cuadros 28 y 29 por 6/7 y se dividirá por el número total de unidades de consumo que se encuentra en la última línea de la 3.ª columna del cuadro 27.

b) Si los salarios están expresados por semanas o por meses se dividirán por 7 o por 30, respectivamente, y el resultado se dividirá a su vez como en el caso anterior, por el total de uni-

dades de consumo. Después de hechos los cálculos anteriores marcará con una X el casillero que corresponda, según los pesos por unidades de consumo.

En el cuadro 31, después de anotar el tipo de habitación (casa propia o arrendada, cité, conventillo, etc.) marcará en uno de los casilleros *a* a *d* con una X la calificación que merezca por su estado sanitario y por su utilidad para que en ella se efectúe el reposo preventivo que podría afectar al examinado.

En el cuadro 32 anotará el número de piezas y en el 33 el promedio de personas por piezas habilitadas como dormitorios.

En los cuadros 34 a 37 anotará el consumo diario de carne y leche, en total y por U. C. día deduciéndolo en la forma indicada.

Una vez llenados todos los cuadros marcará, con una X el cuadro correspondiente *a* o *b* de los N.^{os} 38 a 40, respondiendo así a las preguntas generales que se le formulen de acuerdo a la impresión personal que se haya formado respecto a las condiciones sociales del encuestado.

FICHA 4. CARDIO-VASCULARES

Manera de indicar en la ficha los datos obtenidos

El auxiliar: Llenará los cuadros 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16, este último sin hacer la calificación, lo que corresponde al médico. En los cuadros 45 y 46 anotará el resultado de los exámenes de Laboratorio.

El médico: En el cuadro 15 llenará la calificación del trabajo considerándolo en relación con las condiciones físicas del examinado y marcará con una X el casillero correspondiente.

En el cuadro 17 anotará los hábitos importantes (bebedor, fumador exagerado o moderado, etc.). En el cuadro 18 anotará los deportes que el enfermo practique y la frecuencia de ellos buscando su posible relación con una afección cardio-vascular.

En el cuadro 19 anotará las fechas de las crisis de reumatismo articular agudo o corea que se hayan presentado y la pauta general de tratamiento indicada.

En los cuadros 20, 21, 22, 23 anotará las fechas (año) en que esas enfermedades se hayan presentado y en la lúes hará, una referencia a la ficha correspondiente.

En los cuadros 25 y 26 anotará brevemente los antecedentes importantes de las afecciones indicadas.

En el cuadro 42 escribirá una breve historia clínica del caso.

En los N.^{os} 43 y 44 anotará los resultados del examen clínico solamente en cuanto signifiquen ampliación o rectificación del resultado de la ficha 1.

En los cuadros 47, 48 y 49 anotará los diagnósticos de acuerdo con lo indicado en las normas oficiales.

En el cuadro 50 indicará la líneas generales orientadoras del tratamiento.

4 C-V

11 apellido paterno	12 apellido materno	13 nombre	14 Nº cédula identidad

15 edad	16 trabajo	a muy liviano	b liviano	c pesado	d muy pesado

17 hábitos	deportes ¿cual?	18 frecuencia

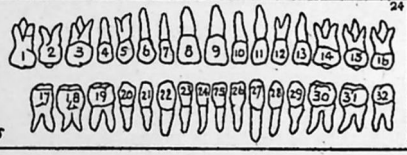
19 reumatismo art agudo o corea

(fechas de crisis y tratamientos)

20 lues	21 tifoides paratifus	22 difteria	23 escarlatina

INFECCIONES FOCALES

24 dentarias — derecho



25 amigdalianas

26 blenorragia

sano 1	soplo cardiaco 2	latente 3	I 4	II A 5	II B 6	III 7	g. apar. respirator. 8	g. apar. circulat. 9	Nº ficha 10

ENCUESTA SOCIAL

27 composicion de la familia: numero de pers.	coef	total
	1.4	
	1.2	
	1.0	
	0.9	
	0.8	
	0.7	
	0.6	
	0.5	
	total	

28 salario o sueldo $ — diario / semanal / mensual

29 suma de otros salarios de la familia — diario / semanal / mensual

30 salario total $ U.C.y d/o — a -de $ 5 | b 5-10 | c 10-20 | d +de 20

31 habitacion — a mala | b regular | c buena | d muy buena

32 tiene que usar cerro — a si | b no

33 piso en que vive

34 carne consumo familiar	gms/dia	gms/uc/dia	35	36 leche consumo familiar	gms/dia	37 gms/uc/dia

	si	no
38 Dadas las condiciones morales del encuestado ¿Puede darse reposo en su casa?		
39 ¿Es necesario que sea la familia la que reciba el subsidio-reposo ?	si	no
40 Dada la importancia de su trabajo en la faena ¿puede trabajar media jornada?	si	no

41 fecha

nombre y firma

BREVE HISTORIA CLINICA

42

EXAMEN FISICO (ampliacion o rectificacion de ficha 1)

43 corazon y vasos	44 resto del examen

EXAMENES DE LABORATORIO

45 orina	46 otros

DIAGNOSTICO

47 anatómico	48 fisiopatológico	49 etiológico

50 tratamiento

51 opinion del medico requiere reposo prev.	a no	b parcial	c total	52 puede reemplazarse el reposo	a no	b por cambio de faena	c por cambio de localidad

53 fecha	nombre del médico	54 firma

En los cuadros 51 y 52 marcará con una X la resolución que se derive de la aplicación de las normas sobre reposo preventivo.

Por último, marcará entre los casilleros 1 a 6 aquél que corresponda para calificar el caso, según las instrucciones y pondrá una X en los N.^{os} 7 u 8, según si envía el caso a la Medicina Curativa o eleva los antecedentes a Comisión de Medicina Preventiva.

El dentista: Representará gráficamente en el casillero 24, en el esquema dental correspondiente, los focos dentarios señalando en especial los que requieren tratamiento.

La Visitadora Social: Procederá con la misma forma indicada para la ficha 3, con la sola diferencia que:

En el cuadro 32 marcará con una X el casillero correspondiente, siempre que tenga que hacerlo a pie. En la misma forma responderá a la pregunta del cuadro 33 acerca del piso en que vive, si tiene que subir a pie y la distancia que tiene que caminar para llegar a su trabajo.

ENCUESTA SOCIAL

La encuesta social que se debe practicar en todo individuo, candidato al reposo preventivo, se hará orientada hacia la investigación de las condiciones de vida familiar que digan relación con la mejor aplicación posible de la Ley de Medicina Preventiva.

La verdadera situación social de un medio familiar sólo puede apreciarse de una manera precisa y comparable, relacionando el monto del salario o sueldo con las cargas familiares del imponente. Se comprende fácilmente que, aun con salarios relativamente altos, las condiciones de vida de una familia serán de un nivel inferior si el jefe debe sostener con sus entradas a varias personas, que si con un salario más bajo, solamente debe mantenerse él. De ahí la necesidad de expresar la relación entre las entradas y salidas atribuyendo a cada componente del núcleo familiar un coeficiente de consumo en relación a sus necesidades mínimas.

Este criterio debe servir de base para fijar la situación social en aquellas Cajas que tengan tarifas variables para la prestación de sus servicios en Casas de Reposo, Sanatorios, etc.

El número de unidades de consumo que representan las cargas familiares se obtiene multiplicando el número de miembros de la familia en las diferentes edades por su coeficiente de consumo.

Considerando que entre nosotros la alimentación representa el gasto más importante de la familia, conviene tomar como base de los gastos totales el costo de la alimentación y, traduciendo las normas internacionales de consumo energético a su coeficiente de costo de la alimentación, variable también con la necesidad variable de alimentos protectores, se ha confeccionado la siguiente tabla de unidades de consumo:

Hombre adulto de trabajo muy intenso	1,4
Hombre adulto de trabajo intenso	1,2
Hombre adulto de trabajo sedentario, mujer y niños hasta 9 años de edad	1
Niños de 7 a 9 años	0,9
Niños de 5 a 7 años	0,8
Niños de 3 a 5 años	0,7
Niños de 2 a 3 años	0,6
Niños de 1 a 2 años	0,5

Una unidad consumo de este cálculo representa un gasto de alimentación de alrededor de $ 3, o sea, que considerando en

80% los gastos de alimentación resulta un costo de $ 3.75 por U. C. como equilibrio energético mínimo, por lo tanto, el salario mínimo por unidad consumo debe ser de $ 4.

De esta manera se puede obtener la verdadera representación de los gastos familiares que en U. C. permite clasificar los asegurados o imponentes en cuatro grupos según su salario en U. C. por día:

Grupo I	menos de $ 5	por	U. C. día
Grupo II	menos de 5 a 10	por	U. C. día
Gropo III	menos de 10 a 20	por	U. C. día
Grupo IV	más de 20	por	U. C. día

Referente a la habitación la encuesta se orientará solamente hacia la investigación de sus condiciones para saber si puede efectuarse en ella el reposo preventivo parcial o total. Se anotará, por lo tanto, su condición general (casa propia, cité, conventillo, etc.) y se clasificará según sus condiciones sanitarias en mala, aceptable, buena y muy buena.

En el enfermo tuberculoso se investigará asimismo las condiciones de la habitación (número de piezas por casa, personas que viven en cada pieza y el número de ellas que duermen con el asegurado, objeto de la encuesta (en relación con los datos del posible contagio).

En los enfermos cardio-vasculares se anotará también la altura que deben subir (cerros o pisos altos) a pie para llegar a su casa.

La Visitadora Social deberá apreciar las condiciones morales, costumbres y hábitos de vida del encuestado para resolver si puede estar sometido a reposo en su casa y si debe recibir personalmente el subsidio de reposo o debe serle otorgado a su familia. A este respecto deberá expresar su opinión, afirmativa o negativa.

El espíritu de la Ley es que el beneficio del subsidio reposo sea aprovechado en su totalidad en las mejores condiciones posibles que permitan al asegurado realizar su reposo sin dificultades económicas para su familia.

Una encuesta en la faena que ocupa el obrero deberá dictaminar acerca de las condiciones de su trabajo y sobre la importancia para el normal desenvolvimiento del trabajo de la usina, taller o fábrica, con el objeto de informar si es posible someterlo a media jornada de reposo sin que se perjudique la marcha normal del trabajo en la faena.

Como una manera de conocer su situación biológica se deberá investigar algunos datos significativos fáciles de apreciar con precisión con respecto a la calidad de la alimentación familiar como son el consumo diario de carne y leche por unidad de consumo por día. En caso que el consumo de alguno de estos alimentos no se verifique todos los días, para calcular el consumo diario se dividirá por 7 el semanal.

ANEXO V

CONCIUDADANOS DEL SENADO Y DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS:

La lucha antituberculosa para ser eficaz ha de establecerse sobre las tres condiciones impuestas en los fundamentos de la ley 6,174 sobre Medicina Preventiva y que son el diagnóstico oportuno por medio del examen sistemático del supuesto sano, el reposo parcial o total con subsidio suficiente al enfermo recuperable y la hospitalización para el tuberculoso que la necesita.

Las dos primeras condiciones se están realizando por medio de la aplicación de la ley 6,174 en referencia; la tercera representa aumentar el número de camas a disposición de dichos enfermos y que en Chile son muy insuficientes.

En efecto, el número de camas necesarias para realizar una lucha antituberculosa eficaz no debiera ser en Chile inferior a 10,000, habiendo actualmente sólo 2,060 en servicio y 1,700 en vías de ser habilitadas.

A pesar del esfuerzo que ha significado duplicar en corto tiempo las disponibilidades en este sentido, la lucha antituberculosa establecida sobre principios de diagnóstico oportuno y recuperación económica y eficaz de los activos requiere un número mucho mayor aun de camas para tuberculosis.

Como cada una de ellas representará de aquí en adelante y sobre la base de la ley 6,174 un rendimiento muy alto de enfermos recuperados para la actividad, se comprende que las inver-

siones que haga el Estado en este sentido serán las más remunerativas en cuanto a la economía de valores humanos.

A la política pasiva de esperar al enfermo en la Policlínica o en el Hospital, el Gobierno ha reemplazado una política activa de ir a buscarlos a su casa, a su taller o a u oficina para descubrir su enfermedad a tiempo y recuperarlo para la actividad y la producción.

Esta política implantada principalmente por la ley 6,174 necesita disponer del número de camas necesarias para realizar esa recuperación en los casos indicados que permita no sólo disminuir la morbilidad y la mortalidad por tuberculosis, sino principalmente aumentar el número de activos reintegrados a la producción.

El rendimiento de salud por cama con el mismo costo para el Estado en estas condiciones es de tres a cuatro veces mayor como se puede deducir del hecho de que la recuperación de un hospital que recibe a cualquier enfermo es de un 20%, mientras que cuando los recibe en un estado incipiente de su afección es del 80%.

El estudio cuidadoso de los servicios generales de muchos hospitales del país ha convencido al Gobierno que sería posible agregar a estos establecimientos camas suplementarias que no significarán sino establecer la cama misma a bajo costo, sin tener que aumentar estos servicios generales entendidos por tales, los de administración; dirección médica, cocina, lavandería, laboratorio, rayos X, etc.

Se podrían, de esa manera por las condiciones climatológicas y por la disposición arquitectónica, agregar camas para reposo preventivo en los hospitales de Arica, Iquique, Copiapó, Vicuña, Ovalle, Combarbalá, Putaendo, San Antonio, Valparaíso, Santiago y Constitución, hasta completar una suma de un mil a dos mil camas más, cuyo costo no excedería de ocho a diez mil pesos por cama, es decir, la tercera parte del costo de la cama hospitalaria considerada con todos sus servicios generales.

El financiamiento de los $ 10.000,000 que esto significaría puede hacerse sin sacrificio para las diferentes Cajas y sin perjudicar sus finanzas sobre la base de un préstamo que harían a la Junta Central de Beneficencia al 6½% de interés y 1% de amortización, préstamo que correspondería, por una vez, al 2% de sus entradas brutas del año.

Estas entradas, que son en parte invertidas en diferentes negocios y colocaciones, no siempre rinden un interés como el que les ofrece esta ley, en la seguridad que queda por demás garantida sus riesgos y responsabilidades. Representaría además, el 2% de las entradas brutas de las Cajas en un año, una suma que para cada una de ellas es relativamente pequeña a sus demás compromisos y que están en situación de entregar para este fin.

Las entradas brutas de las Cajas de Previsión pueden calcularse para el año 1938 en $ 500.000,000.

El financiamiento de $ 750,000, que deberá consultar anualmente la Ley de Presupuestos con el objeto de servir este préstamo está también justificado desde el momento en que el Estado no está actualmente en condiciones de contemplar en dicha ley una suma para construcciones hospitalarias que permita terminar el plan hospitalario proyectado en las leyes 5,564 y 4,711, de 11 de enero y 28 de septiembre de 1935, respectivamente.

El presente proyecto de ley consulta, también, la posibilidad para el Seguro Obligatorio de servir sus compromisos para con la Beneficencia en forma que no vea perjudicadas sus finanzas.

En efecto, la imposibilidad para la Caja de Seguro Obligatorio de amortizar los bonos destinados a préstamos para construcciones hospitalarias a la Junta Central de Beneficencia ha significado la paralización de una parte del plan hospitalario.

Se obvia en este proyecto de ley a este inconveniente determinando que el Seguro Obrero y la Caja de Empleados Públicos y Periodistas seguirán contribuyendo con el 2% de sus entradas brutas al financiamiento indicado.

Las construcciones que se proyectan en el presente proyecto de ley, representan, por otra parte, un instrumento que es de gran urgencia disponer para abordar de lleno la lucha antituberculosa, permitiendo subir el número de camas para esta campaña a 5,000 que, como se ha dicho, representarán sobre las nuevas bases en que está empeñada esta lucha, un gran rendimiento; por otra parte, se trata de construcciones muy económicas realizadas sobre la base de aprovechar la sólida estructura existente y sus servicios generales.

En mérito de estas consideraciones tengo el honor de someter a vuestra deliberación el siguiente

PROYECTO DE LEY:

Artículo 1.° Autorízase a la Junta Central de Beneficencia para contratar con las Cajas de Previsión un empréstito hasta por la suma de $ 10.000,000, que devengará un interés máximo anual de 6½% y 1% de amortización.

El producto de este empréstito será dedicado a la construcción y habilitación de pabellones anexos a los actuales hospitales, cuyos servicios generales permitan agregación de camas complementarias.

Estos pabellones serán destinados exclusivamente a la suplementación de camas para la atención de enfermos tuberculosos incipientes o recuperables que revelen los exámenes de salud practicados por los Servicios de Medicina Preventiva establecidos por la ley 6,174, de 31 de enero de 1938.

Art. 2.° A contar del 1.° de julio de 1938, las Cajas de Previsión indicadas en el artículo 1.° de la ley 6,174 sobre Medicina Preventiva, con la sola excepción de la Caja de Retiro y Montepío de las Fuerzas de la Defensa Nacional, destinarán el 2% de sus entradas brutas a cubrir el empréstito que se autoriza por el artículo 1.° de la presente ley.

Para el servicio de los intereses y amortización de este em-

préstito se consultará anualmente en el Presupuesto Nacional la cantidad de $ 750,000.

ART. 3.° Una vez cubierto el empréstito de $ 10.000,000 autorizado por el artículo 1.°, las Cajas de Seguro Obligatorio de Enfermedad e Invalidez, y la Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, destinarán el 3% de sus entradas brutas anuales a préstamos a la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social en las mismas condiciones previstas por el artículo 1.° y 4.° de esta ley, hasta cubrir el monto de los empréstitos autorizados por las leyes N.°s 6,022 y 5,564 para completar el plan hospitalario de acuerdo con dichas leyes.

ART. 4.°. El Fisco pagará en dinero a las Cajas de Seguro Obligatorio de Enfermedad e Invalidez y Vejez y Nacional de Empleados Públicos y Periodistas la parte de los aportes fiscales necesaria para que dichas instituciones cubran las cuotas que les correspondan en los empréstitos a que se refiere esta ley.

ART. 5.° El servicio de los intereses y amortizaciones de los empréstitos a que se refiere el artículo 3.° se imputará a las sumas que se consulte en el Presupuesto Nacional de acuerdo con las disposiciones de las leyes 5,564 y 6,022.

ART. 6.° Se declara liberada a la Caja de Seguro Obligatorio de los compromisos contractuales no cumplidos de préstamos que como mutuante haya celebrado con la Junta Central de Beneficencia.

ART. 7.° Un reglamento fijará las relaciones de la Junta de Beneficencia y de las demás Cajas de Previsión en cuanto a la distribución y funciones de los Servicios hospitalarios establecidos con los fondos que provee esta ley.

ART. 8.° Esta ley comenzará a regir desde su publicación en el "Diario Oficial".

Santiago, a treinta y uno de agosto de mil novecientos treinta y ocho.—ARTURO ALESSANDRI P.—*Eduardo Cruz Coke.*—*Francisco Garcés G.*

INDICE

		Págs.
Prólogo		7
I.	Economía y salubridad	11
	Sus relaciones con una política que actúa sobre la capacidad de consumo	11
II.	Caracteres de la morbilidad chilena	18
	Morbilidad estadística y morbilidad real	18
III.	Una clasificación de las enfermedades constitutivas de nuestra morbilidad en vista de una acción económica e inmediata	28
IV.	Política de subsidios y de trabajo	32
V.	Previsión biológica y previsión financiera	38
VI.	La ley 6,174, de Medicina Preventiva, solución del problema	47
	Política médica en el seguro social. Creación de una Medicina dirigida	50
VII.	Financiamiento de la Ley	52
	Financiamiento de la Ley en la Caja de Seguro Obligatorio	52
	Financiamiento de la Ley en la Caja de Previsión de Empleados Particulares	59
VIII.	Relaciones de la Ley de Medicina Preventiva con los elementos más importantes de nuestra morbilidad	62
	Diagnóstico oportuno de los enfermos	65
	Subsidio suficiente	67
	Política hospitalaria	68
	Sífilis y Medicina Dirigida	69

CAJA DE SEGURO
EDUCACION
OBLIC

PRINTED IN CHILE

PRECIO:

En Chile:	En el Extranjero:
$ 10.00	Dollars 0.50