

Ministerio de Educación Pública
Escuela de Servicio Social
SANTIAGO



ALGUNOS ASPECTOS DE LA LEY 6,174 SOBRE MEDICINA PREVENTIVA

Memoria de prueba para
optar al título de Asistente
— Social del Estado —

Social

MARIA ELENA GONZALEZ G.

1942



UTENL50049254

Trab. Social
6643a
1942



Ministerio de Educación Pública
Escuela de Servicio Social
SANTIAGO

ALGUNOS ASPECTOS DE LA LEY 6,174 SOBRE MEDICINA PREVENTIVA



Memoria de prueba para
optar al título de Asistente
— Social del Estado —

Esta Memoria fué calificada
con 20 puntos frente a
un máximo de 21 puntos.

00266 ✓

MARIA ELENA GONZALEZ G.

REGISTRO Nº 1/

1942



UNIVERSIDAD DE CHILE
SEDE SANTIAGO ORIENTE
BIBLIOTECA CENTRAL

BSTS / No. de Arist. : 34729

ALGUNOS ASPECTOS DE LA APLICACION DE LA LEY 6.174

SOBRE MEDICINA PREVENTIVA

S U M A R I O

Introducción

Capítulo I.-- El examen de salud

- 1.-Ley 6.174
- 2.-Finalidad de la Ley
- 3.- El examen de salud
- 4.-Su aplicación en diversas Cajas de Previsión
- 5.-Cuadro estadístico
- 6.- Problemas que presenta para las Cajas de Previsión la aplicación de esta disposición legal
- 7.-Otras consideraciones sobre el examen de salud.-

Capítulo II.- El reposo preventivo

- 1.-Calificación de los casos y tratamientos
- 2.-El reposo preventivo propiamente tal
- 3.-Su importancia y condiciones favorables en que debe efectuarse.-

Capítulo III.- Modalidades del reposo preventivo

- 1.-Reposo según indicación
- 2.-Ventajas e inconvenientes
- 3.-Reposo con indicación sanatorial
- 4.-Sanatorios y Casas de Reposo con que cum

ten algunas Instituciones

- 5.-Breve análisis del ambiente económico-social entre los reposantes sobre la base de la Encuesta Social.-

Capítulo IV.- Cuota senatorial

- 1.-Su aplicación
- 2.- Su importancia.-

Capítulo V.- Análisis de otros puntos que tengan relación con el reposo preventivo

- 1.-Situación desfavorable de algunos imponentes frente al reposo preventivo por el monto de sus imposiciones
- 2.-La intervención de la tisiocirugía en el tratamiento indicado al reposante.-

Capítulo VI.- El artículo 8º

- 1.- Análisis de este artículo en relación con el reposo preventivo.-

Capítulo VII.- El Servicio Social en Medicina Preventiva

- 1.- Organización
- 2.- Modalidades del Servicio en Tisiología
- 3.- La Encuesta Social y otros aspectos del trabajo
- 4.- Actitud que podría asumir el Servicio Social frente a los imponentes calificados como "sospechosos y tipo I" y frente a los enfermos tipo III.-

Capítulo VIII.- Conclusiones.-

I N T R O D U C C I O N

Desde la Oficina de Servicio Social del Equipo Médico Coordinado de las Cajas de Previsión de Empleados Particulares y Nacional de Empleados Públicos y Periodistas (Sección Tisiología), donde me ha correspondido efectuar mi práctica profesional -como Asistente Social- he tratado de interiorizarme, hasta donde me ha sido posible, en la aplicación de la Ley de Medicina Preventiva, a fin de poder captar su desenvolvimiento.

No será talvez, muy ajustada a la labor de una Asistente Social, ni al ideal del Servicio Social doctrinario, la exposición de este trabajo, ya que más que en la labor misma realizada, la he basado en la observación y el análisis que me permitió el trato diario con los enfermos.

Si formulo algunas observaciones, no es mi ánimo criticar un servicio ya organizado, pues no me creo capacitada para ello; sin embargo, estimo que es el criterio de una Asistente Social -en contacto directo con los problemas suscitados entre los beneficiados por una Institución- indicado para formular un juicio imparcial, impregnado unicamente del anhelo de cooperar al mejoramiento de un servicio, ya sea insinuando rectificaciones justas o concesiones hechas por gracia, por humanitarismo imprescindibles a los intereses mismos de la colectividad dentro de la cual se desenvuelve.

A continuación, intercalo una pequeña síntesis de la Ley de Medicina Preventiva para la mejor comprensión de este

trabajo.

La Ley 6,174 publicada en el Diario Oficial de 9 de Febrero de 1938, estableció el Servicio de Medicina Preventiva en todo el país, mediante las disposiciones contenidas en sus 13 artículos y la publicación de su Reglamento Orgánico e Instrucciones en Junio de ese mismo año.

En primer lugar impuso la obligación de su aplicación a todas las Cajas de Previsión existentes en el país, (en esa fecha 43) las que fueron precisadas y enumeradas una a una en las Disposiciones Generales del Reglamento. Al mismo tiempo hizo extensivo su cumplimiento a todos los organismos similares que se crearan en el futuro.

El objeto principal de la Ley, como ella misma lo define en su artículo 1º es "vigilar el estado de salud de sus imponentes y adoptar las medidas tendientes a descubrir previniendo precozmente el desarrollo de las enfermedades crónicas como la tuberculosis, sífilis, reumatismo, las enfermedades del corazón y los riñones, como también las enfermedades derivadas del trabajo: saturnismo, sílicosis, etc". Sin embargo tanto su Reglamento Orgánico como sus Instrucciones y la aplicación práctica seguida a la promulgación de la Ley, han circunscrito su radio de acción a 3 grupos de enfermedades: tuberculosis, sífilis y afecciones cardio-vasculares en razón de su trascendencia social y de los estudios realizados en nuestra morbilidad y mortalidad. En otras palabras, la Ley obliga a las Cajas de Previsión a procurar descubrir las enfermedades ya mencionadas en la faz primera de su evolución

para tratarlas oportunamente; se preocupa entonces del imponente enfermo, en razón de prevenir que se torne incurable.

Haciendo recaer esta obligación en las Cajas de Previsión del país, les impuso la necesidad de organizar servicios médicos ampliando los existentes en aquellas donde ya existían y creándolos en las demás, para lo cual proporcionó los fondos necesarios y permitió la inversión de parte de sus reservas en la instalación de los Equipos Médicos y sanatorios indispensables a su funcionamiento.

Estableció el examen de salud obligatorio una vez al año para todos los imponentes de las Cajas de Previsión, a fin de poder separar al sano del enfermo, haciéndose cargo de este último cuando padeciere de una o varias de las enfermedades citadas siempre que sea considerado recuperable.

A fin de asegurar al máximo la recuperación de la vida activa del imponente enfermo, dispuso el reposo preventivo que permite al enfermo abstenerse de su trabajo por el período de tiempo que sea necesario al estado de su salud, sin desmedro de sus intereses económicos. El reposo preventivo compromete a las Cajas a proporcionar al imponente su salario completo, de acuerdo a la jornada de reposo indicada y al patrón o empleador a reservar su puesto o trabajo al interesado hasta que esté en condiciones de volver a él.

De lo expuesto se deduce que la Ley de Medicina Preventiva proporciona al enfermo tuberculoso o cardio-vascular: atención y tratamiento médico y reposo preventivo en los casos y condiciones determinados por el Reglamento y al enfermo lue-

tico atención y tratamiento médico y además el tratamiento específico que convenga al grado de evolución de la enfermedad.

Tanto para la aplicación del examen de salud como para otorgar el reposo preventivo, se han impartido instrucciones precisas al cuerpo médico, a fin de llegar a establecer en lo posible, un solo criterio, a lo largo del país en la apreciación y tratamiento de los enfermos.-

Capítulo I

EL EXAMEN DE SALUD

1.- LEY 6.174:--

La Ley 6.174 sobre Medicina Preventiva, obra del eminente médico y sociólogo Dr Eduardo Cruz Coke, fué promulgada con fecha 31 de Enero de 1938; fué la cristalización de una aspiración nacional que provenía de todos los sectores del país: de la comprensión de unos y de la necesidad de otros. Al mismo tiempo ha sido el primer paso dado para iniciar una lucha racional y sistemática contra los flagelos de mayor trascendencia social, considerando la enfermedad en relación con el individuo y a éste con el medio en que se desenvuelve.

Pues a en práctica, desde ese mismo año, por las más importantes Cajas de Pvevisión, como lo son la Caja de Seguro Obligatorio, la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas y la Caja de Previsión de Empleados Particulares, le han seguido todas las demás Cajas existentes en el país, como era su obligación, ya sea separadamente o fusionándose y coordinándose con los servicios establecidos.-

2.- FINALIDAD DE LA LEY:--

No haremos una exposición detallada y completa de la Ley y sus Reglamentos, solamente recordaremos que ella tiene por objeto asegurar el capital humano con que cuenta la Economía de la Nación: defendiendo al individuo sano, amparando al

enfermo -tuberculoso, lúctico o cardio-vascular, mientras sea recuperable- permitiendo la estabilidad de la familia y librando a la colectividad de un mayor número de inválidos, lisiados e incapacitados para trabajar con los que forzosamente tendría que cargar.

Es decir, tiene una doble finalidad: preventiva en relación con la sociedad y curativa en relación con el individuo, con la recuperación de su vida activa o de su capacidad de trabajo.

Los beneficios que otorga al individuo imponente de una Caja de Previsión, podríamos sintetizarlos: derecho a examen de salud una vez al año o con mayor frecuencia, si fuera necesario, tratamiento a su enfermedad, de acuerdo a los Reglamentos e Instrucciones de la Ley y reposo preventivo que es el beneficio máximo que contemplan nuestras leyes de previsión, en los casos de enfermedad.. Expondremos separadamente cada uno de ellos.

3.- EL EXAMEN DE SALUD:

Dispuesto en el artículo 2º de la Ley es de carácter obligatorio para todo individuo acogido a una Caja de Previsión. Es el punto básico de la Ley.

Tiene por objeto separar al sano del enfermo y pesquisar en su faz pre-clínica las enfermedades que contempla, especialmente en lo que respecta a la tuberculosis, que por lo general es asintomática en sus comienzos.

Consta este examen -según las Instrucciones de la misma

Ley- de tres tiempos a saber:

"Primer tiempo: Destinado a separar por una pauta sencilla, a los enfermos de los sanos por medio de:

a) El estudio radiológico del tórax (radioscopia, radiografía solamente en caso necesario),

b) Reacción de Kahn o Wasserman y

c) El estudio clínico orientado a la investigación de antecedentes de lues, tuberculosis y de afecciones capaces de producir lesiones cardíacas y a la constatación de alteraciones que indique un ataque de estas enfermedades

"Este examen deberá 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 Reglamento de la Ley con tal objeto."

Se insiste en que debe suprimirse en este primer examen todas aquellas investigaciones que vayan a molestar inutilmente al enfermo: sondajes, exploraciones uretrales, ginecológicos, etc, para no realizar sino el examen mínimo ya expuesto"

Segundo tiempo: Es el examen hecho por el especialista. "Si el enfermo es sospechoso o confirmado como pulmonar o cardio-vascular, se le aplicará alguna de las pautas indicadas con tal objeto en el Reglamento, con el fin de decidir la conducta más eficaz y económica que debe seguirse con él en vista de la recuperación de su vida"

activa"

Tercer 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".

Queda expresamente estipulado en el Reglamento Orgánico de la Ley su carácter obligatorio, a fin de que las Cajas adopten las medidas necesarias para realizar el examen de salud en forma sistemática y poder llegar "a un total empadronamiento sanitario de la población afiliada".

Su realización está a cargo de los Equipos Médicos organizados por las mismas Cajas y este examen de salud debería efectuarse a cada imponente, una vez al año, salvo el caso en que se exigiera su repetición dentro de un período de tiempo más corto para confirmar o aclarar algún diagnóstico.-

4.- SU APLICACION EN DIVERSAS CAJAS DE PREVISION:

A cuatro años y medio de aplicación de la Ley, no es aún posible generalizar el examen de salud. La mayor parte, talvez, muy cerca de las dos terceras partes de la población asegurada no ha sido sometida ni al examen correspondiente a un año.

La importancia económico-social que de él se desprende es considerable y de todos reconocida y bastaría para justificar todo esfuerzo o tentativa que se haga en su favor.

Muy sabido es que nuestro país atraviesa por un período epidemiológico en la evolución de la tuberculosis, lo que

nos da el mas alto porcentaje de morbilidad y mortalidad, no tan solo en relación con otros países, sino tambien comparado con otro grupo de enfermedades, dentro del nuestro. Esta enfermedad junto con la sífilis y las afecciones cardio-vasculares nos da cerca del 35% de nuestra mortalidad (haciendo abstracción de la mortalidad infantil que como sabemos, sobrepasa a todas las otras causas), según los datos que detallaremos a continuación.

Si la mortalidad infantil nos resta vida al nacer, frustrando posibilidades del futuro, en cambio, la tuberculosis, la sífilis y las afecciones cardio-vasculares, especialmente la primera, aniquila y mata al individuo en plena actividad, ocasionando un desequilibrio y una reducción en la capacidad productora con que cuenta la Nación.

Los datos a que hacemos referencia en el párrafo anterior, son los siguientes:

PROPORCIONADOS POR LA DIRECCION GENERAL
DE ESTADISTICA CORRESPONDIENTE A 1940

	<u>MORBILIDAD</u>	<u>MORTALIDAD</u>	<u>%</u>
Causas totales	294 962	715 581	100 (excluyendo mort infantil)
Tuberculosis	16 609	13 567	19
Sífilis	10 701	1 083	1,51
Cardio-vascular	11 575	9 671	13,51

PROPORCIONADOS POR LA DIRECCION GENERAL DE BENEFICENCIA
CORRESPONDIENTES A 1941

	<u>ALTAS</u>	%	<u>FALLECIDOS</u>	%
Causas totales	244 799	100,0	13 502	100,0
tuberculosis	14 937	6,1	3 338	24,7
sífilis	6 911	2,8	84	0,6
cardio-vasculares	9 317	3,8	1 480	11,0

Por otro lado, tenemos la existencia de una morbilidad oculta entre los individuos supuestos sanos de cualquier medio, enfermos que solamente pueden pesquisarse en el período inicial de la enfermedad, con el examen de salud hecho en forma sistemática, lo que equivaldría a un tratamiento más eficaz, más corto y con los mejores éxitos de recuperación.

Este fenómeno ha sido observado y comprobado desde 1911 por Estados Unidos. "The Metropolitan Life Insurance Company" instituyó desde esa fecha el examen sistemático, perfeccionado en 1928 con la fluoroscopia que se agregó a cada examen. Esto determinó un aumento en la morbilidad por tuberculosis, especialmente en las ciudades; notándose, al mismo tiempo, un alto porcentaje de enfermos leves en éstas y graves en los campos y lugares apartados, debido, sin lugar a dudas, a la imperfecta y tardía aplicación del examen de salud en los campos.

Como lo demuestra la experiencia citada, este aspecto del examen de salud tiene especial importancia en el hallazgo de las lesiones tuberculosas que alcanza un porcentaje elevado entre los supuestos sanos de los diferentes medios examinados



y que tiene sus explicaciones lógicas si tenemos en cuenta los siguientes factores: a) que se trata de una enfermedad esencialmente asintomática en sus comienzos que impide al individuo percatarse de ella en su fase inicial; b) el gran número de focos de contagio que acechan constantemente sobre el individuo sano; c) la gran ignorancia de la mayoría de la población sobre la enfermedad misma y su evolución, y d) la gran dependencia que existe entre la tuberculosis y los factores económicos-sociales que rodean al individuo y que llega a constituir al país, un problema más social que médico.

En un reciente estudio realizado en la Caja de Previsión de Empleados Particulares, en una tesis de prueba, el Dr. Alfredo Jelic, sobre la base de 25 566 imponentes examinados llegó a la siguiente conclusión:

"De éstos 25 566 individuos, 239 resultaron portadores de tuberculosis activa, lo cual arroja un porcentaje de 3,48 % ". Agregando 1 113 casos de tuberculosis inactiva, o sea, un 5 % de formas de difícil diagnóstico de actividad, representa en total, un 8,48 % de morbilidad tuberculosa entre los supuestos sanos de este medio.

Otras cifras estadísticas que ponen de manifiesto la morbilidad chilena en relación con la Ley 6.174, revelada por el examen de salud y también la aplicación de ésta en diversas Cajas de Previsión, son las que a continuación detallamos:

CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

- 1940 -

Examinados	115 688	100,00 %
Enfermos tbc.	6 230	5,47 %
" C.V.	3 661	3,16 %
" <u>Lúes</u>	<u>9 263</u>	<u>8,00 %</u>
Patolog. Mixta	674	0,59 %

Total Morbilidad Ley 6.174 19 928 17,22 %

CAJA DE PREVISION DE CARABINEROS

1938 - 1942

Examinados	22 552	100,00 %
Enfermos tbc.	812	3,60 %
" C.V.	746	3,28 %
" <u>Lúes</u>	<u>2 691</u>	<u>11,93 %</u>
Patolog. mixta	-	-

Total morbilidad Ley 6.174 44 249 18,81 %

CAJA DE PREVISION Y ESTIMULO DE LA CAJA NACIONAL DE AHORRO

1938 - 1940

Examinados	1 760	100,00 %
Ficha II Lúes	122	6,9 %
" III tbc.	<u>141</u>	<u>8,1 %</u>
" IV C.V.	76	4,3 %
Patolog. mixta	<u>26</u>	<u>1,5 %</u>

Total morbilidad Ley 6.174 3365 20,8 %

CAJA NACIONAL DE EMPLEADOS PUBLICOS Y PERIODISTAS

1938 - 1941

Examinados	26 290	100,00 %
Ficha II Lúes	996	3,79 %
" III Tbc.	2 396	9,11 %
" IV C.V.	3 198	13,16 %
<u>Patología mixta</u>	<u>762</u>	<u>2,89 %</u>
Morbilidad Ley 6.174	7 352	28,95 %

CAJA DE PREVISION DE LOS EMPLEADOS
PARTICULARES

1938 - 1941

Examinados	54 858	100,00 %
Ficha II Lúes	3 698	6,74 %
" III Tbc.	6 205	11,49 %
" IV C.V.	4 685	8,54 %
<u>Patolog. mixta</u>	<u>1 294</u>	<u>2,36 %</u>
Morbilidad Ley 6.174	15 882	29,13 %

Ahora bien, aún cuando conocemos el número de imponentes examinados en algunas Cajas, sin embargo, no podríamos precisar cuantos de ellos han repetido su examen anualmente. Los datos que siguen a continuación nos van a dar una idea de la proporción en que cumplen los imponentes de la Caja de Previsión y Estímulo de la Caja Nacional de Ahorros

con la obligación del examen anual:

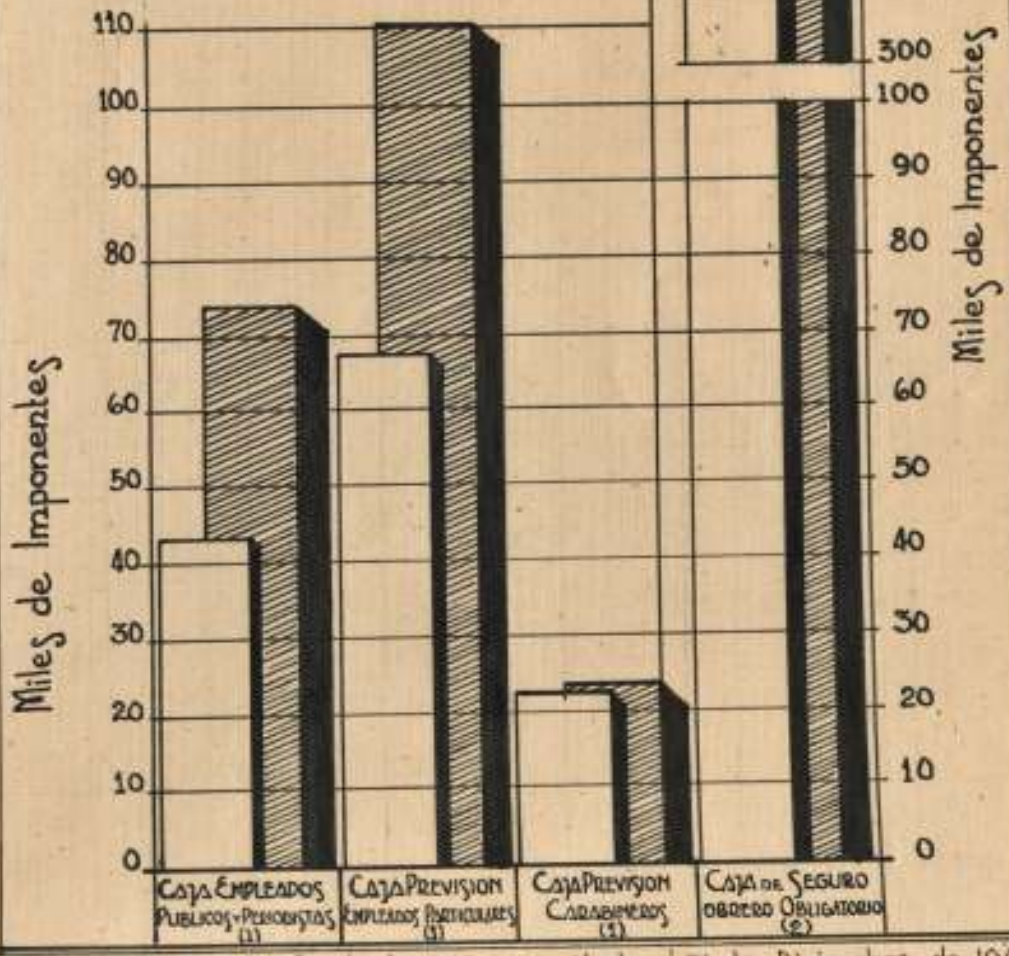
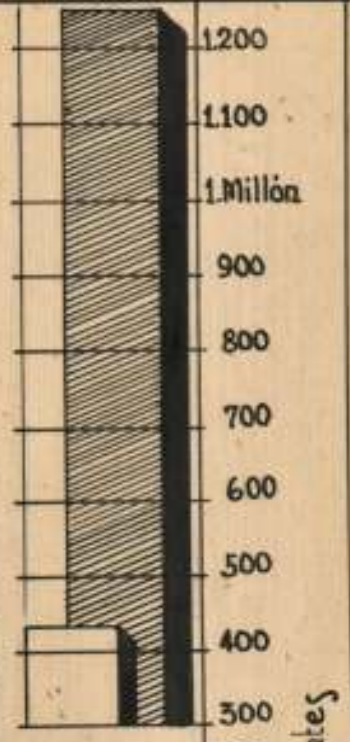
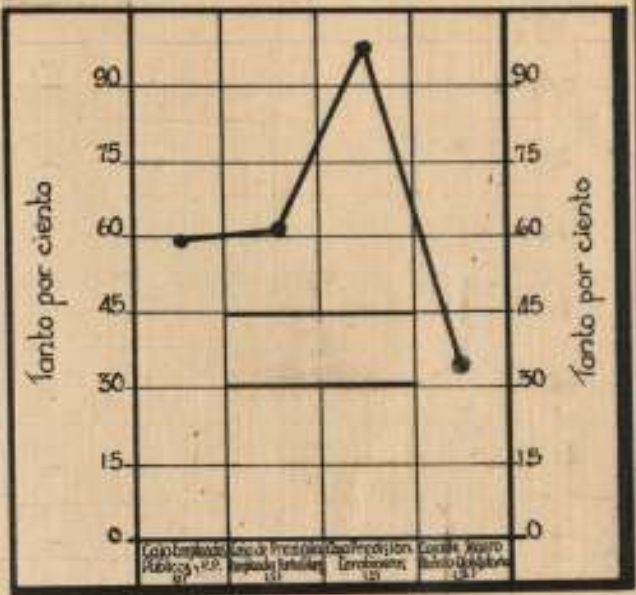
Examinados por primera vez en 1938 y 1939, 1183 imponentes y en 1940, 577 imponentes, en total 1760.

De éstos, tienen 2 exámenes 308 imponentes que corresponden: 235 a los años 39 y 40; 72 a los años 38 y 40, y 1 a los años 38 y 39. Solamente 3 imponentes efectuaron el examen obligatorio durante los 3 años, o sea el 0,2 % del total de los examinados. Pero si consideramos los años 38 y 39 como un solo período, ya que el Servicio de Medicina Preventiva inició sus labores en Octubre de 1938, tendríamos un total de 307 imponentes que habrían cumplido con la Ley y que equivale al 26,7 % del total de examinados.

5.- CUADRO ESTADISTICO:--

Ahora bien, si comparamos el número total de imponentes fichados con el número total de imponentes afiliados a cada Caja, obtendremos una visión precisa de la extensión que en los diferentes medios a que nos hemos referido, ha alcanzado, el examen de salud y que hemos tratado de interpretar en los gráficos que incluimos en la hoja siguiente. (Gráfico n° 1 y 2)

Al mismo tiempo, nos dan una idea de toda la morbilidad oculta que queda por pesquisar, si generalizamos las conclusiones a que han llegado algunos investigadores en nuestro país, entre ellas, la del Dr Jelic que indica un 8,43 % de morbilidad tuberculosa entre los supuestos sanos.



Notas: (1) Datos hasta Agosto de 1942. - (2) Hasta el 31 de Diciembre de 1941.
 Número de imponentes de cada Caja Exámenes de Salud

H. O. S. A:

Para este gráfico hemos tomado el número de impuestos exigidos de las Cajas de Empleados Particulares, Públicos y de Carabineros y los exámenes de salud totales únicamente en la Caja de Seguro Obligatorio apreciación que figura equivocada en el gráfico (leyenda).

6.- PROBLEMAS QUE PRESENTA PARA LAS CAJAS DE PREVISION LA APLICACION DE ESTA DISPOSICION LEGAL:--

Examinado el cuadro anterior, cabe preguntarnos: ¿Por qué no se ha generalizado el examen de salud, a pesar de su caracter obligatorio?. Los datos recopilados en las diversas Instituciones nos demuestran que tan solo una parte de los imponentes han cumplido con esta obligación. Sin embargo, creemos, que si bien es cierto que existe mucha dejación y falta de cooperación de parte de los imponentes para cumplirlo, es también evidente, que si todos solicitaran este examen a sus respectivas Cajas, a éstas les sería imposible atenderlos en debida forma.

Hay diferentes razones para ellos:

1º) En primer lugar, podríamos mencionar el gran número de imponentes de las Cajas de Previsión y los pocos Equipos Médicos disponibles con que cuentan. Así, la Caja de Seguro Obligatorio que tiene 1 250 000 imponentes, cuenta con 36 consultorios (Memoria 1940), de los cuales, solamente 19 cuentan con los elementos necesarios para un examen de salud completo. En los 17 restantes deben, en muchos casos, recurrir a los servicios más cercanos en busca de un especialista, Rayos X o Laboratorio.

2º) Debemos considerar también la distribución de la población asegurada, agrupada en centros industriales, salitre-ros, mineros, ubicados a lo largo del país con difíciles medios de movilización. Por otro lado la población agrícola diseminada en todo el territorio en forma tan poco densa y a veces ca-

si sin ningún medio de comunicación con ciudades, que difícil y hace costoso cualquier intento por llegar hasta ellos. En estos casos, se impondría generalizar el sistema de Equipos Volantes, puesto en práctica ya por algunas Instituciones (el Dpto. Médico Coordinado de la Caja de Prev. de E.E.P.P. y Hac. de E.E.P.P. y P.P. cuenta con 2 Equipos Volantes). Permitiría llegar a los lugares donde no conviene establecer un Equipo Médico por las razones ya expuestas y fichar a los trabajadores de todo el país. Convendría que estos Equipos Volantes fueran representativos de varias Instituciones, de tal manera que abarcara a todos los asegurados de una región; esto implicaría una coordinación máxima entre los diferentes organismos de previsión o un convenio entre ellos y significaría un menor desembolso económico.

3º) Una tercera razón sería de orden social y cultural debido a la falta de educación sanitaria de la población, a la ignorancia de la mayoría de los imponentes respecto a la evolución, gravedad y consecuencias de las 3 enfermedades que contempla la Ley y al desconocimiento del Servicio de Medicina Preventiva. Hace falta mayor propaganda al respecto que haga consciente al pueblo del significado de la salud, de la responsabilidad que a cada uno le cabe en su conservación y del peligro de quedar al margen de estos servicios por acudir demasiado tarde.

4º) Por último, mencionaremos la falta de médicos y de recursos con qué tratar en forma satisfactoria a los enfermos ya pesquisados y a los que acuden espontáneamente y que nece-

sitan reposo preventivo, en especial al tratarse de tuberculosos -como más adelante veremos- y que hace restar interés a las Cajas en llevar a cabo una pesquisa amplia de enfermos que está segura de encontrar y de no poder tratar eficientemente..

7.- OTRAS CONSIDERACIONES SOBRE EL EXAMEN DE SALUD:

Antes de terminar este capítulo, nos referiremos a la importancia desde el punto de vista epidemiológico, que puede tener el examen de salud, en relación con los focos de contagio de lúes y tuberculosis.

El artículo 7º del Reglamento autoriza e insinúa a las Cajas de Previsión el hacer extensivo el examen de salud a los familiares del imponente, en la búsqueda de focos de contagio. Aunque parezca absurdo recalcar este punto, dado el hecho de que la mayoría de los imponentes quedan aún por examinar. Sin embargo, es interesante recalcar el espíritu amplio de la Ley, al abordar una disposición de tanta importancia y que talvez con un costo muy insignificante, (en relación con el número de posibles atendidos), podrí'a llevarse a la práctica

En caso de lúes lo efectúan algunas Cajas. Igual labor podrí'a realizarse con los enfermos tuberculosos que aunque fuera para empezar, en casos previamente calificados. Serí'a un amplio campo de acción donde podrí'a intervenir directamente la Asistente Social, proporcionando la atención familiar en aquellos casos donde se imponga su necesidad.

El consejo o insinuación -que actualmente se les da-

sobre un examen médico preventivo en tal o cual Institución extraña para ellos, podría adquirir un carácter coercitivo y no caería en el vacío como sucede hoy. Se les podría exigir este examen ya que al mismo tiempo se les ofrecía el Servicio

Seguramente no sería tan gratuita la labor de las Cajas a este respecto pues, si consideramos que gran parte de los beneficiados serían niños, futuros imponentes, vendría a ser sus mismos intereses los que defendería, evitando que esos niños lleguen a la edad activa en condiciones biológicas deficientes o enfermos.

En algunas Cajas de Previsión se realiza este aspecto del examen, como en la Caja de Retiro y Previsión de los Empleados y Jornaleros Municipales y experimentalmente en el Dpto Coordinado de la Caja de Empleados Particulares, se ha iniciado, recientemente, en Noviembre del presente año en los casos de baciloscopia positiva. Sería de sumo interés su implantación definitiva aunque fuera en casos especialmente calificados.

Se facilitaría enormemente esta labor si existieran en el país otros servicios preventivos bien organizados, como lo sería una asistencia médico-social a todos los escolares en forma constante y completa. Bastaría una buena coordinación entre estos organismos para el control estricto y continuado de los hijos de imponentes tuberculosos, (que sería una gran mayoría de los niños chilenos), enfermos o predispuestos, pesquisados y señalados por las Cajas de Previsión, en atención

a sus antecedentes.

Mucho se lucha, hoy día, por llegar a la coordinación máxima de los servicios asistenciales del país. Somos optimistas y creemos que la preparación especializada entre la gente de gobierno, conocedora de todos estos problemas, conseguirá la realización de estos proyectos, de los que depende la salud nacional de próximas generaciones.-

Capítulo IX

EL REPOSO PREVENTIVO

1.- CALIFICACION DE LOS CASOS Y TRATAMIENTOS:

Ya hemos dicho que, si el imponente es considerado como sospechoso o enfermo: cardio-vascular o tuberculoso, deberá someterse al examen especializado hecho en la sección correspondiente Cardiología o Tisiología (2º tiempo del examen). En este período se completan y precisan sus antecedentes clínicos anotados en la Ficha 3, si es tuberculoso y 4 si es cardio-vascular, (la Ficha 2 corresponde al Servicio de Mujeres). Además se hace un estudio sobre sus condiciones económicas-sociales, mediante la Encuesta Social -Ficha 5- efectuada por la Asistente Social y que tiene por objeto informar tanto al médico tratante como a la Comisión acerca de las condiciones de vida y de trabajo del interesado, para que ella influya en la indicación del tratamiento. Sin embargo, en la práctica a esta Ficha 5 no se le da la importancia que se tuvo en cuenta al incluirla, junto con los datos médicos, en los antecedentes del enfermo. Por lo tanto, no desempeña el papel que una ficha de esta índole, está llamada a tener.

Reunidos todos estos antecedentes pasa el caso a ser considerado por la Comisión de Medicina Preventiva, (3er tiempo del examen), la que debe declarar al individuo sano, sospechoso o confirmando como cardio-vascular o tuberculoso precisando el diagnóstico de la lesión y determinando el tra-

tamiento a seguir. En caso de lesión confirmada da su opinión respecto a recuperación e indica si necesita o no reposo preventivo el que puede ser "según indicación o con indicación a sanatorial" como lo veremos más adelante.

Damos a conocer a continuación el criterio de la Ley respecto a la calificación de los casos que lógicamente guarda relación con el tratamiento a seguir, al que en parte nos referiremos en el presente capítulo.

En este sentido, los Reglamentos han dado instrucciones precisas a las Cajas a fin de uniformar y estandarizar en lo posible, el criterio y la conducta de los médicos frente a la calificación de los casos y su tratamiento.

Es el médico cardiólogo o tisiólogo el encargado de clasificar los casos en alguna de las siguientes formas:

En relación con la tuberculosis:

SANOS : individuos que en el primer examen presentan antecedentes o signos sospechosos y que no se ven confirmados por este examen.

SOSPECHOSOS : individuos sanos al examen clínico pero que son incluidos como sospechosos por convivencia con tuberculosos, por imagen radiológica y por hiperergia tuberculínica.

CONFIRMADOS : todos aquellos que presentan una lesión activa o evolutiva de origen basilar.

En estos últimos distinguimos tres grados:

TIPO I : Formas activas de primoinfección. Formas induradas de reinfección sin síntomas clínicos de actividad.

TIPO II A : Formas induradas de reinfección con síntomas clínicos de actividad. Formas mixtas y exudativas de reinfección.

TIPO II B : Formas evolutivas de primo infección. Formas evolutivas iniciales de reinfección.

TIPO III Formas evolutivas avanzadas de reinfección.-

Una calificación similar rige para los cardíacos que los divide en: sanos, cardíacos sospechoso, cardíaco latente y cardíaco confirmado que puede pertenecer al grado o tipo I-II A + II B y grado III.

El tratamiento a seguir está de acuerdo con esta clasificación. Para los sospechosos, el control cada cierto tiempo, según lo determine el médico tratante. Cura activa para los enfermos I y II con reposo preventivo para los enfermos del tipo II A y II B tanto en tuberculosis como en cardio-vascular. En casos especiales se le concede reposo preventivo a los enfermos tuberculosos tipo I.

Los enfermos tipo III quedan al margen de la Ley; su situación es bastante triste. Para ellos no hay tratamiento, ni atención médica y las Cajas de Previsión, bien poco o nada, hacen por ellos, en circunstancias, que constituyen el grupo de enfermos más desamparados, más necesitados y más peligrosos para los intereses de la colectividad, (nos referimos en particular al enfermo tuberculoso).

Aunque este punto queda fuera del tema que nos hemos propuesto abordar, sin embargo, no podemos pasar por alto una

situación que con bastante frecuencia vemos producirse en los servicios y en la que desgraciadamente en nada podemos influir.

En el Servicio de Medicina Preventiva de la Caja de Seguro Obligatorio, el examen de salud constató 700 enfermos tipo III durante el año 1940, lo que equivale al 12% de los imponentes fichados en Tisiología

En la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, hasta el 30 de Junio de 1941 se pudo comprobar 133 enfermos de este tipo, o sea el 5,5% de los imponentes pasados a esta especialidad, porcentaje que en el último período escrutado -de Setiembre de 1941 a Agosto de 1942- bajó al 3,5%

En este mismo período entre los Empleados Particulares, los enfermos tuberculosos tipo III alcanzaron el 5,5% de los imponentes examinados y enviados a Tisiología, porcentaje que seguramente, en períodos anteriores, sería superior.

Si, a estos enfermos, agregamos los que después de un tiempo de tratamiento son considerados tipo III y por lo tanto pasados a Curativa, vemos que su número aumenta y demanda la atención y el interés de la colectividad a la cual pertenecen.

Los enfermos tuberculosos tipo III, pesquisados por el examen de salud, tendrán que ir disminuyendo y quedar reducidos a un mínimo, al cabo de algunos años, si se consigue realizar la aplicación íntegra y perfecta de esta disposición, que permitirá pesquisarlos en el momento oportuno.

Peró, por ahora, dada la situación especial en que

estos enfermos quedan-como ya lo hemos dicho- al margen de la Ley 6.174, desmoralizados, abandonados a su propia suerte, y no pocas veces, ignorantes de la gravedad de su enfermedad, quedan sujetos a su solo criterio para ponerse o no en tratamiento.

Si consideramos, que estos sujetos son los más peligrosos y los que más daño causan a la sociedad como "focos de contagio" creemos que merecen un cuidado especial, si no en el sentido de ayuda económica, ya que son individuos de difícil o imposible recuperación y quedada la finalidad de la Ley, no se puede esperar de ellos la retribución de los sacrificios invertidos, por lo menos estimamos que se hace necesario una mayor dependencia entre estos dos aspectos de la medicina con que cuentan las Cajas de Previsión: Preventiva y Curativa, para que el individuo obtenga, por lo menos, de parte de las Cajas, atención médica gratuita y aislamiento en los casos de más urgencia, lo que sería una labor preventiva en favor de los sanos. En determinados casos se impone la **Asistencia Social** para el enfermo y su familia.

El gran número de enfermos tipo III que llega al Servicio de Medicina Preventiva, es una consecuencia de la deficiente aplicación del examen de salud, especialmente en provincias, donde la falta de Equipo Médico, la imposibilidad de muchos imponentes para llegar hasta ellas, hace que el enfermo acuda a solicitar los beneficios de la Ley cuando ya no tiene opción a éstos.

Por otro lado y por esta misma razón, se impone una mayor y sólida propaganda entre los afiliados de todo el terrí

torio para que conozcan y comprendan el servicio en debida forma.-

2.- REPOSO PREVENTIVO PROPIAMENTE TAL:

El artículo 34 del Reglamento Orgánico de la Ley define el Reposo Preventivo como sigue:

"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 prolongarles 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 periodo 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".

El reposo preventivo como ya lo hemos dicho es parte esencial de un tratamiento racional en la terapéutica de las afecciones cardio-vasculares y especialmente tuberculosas, ya que en la mayoría de los casos, no tan solo, es la base del tratamiento sino que es la única indicación, asociado a un régimen higiénico-diatético en los casos y grado de enfermedades

ya mencionadas y determinadas por el Reglamento.

El 85% de los reposos concedidos en 1940 en la Caja de Seguro Obligatorio correspondieron a enfermos tuberculosos y el resto, el 15%, a enfermos cardíacos.-

3.- SU IMPORTANCIA Y CONDICIONES FAVORABLES EN QUE DEBE EFECTUARSE :

Desde muy antiguo, ya en tiempo de los precursores de la Medicina, en Grecia y otros lugares, se tenía la convicción intuitiva -podemos decir- de que el descanso y un régimen especial de vida y alimentación era lo único capaz de contener la evolución de la tuberculosis, prolongando la vida del enfermo, ya que en esos tiempos, la enfermedad era incurable y mortal en la casi totalidad de los casos. A través de los siglos, de los progresos científicos y del conocimiento preciso de la enfermedad, se mantiene, sin restar importancia el principio del descanso o reposo y un régimen higiénico-dietético como método de cura para el tuberculoso secundado por toda la terapéutica moderna que ayuda a la recuperación.

La Ley 6.174, mediante el reposo preventivo en la forma establecida, ha hecho posible esta recuperación en un alto porcentaje, gracias al tratamiento oportuno de las formas leves.

No tan solo permite y exige un descanso parcial o total del enfermo, sino que además le da la tranquilidad necesaria para afrontar su enfermedad mediante el subsidio-reposo, asegurándole al mismo tiempo su trabajo hasta seis meses después de haber sido dado de alta por recuperación.

De lo expuesto anteriormente, podemos deducir, que si bien el reposo en los casos citados es preventivo - si se le considera desde un punto de vista colectivo, en relación a prevenir la incapacidad de trabajo, la invalidez o la muerte prematura del individuo por ser miembro activo de la sociedad- es bajo el aspecto individual, netamente curativo; se persigue con él la recuperación del enfermo; detiene el avance del mal.

Por lo tanto, es de capital importancia, tanto para la institución que representa un esfuerzo colectivo, como para la curación del individuo, que este reposo sea efectuado en buenas condiciones, de acuerdo a normas universalmente reconocidas por los entendidos y por la experiencia, a fin de obtener el éxito previsto en el tiempo mínimo posible.

Podríamos interpretar estas condiciones, agrupando-las en los siguientes aspectos:

- a) De la habitación;
- b) De alimentación;
- c) Hábitos de vida, y
- d) Ambiente .-

DE LA HABITACION : Lógicamente supondremos que es imprescindible un mínimum de higiene y confort en la habitación de un enfermo para que pueda realizar su reposo con comodidad. Además suficiente cantidad de luz y aire que permitan una buena ventilación y renovación del aire, detalles íntimamente ligados a la construcción misma de la vivienda y a su ubicación en círculos de mayor o menor población. Debe tam

bien considerarse el número de familiares en relación con la habitación, piezas disponibles etc..-

DE ALIMENTACION : Se impone un regimen alimenticio racional, necesario a su estado fisiológico, casi una sobre alimentación, especialmente rica en alimentos protectores y vitamizados.

HABITOS DE VIDA: Mucha influencia en el éxito del tratamiento tiene este punto. Será necesario que modere y abandone los vicios que pueda tener el enfermo: alcohol, cigarrros, etc..- Es conveniente la ausencia de deportes, el recogerse temprano y en especial, efectuar el reposo a las horas indicadas. En muchas ocasiones esto significará un cambio radical en sus costumbres, significará disciplinar sus hábitos, y aunque todas éstas sean observaciones sencillas fáciles de comprender, son para el interesado de difícil cumplimiento al llevarlas a la práctica.

AMBIENTE : Todo lo anteriormente expuesto deberá concordar con un ambiente tranquilo, sin aglomeraciones humanas que permitan al individuo abstraerse para tratar de olvidar sus preocupaciones y hacer un paréntesis a su manera acostumbrada de vivir.

CAPITULO III

MODALIDADES DEL REPOSO PREVENTIVO

1.- REPOSO SEGUN INDICACION:

En la actualidad el reposo preventivo es aplicado en gran escala, sobre todo entre enfermos tuberculosos, debiendo verificarse en Sanatorios, Casas de Reposo o en el domicilio del enfermo, conforme lo determine la comisión. Por lo general es concedido por periodos de dos a tres meses, siendo renovados indefinidamente mientras persista el convencimiento de la recuperación del enfermo.

El número de reposantes ha ido en rápido aumento año por año, no porque el número de enfermos sea mayor, sino porque la Ley 6.174 va siendo más conocida y su aplicación cada vez más integral.

En la Caja de Seguro Obligatorio durante el año 1938 se concedió reposo preventivo a 816 enfermos, de los cuales 468, o sea el 57,4 % de los reposantes lo efectuaron en sanatorios y 284 en su domicilio, o sea, el 34,8 %, (sin considerar 64 enfermos de quienes no existen datos precisos). En 1939 el número de reposantes ascendió a 4172 enfermos, de los cuales 1986 lo efectuaron en sanatorio y 2152 en su domicilio; es decir, un 47,6 %, cumplió su reposo en sanatorio, un 51,6% en su domicilio y un 0,8%, equivalente a 34 enfermos, en hospitales. En el año 1940, tenemos un total de 5534 reposantes en tratamiento, para los cuales solamente se dispuso de un total de 1005 camas lo que equivale a decir que el número de repo-

santes que cumplieron su tratamiento en sanatorio, debe haberse mantenido mas o menos igual que el año anterior, aumentando por lo tanto, considerablemente el domiciliario lo que no podemos precisar por no contar con el dato exacto. Sin embargo esta cifra nos da una idea de la significación cada año mayor en la gravedad de este problema, no tan sólo para la Caja de Seguro Obligatorio, sino para todas en general.

Analizaremos a continuación las dos modalidades que ha adquirido el reposo en la aplicación de la Ley de Medicina Preventiva.

El reposo según indicación es el efectuado por el enfermo en su propio domicilio, de acuerdo a instrucciones dadas por el médico tratante, estandarizadas en un folleto que se entrega a cada reposante junto con el decreto de su reposo.

El éxito de este tratamiento depende en gran parte de las condiciones anteriormente expuestas y del grado de cooperación que el mismo enfermo quiera aportar. Es la forma de reposo más generalizada en el servicio de Medicina Preventiva de las grandes Cajas de Previsión, ya que es compatible con el insuficiente número de camas en sanatorios y casas de reposo con que se cuenta por ahora.

2.- VENTAJAS E INCONVENIENTES: Haciendo abstracción de la ventaja de carácter económico que tiene para las cajas esta forma de reposo con respecto al sanatorial, podemos agregar que tiene la ventaja de mantener al enfermo dentro de su medio habitual, de su grupo familiar, ventaja que en algunos casos, puede significar un peligro para la salud de sus familiares. Además deja

al individuo en completa libertad de acción, lo que también es contraproducente cuando se trata de enfermos incapaces de controlarse y disciplinar por sí mismo sus hábitos de vida.

En cambio, le resta buena parte de su eficacia las malas o pésimas condiciones de la vivienda, la insuficiencia de recursos económicos, el clima inadecuado en otros casos y una serie de circunstancias que trataremos de analizar más adelante.

La demasiada libertad del enfermo puede dificultar su recuperación y perjudica los intereses de la Caja por cuanto en los años que se lleva de experiencia, se ha comprobado en más de una ocasión que el tiempo que el individuo debiera dedicar por entero al cuidado de su salud, lo invierte en otra actividad. Para unos, ha sido el trabajo remunerado que sumente las entradas escasas lo que ha tentado al individuo que dispone de tiempo y conserva su temperamento activo y su espíritu emprendedor. En otros, serán las entretenimientos y pasatiempos que llevan al enfermo a participar en la agitación de la vida diaria en la misma forma que cuando estaba sano y por último, en otros, la reacción será diferente: tratarán de aislarse y se sentirán inferiores a los demás amargándose sus horas de reposo. En estas situaciones, brevemente analizadas, juega un papel decisivo la cultura y la manera de ser del enfermo.

Junto con el incremento de los reposos preventivos concedidos en el domicilio del enfermo, surgió en las Cajas, la necesidad de saber si el reposante cumplía en debida forma las instrucciones dadas, es decir, la necesidad de controlar estos

reposos, tarea harto difícil si se toma en cuenta la variedad de los elementos en control y las diferentes circunstancias y situaciones que rodean a uno y otro.

En el convencimiento de la ineficacia de algunos tratamientos de esta naturaleza comprobados con agravamientos injustificados de las lesiones, que a la vez significan desprestigio para el servicio y mayor desembolso económico por un individuo, se organizó en la Caja de Empleados Particulares, el control domiciliario que se hizo extensivo para los reposantes de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodista al fusionarse ambos servicios en Setiembre del año pasado. Está a cargo de un grupo de 4 enfermeras sanitarias, cuya misión es visitar al reposante en su domicilio, controlarlo, de manera que se sienta fiscalizado. El número de reposantes "según indicación" era el 31 de Julio de 1942 de 339 Empleados Públicos y 628 Particulares, es decir, un total de 967 enfermos que cumplen el reposo preventivo en su domicilio y que deben ser vigilados por las 4 Enfermeras Sanitarias.

En la Caja de Seguro Obligatorio, este control está a cargo de simples controladoras, y se comprende que en este medio, sea tarea aún mucho más difícil, no tan solo por el mayor número de reposantes, sino por cierto factores individuales y culturales que hacen necesario un control casi permanente sobre el individuo enfermo.

El éxito de este sistema, no puede ser aún discutido y no cabe duda que su influencia benéfica se hará sentir

en aquellos casos en que el enfermo pueda disponer del mínimo de condiciones favorables a que hemos hecho referencias, pues el individuo se sabe motivo de interés particular por parte de la Caja y por lo general, reaccionará observando un buen reposo, en retribución a la atención que sobre él se dispensa o al peligro de una medida disciplinaria que tratará de evitar.

Por este medio es pues, posible sospechar o comprobar incumplimiento a las instrucciones dadas y evitar que se produzcan situaciones, como las aludidas anteriormente, con mayor frecuencia. Es también de utilidad para observar la evolución de la enfermedad, informando al médico tratante de cualquier retroceso o accidente durante el transcurso del tratamiento.

Sin embargo, consideramos que la visita de control no es de ningún provecho para la recuperación del enfermo que habita una pieza insalubre, antihigiénica, en medio de aglomeraciones, ni lo será tampoco para el otro enfermo, cuyas entradas, normalmente insuficientes, no le permitirán sufragar los gastos de una buena alimentación. Únicamente servirá para atestiguar y comprobar la veracidad y frecuencia de estas situaciones. Además el éxito de este sistema es relativo al número de reposantes que corresponda a cada controladora y a la ubicación del domicilio del enfermo que alcance a quedar dentro del radio de acción de ellas, de manera que la frecuencia de las visitas a cada enfermo, pueda revelar, en forma, más o menos exacta, las condiciones en que se desen-

vuelve el tratamiento.

Resumiendo, nos permitimos juzgar, que el control domiciliario sobre los reposantes es un instrumento necesario y valioso para el éxito del tratamiento pero, solamente en aquellos casos en que las condiciones económicas-ambientales justifiquen un reposo de esta índole. El control actúa sobre el individuo únicamente.-

3.- REPOSO CON INDICACION SANATORIAL:

Es el que debe efectuar el enfermo en sanatorios o casas de reposo que designe la Institución, y que quedan bajo su directa vigilancia, mediante el pago de un aporte que designaremos "cuota sanatorial", (en vigencia solo en algunos servicios), y que analizaremos en el capítulo siguiente.

El enfermo indicado de efectuar el reposo en esta forma, debe ser inscrito en la larga lista de candidatos a sanatorios, los que son ubicados en relación con la mayor o menor urgencia con que lo solicite el médico tratante en algunos casos y en otros, a la urgencia que demuestre el mismo enfermo por situaciones especiales y en todos, en relación a las pocas vacantes que se producen. Para todo este movimiento de inscripción y ubicación de enfermos, existe "el control sanatorial" a cargo de un médico del servicio. Debido a la enorme desproporción entre las camas solicitadas y las disponibles, en muchos casos, el enfermo debe hacer una

antesala de meses lo que retrasa enormemente su recuperación. Entre los enfermos de la Caja del Seguro Obligatorio esta espera obligada y larguísima de una cama llega a adquirir caracteres de tragedia, pues tan solo el 37 % de los enfermos que necesitan cura en clima pueden obtener una cama, mientras el resto, o sea el 63 % debe seguir esperando, a veces, sin obtenerla nunca. (Datos tomados "Casa-sanatorios" del Dr. A. Rodríguez).

En el reposo con indicación sanatorial, suponemos el método de cura ideal para el tuberculoso, inclinándonos francamente por su eficacia y por su aplicación en mayor escala. Sin embargo, en la práctica, significa un grave problema que hasta ahora se encuentra sin solución y que se agudiza cada vez más.

En la cura sanatorial encontramos, o por lo menos pretendemos encontrar todas las condiciones favorables de la habitación, régimen alimenticio racionalmente indicado, control estricto, vigilancia médica, disciplina, mucho aire, agregado a ciertas condiciones climatológicas que no podemos desconocer como, grado de pureza del aire, de humedad, de ionización, etc, factores de influencia comprobada en la recuperación de un tuberculoso y que difícilmente, en la práctica, podremos encontrar, todas reunidas, en el domicilio ideal de un enfermo de esta naturaleza.

Además consideramos, la cura sanatorial, como un medio de aislamiento en el período en que el enfermo es o

puede ser bacilífero, circunscribiendo de manera efectiva su radio de acción en lo que al contagio respecta.

Según la opinión médica, no todos los casos, clínicamente considerados, necesitan de una cura sanatorial pero, si estos mismos casos los analizamos desde otros puntos de vistas: económico, social, familiar -tan importantes para su recuperación como la naturaleza misma de la lesión- creemos que la necesidad de su aplicación se va haciendo más manifiesta y más valiosa para el individuo y para la Institución que va tras el éxito en el mayor número de casos y en el menor tiempo posible.

La cura sanatorial es un tratamiento costoso, tanto en su instalación, como en la mantención de sus enfermos. Sin embargo, la eficacia que le reconoce la experiencia hace de él un instrumento indispensable en la cura de la tuberculosis. Reduce el período de tiempo necesario para la recuperación del enfermo, lo que a la larga, en una aplicación colectiva favorece los intereses y el prestigio de la Institución.

No es nuestra intención insistir en la creación de obras sanatoriales propiamente tales, sino en la creación de casas de reposo o "casas-sanatorios", que con bastante conocimiento en la materia, ha indicado el Dr. A. Rodríguez. Creemos que las Cajas podrían y deberían poner en práctica iniciativas de esta naturaleza, ya sea aprovechando fondos destinados a este fin, por la misma Ley o bien solicitando autorizaciones o reformas legales que les permitan invertir fondos

dos, hasta ahora estacionados.

Por su costo mucho más reducido, están indicadas, las Casas de Reposos o Casa-sanatorios a llegar a ser una realidad para la eficiente aplicación de esta Ley, que por lo mismo que es de reciente iniciación, está en vías de perfeccionamiento y necesita complementarse, dotarse de los medios indispensables para llegar al éxito, uno de los cuales sería éste: la creación de simples casas, (con habitaciones personales o bi-personales para este servicio), en lugares apropiados donde el enfermo pudiera encontrar, junto con las comodidades y el ambiente acogedor de un hogar, la atención y el control imprescindible a su calidad de enfermo. Disponemos de tantos pueblitos cercanos con cualidades climatológicas excelentes para esta clase de obras que podrían emprender las diferentes Cajas, en relación con sus necesidades, con las costumbres de sus afiliados, separadamente o bien en común.

Creemos que los imponentes responderían en forma a estos esfuerzos de las Cajas y aportarían gustosos su cuota para financiar en parte su estadía en ellas, cuando se presentara la necesidad de hacerlo.

Una demostración del interés y de la necesidad que reconocen los diversos grupos de trabajadores o empleados por tener una Casa de Salud propia, la vemos reflejada en la preocupación de los profesores por contar con uno de estos establecimientos. Pero, ellos han ido a buscar los fondos, más allá de su grupo, han requerido la ayuda de la colectividad entera. Consideramos que es la Caja la que debe captar estas as

piraciones y realizarlas en favor de la salud de sus asociados.

Además basamos nuestras consideraciones en la observación directa que tuvimos sobre los reposantes durante nuestro trabajo en el servicio y que objetivamos en el análisis de 103 casos que a continuación detallaremos y en el hecho -de todos conocido- que existe una industria floreciente de Residenciales y Casas de Pensión en San José de Maipo, Meloncón y otros lugares y que significan para los enfermos, un desembolso, muchas veces mayor, a su salario íntegro o a su capacidad disponible.

¿Por qué no podría pasar este comercio, a base de los enfermos a poder de las Cajas de Previsión?.-Por supuesto en lo que respecta a sus enfermos y sin fin lucrativo que le imprime el comerciante, sino únicamente en su afán de ofrecer a sus reposantes la atención y el control necesario unido a otras ventajas mediante el aporte justo y razonable que pueda exigírsele a cada uno.

Sería una bonita experiencia que podría iniciar alguna de las Cajas de Previsión por intermedio de la Ley de Medicina Preventiva, de proyecciones incalculables y donde podría estudiarse la posibilidad de un sistema de readaptación para nuestros enfermos.

Ahora vemos lo que dice la experiencia extranjera y los entendidos y estudiosos de nuestro medio sobre la cura sanatorial:

A. Kruger, B. Potter y A. Jaffin (norte-americanos), en un estudio "Management of the minimal tuberculous lesion" (The American Review of Tuberculosis), estudió 185 casos de tuberculosis mínima divididos en "tratados en hospitales o sanatorios" y "en clínicas o a domicilio" y dicen:

"El tratamiento de la enfermedad activa en la clínica o a domicilio no resulta tan satisfactorio como en el hospital o sanatorio, según indica el haberse observado el doble de recaídas en el primer grupo"

"Nuestra práctica de 10 años -en todos los casos admitidos a sanatorios u hospitales, a objeto de un estricto reposo controlado- nos ha llevado a la siguiente conclusión: En los casos de lesión exudativa, el término medio del tiempo requerido para la máxima absorción del infiltrado fué de 6 meses".

Ahora, en cuanto a la duración de la permanencia de los enfermos en estos establecimientos, precisa desde un mes a 18 meses para las lesiones de tipo exudativo y desde 1 mes a 9 meses para las productivas con un término medio de 4 meses.-

El Dr. A. Rodríguez en su "Estudio médico-social en egresados clínicamente sanos de la cura sanatorial" manifiesta la eficacia de este ^{tr}atamiento en una de sus conclusiones que dice: "En 22 casos (de 25 analizados), la curación se obtuvo mediante la sola cura higiénico-dietética en ambiente sanatorial". Por otro lado, la recaída de los 5 enfermos, po

por él observada, no puede tomarse como una desventaja del tratamiento, sino de la enfermedad, ya que un recuperado exige siempre cuidados especiales y condiciones de vida y trabajo también especiales, (readaptación del tuberculoso), influyendo desfavorablemente el ambiente económico-social que con sus factores negativos de habitación insalubre, hipocalimentación, etc, determinaron las recaídas.-

El Dr Rojas Carvajal, en la Memoria Anual del Servicio de Medicina Preventiva de la Caja de Seguro Obligatorio, del año 40, dice:

"De 172 casos que se controlaron en sanatorios, 131 se encuentran mejorados, 26 permanecen iguales y 15 han experimentado agravación; ha habido mejoría en un 76 % de los casos.- Estos antecedentes concuerdan ampliamente con lo que ya nadie discute: la eficacia decisiva del tratamiento oportuno de la tuberculosis en establecimientos apropiados".-

4.- SANATORIOS Y CASAS DE REPOSOS CON QUE CUENTAN ALGUNAS INSTITUCIONES:

Para completar el tema abordado en el punto anterior, querramos dar a conocer en forma más o menos precisa, el número de camas disponibles en sanatorios u otros establecimientos con que cuentan algunas de nuestras Cajas de Previsión para hacer frente a las necesidades derivadas de la aplicación de la Ley que nos preocupa, y que al mismo tiempo servirá para corroborar lo expresado en este trabajo.

Los datos obtenidos son los siguientes:

DEPARTAMENTO MEDICO COORDINADO

DE LA CAJA DE PREVISION DE E.E.P.P. Y NACIONAL DE
E.E.P.P. Y P.P.

Para tuberculosos:

San José de Maipo 115 camas (hombres)

Villa Alemana 75 " (mujeres)

Sanatorio de Putaendo 114 " (hombres y mujeres)

TOTAL 304 camas disponibles para repositivos tbc.

Para cardio-vasculares:

Sanatorio Las Cruces con 36 camas.

Los 3 sanatorios con que cuenta este servicio son de propiedad de la Caja de Empleados Particulares y son ocupados por sus enfermos. Para la atención de los Empleados Públicos se han contratado los servicios de la Beneficencia en el Sanatorio de Putaendo.-

CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

DE PROPIEDAD DE LA CAJA:

Sanatorio La Higuera 50 camas

" La Cisterna 50 "

" La Cruz 130 "

" Maitenes 40 " (capacidad 100)

Centro de Reposo Valp. 52 "

" " " Stgo. 40 "

TOTAL 362 camas

Contratadas:

Clinica Vitaclor Antofagasta	25
Hospital de Vicuña	40
" " Combarbalá	40
Sanatorio de Valparaíso	150
Sanatorio de Putaendo	170
Casa de Salud San José de Maipo	45
Sanatorio El Peral	180
Hospital Miraflores, Magallanes	40
<u>Hospital San José, Valdivia</u>	<u>80</u>
Total contratadas	770
Total propias	<u>362</u>
EN TOTAL	<u>1 132 para 6 000 m²</u> <u>posantes m/m</u>

Además tiene en construcción el sanatorio Le Franco que tendrá aproximadamente una capacidad de 250 camas y por habilitarse una casa-sanatorio "Malvilla" con 100 camas más.

CAJA DE PREVISION DE CARABINEROS

Este servicio cuenta con una Casa de Reposo de su propiedad, en Valparaíso, con capacidad para 95 enfermos tuberculosos, que más o menos satisface las necesidades del servicio en un 74,8 %. Al 30 de Junio del presente año, tenía 127 reposantes en tratamiento.-

5.- BREVE ANALISIS DEL AMBIENTE ECONOMICO-SOCIAL ENTRE LOS REPOSANTES SOBRE LA BASE DE LA ENCUESTA SOCIAL:

Con el fin de precisar ciertos aspectos y situaciones que observamos entre los reposantes de este servicio, tomamos 120 fichas de imponentes acogidos a reposo preventivo, durante este año, - empleados públicos y particulares -, para agrupar algunos datos consignados en la encuesta social. De estas fichas, 17 no tenían datos sociales y pertenecían en su casi totalidad a reposantes de provincias que cumplen su reposo en pensiones y residenciales ubicadas en diferentes lugares de los alrededores.

No pretendemos que este proyecto de investigación tenga algún valor efectivo, por cuanto no dispusimos del tiempo necesario para ampliarlo e investigarlo en debida forma. Sin embargo, los 103 casos que en resumen analizamos, han sido visitados personalmente, en su mayoría durante nuestra práctica.

Excluyendo de muestra consideración los 17 casos citados, por la razón expuesta, nos quedan 103 que detallaremos como sigue:

EN RELACION CON LA VIVIENDA:

El enfermo habita en CASA, en	62 casos, o el 60.2 %
" " " " PENSION en	27 " " 26.2 %
" " " " HOTEL " "	2 " " 1.9 %
" " " " CITE " "	8 " " 7.8 %
" " " " CONVENTILLO en	<u>4 " "</u> <u>3.9 %</u>
Total observado	103 casos 100.0

De los 62 enfermos que habitan en casa, ocupan una sola pieza con su familia, 11 casos; y 2 piezas, 6 casos, lo que equivale a que 17 enfermos ocupan parte de una casa habitada en forma colectiva, - modalidad de vivienda de estos últimos años que el alza en el costo de la vida ha hecho reducirse a una o dos piezas, a una familia que habitaba antes una casa entera, y que constituye un tipo de colectivo o "conventillo decente" en la que se agrupan familias de más o menos similar condición social.

Restando estos 17 casos, tenemos que sólo 45 reposantes viven en una casa propiamente tal, en forma independiente, sin las aglomeraciones propias de todo colectivo.

CONDICIONES HIGIÉNICAS:

Seguendo el análisis de la habitación de los 62 reposantes que habitan en casa, encontramos las siguientes condiciones higiénicas: Buenas en 33 casos, Excelentes en 6, Deficientes en 11, francamente malas en 6 y pésimas en 1. Tendríamos entonces, 13 casos en que las condiciones higiénicas de la vivienda son perjudiciales al enfermo. De éstos, 10 corresponden al tipo de habitación colectiva que no consideramos aceptable para un reposante; de donde resulta que tenemos 3 casos más que agregar a los 17 y tendríamos un total de 20 casos desfavorables.

DORMITORIO DEL ENFERMO:

· Ocupa 1 pieza independiente	en 15 casos
Ocupan 2 personas el mismo dormitorio en	31 "
" 3 " " " "	10

Ocupan 4 personas el mismo dormitorio	en 2 casos
" 5 " " "	" " 3 "
" 6 " " "	" " 1 "
	<hr/>
	Total 62 casos

Tendríamos 6 casos más francamente inaceptables. En Inglaterra, Hart Wright en su obra "tuberculosis and Social Conditions in England", estima como aglomeración y causa de propagación de la enfermedad, más de 2 personas por pieza. Nosotros en realidad, no podemos ser tan exigentes por ahora.

De estos 6 casos, 5 corresponden a los ya calificados como inconvenientes, sin contar las habitaciones ocupadas por 3 personas que necesitarían un examen más prolijo para pronunciarse sobre ellas.

Resumiendo, tenemos que de los 62 enfermos que viven en casa, 26 de ellos, o sea el 41 % y el 25 % del total de los observados no cuentan con las condiciones necesarias al éxito del tratamiento.-

Tenemos 8 casos de reposantes que habitan en "cité" o sea el 7,8 %. En ninguno de ellos encontramos condiciones higiénicas buenas, sino que deficientes en 3 casos y francamente malas o pésimas en 5. En todos ellos advertimos aglomeraciones. En varios casos, cada pieza de la casita del cité es ocupada por una familia entera. En los 8 casos que observamos, solamente 2 cuentan con un dormitorio para 2 personas; en los otros, tenemos: 3 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 personas por dormitorio.-

Solamente comprobamos 4 casos en "conventillo" entre los 103 reposantes observados, o sea el 3,9 %. Las condiciones higiénicas similares o algo peores que las anteriores hasta llegar a ser decididamente insalubres. Todas presentan aglomeraciones agravadas por la pobreza y falta de toda comodidad que en estos casos se observa.

En cuanto a los 27 reposantes que viven en "pensión" y que equivale al 26,2 % de los observados, no creemos necesario recalcar sus inconvenientes derivados de la calidad de pensionistas y por tratarse de una residencia colectiva.-

Igual cosa diremos de los 2 reposantes que viven en Hotel y que los calificamos en este rubro, porque al momento de la Encuesta, hacía varios meses que habitaban en esta forma.

Antes de terminar de analizar estos detalles que dicen relación con la vivienda, agregaremos que el 8,7 % de los reposantes observados, habitan casa propia.

Sintetizando todas estas observaciones sobre el tipo y condiciones de la vivienda, solamente 36 reposantes o sea el 35, % del total de los observados, estarían en condiciones de efectuar el reposo en su domicilio y el 65 % estaría en condiciones adversas.-

Otros datos que hemos consignado:

Viven sin familiares	26	reposantes	o sea el	26,2 %
Unico sostén de su grupo	54	"	"	" 52,4 %
Hombres	70	"	"	" 67,4 %
Mujeres	33	"	"	" 32,1 %

Solteros	59,2 %	o sea,	61	reposantes
Casados	34,0 %	" "	35	"
Viudos o div.	6,8 %	" "	7	"

Hemos agrupados algunos reposantes bajo el rubro "viven sin familiares" y que son 26, o sea el 25 % de los observados. No corresponden exactamente a los que viven en pensión y los consideramos bastante numerosos en nuestro medio. Está constituido, en su mayor parte, por jóvenes de ambos sexos, especialmente varones, venidos de provincia por motivo de su trabajo, estudios superiores, etc, o simplemente independizados de sus familias por otras razones especiales; en cualquier caso, son los únicos responsables y cuidadores de su salud, y en algunas ocasiones, los primeros en reconocer la necesidad de ir a un establecimiento apropiado para efectuar su reposo por lo difícil que les resulta disciplinar sus costumbres un tanto desordenadas. Además, aumentan este número, en forma accidental, los reposantes venidos de provincia por motivo de su enfermedad y para quienes resulta un verdadero problema su estadía aquí en Santiago, y que a veces, adquiere caracteres desesperantes.

"Es el único sostén de su grupo" en 54 casos, o sea el 52 % de los reposantes, incluyendo los que viven independizados de sus familiares, deben continuar haciendo frente a todos los gastos de su grupo, lo que nos da una idea de la significación de la Ley para estos enfermos..

Los otros datos nos indican la gran mayoría de hom-

bres sobre las mujeres, lo que se comprende por el mayor número de imponentes varones. Son solteros en 61 casos o sea el 59 %, lo que podría explicarse por la mayor frecuencia de la enfermedad entre los jóvenes adultos y que queda por debajo de la edad, término medio, en que por lo general se contrae matrimonio, o bien porque se presume que el casado lleve una vida más ordenada y debido a su mayor responsabilidad, cuide más de su salud.-

EL SALARIO Y LA UNIDAD DE CONSUMO:

Bastante variable, es en este medio, el salario. No entraremos en mayores detalles al respecto y sólo añadiremos que hemos observado que los salarios varían, por lo general, de \$ 450.- a 4 000.- mensuales, anotando en algunos casos salarios de \$ 200.- o menos y que corresponden sólo a unas pocas horas de trabajo.

El salario, por sí sólo, no determina la capacidad económica de la familia, ya que entran en juego otros factores que tomaremos en cuenta al calcular la Unidad de Consumo Diaria Personal.

Ya hemos visto que en 54 casos es el imponente enfermo el único sostén de su grupo. En estos casos la U.C. depende exclusivamente del salario del individuo y de las cargas familiares que le correspondan. En los demás casos, entra en juego el salario de otros familiares y la U.C. vendría a ser el esfuerzo en común de 2 o más miembros de la familia que contribuyen con su aporte, a mejorar el standard de vida de su grupo.

Entre los gastos obligados que se llevan una parte más o menos considerable del presupuesto familiar, es el destinado a la habitación, que por lo general es fijo y no varía en razón de la mayor o menor necesidad del individuo, sino por determinación propia, (sin considerar la variación producida por el alza en el canon de arrendamiento). Por este motivo y teniendo en cuenta que oscila entre 30 y 2 000 pesos mensuales, lo hemos sustraído en el cálculo de la U.C., a fin de reflejarla en forma más exacta, pues no siempre corresponde a mayor salario, mayor gasto de habitación. Hay también otro pequeño grupo de propietarios que por tal motivo, el salario los representa una mayor capacidad adquisitiva que a los de igual salario que no lo son.

Como coeficiente para calcular la U.C. hemos tomado el adoptado por este servicio en la Ficha Social. Además hemos considerado el salario libre de los descuentos legales, incluyendo, al mismo tiempo los aportes de otros miembros de la familia. Detallamos este cálculo, más adelante, en el capítulo VII.

Dadas estas explicaciones, damos a conocer enseguida la U.C. encontrada en los 103 casos que hemos observado y que hemos agrupado en la siguiente forma:

U.C.	Nº casos	Térn. medio
Inferior a \$ 10.-	34	\$ 6.76
Sobre 10 e inf. a \$ 20.-	46	14.36
Superior a \$ 20	23	30.93

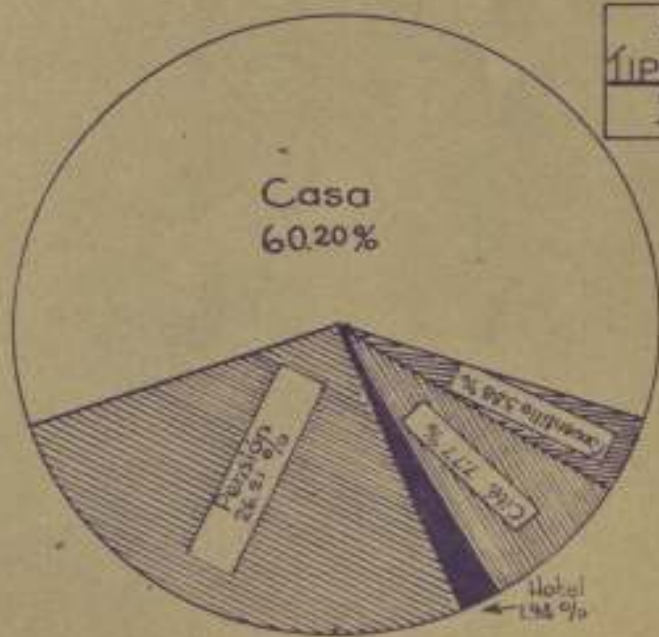
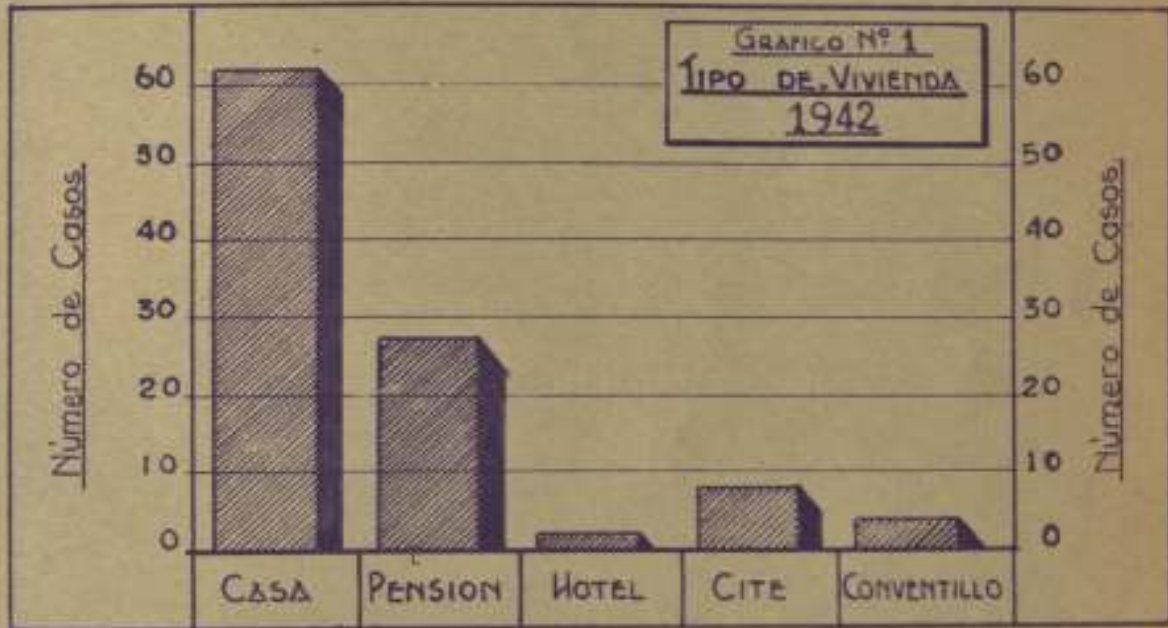
Debemos tener en cuenta que para este cálculo hemos tomado los salarios correspondientes a este año con el consiguiente reajuste al tratarse de empleados particulares y algunos mas bajos al tratarse de ciertos empleados públicos de grados inferiores.

La unidad de consumo aparentemente alta debe ser considerada, teniendo presente que el alza en el costo de la vida en los tres últimos años ha sido muchísimo mayor que el mejoramiento económico de los empleados.

Completamos estas observaciones con algunos gráficos que insertamos a continuación.

Se refiere al total de los reposantes observados, los gráficos de las páginas 54, 55, 56, 57 y 58. Los restantes, se refieren únicamente a los 62 reposantes que habitan en "casa".-

GRAFICOS CORRESPONDIENTES AL ANALISIS
DE LAS FICHAS SOCIALES DE 103 IMPONENTES
ACOGIDOS A REPOSO PREVENTIVO





GRAFICOS CORRESPONDIENTES AL ANALISIS DE LAS FICHAS SOCIALES DE 103 IMPONENTES ACOGIDOS A REPOSO PREVENTIVO.

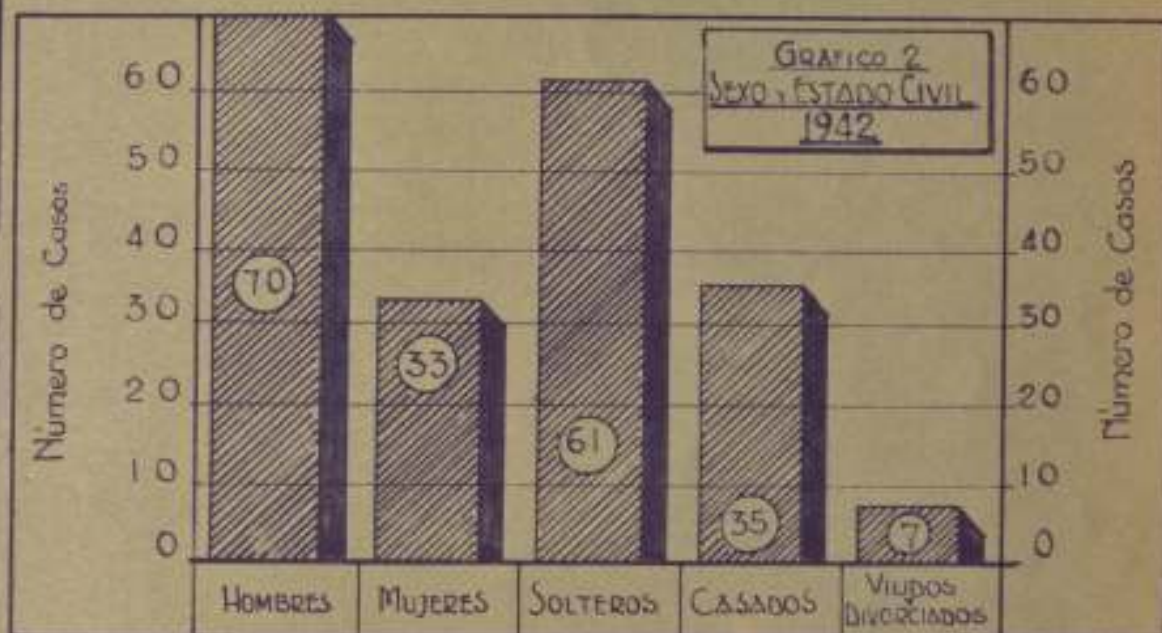


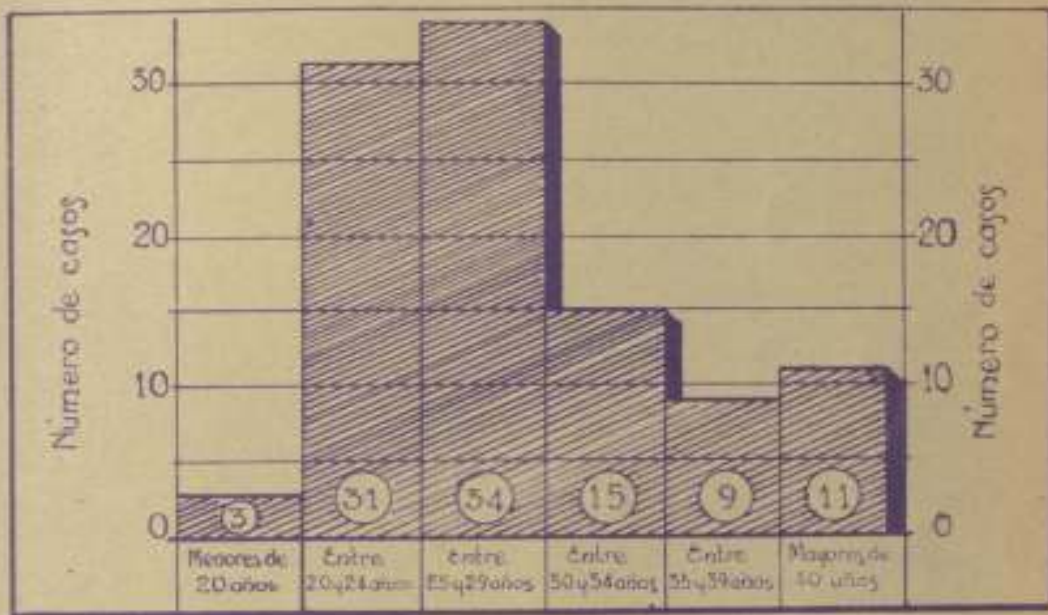
GRAFICO Nº 4
SEXO
PORCENTAJES.



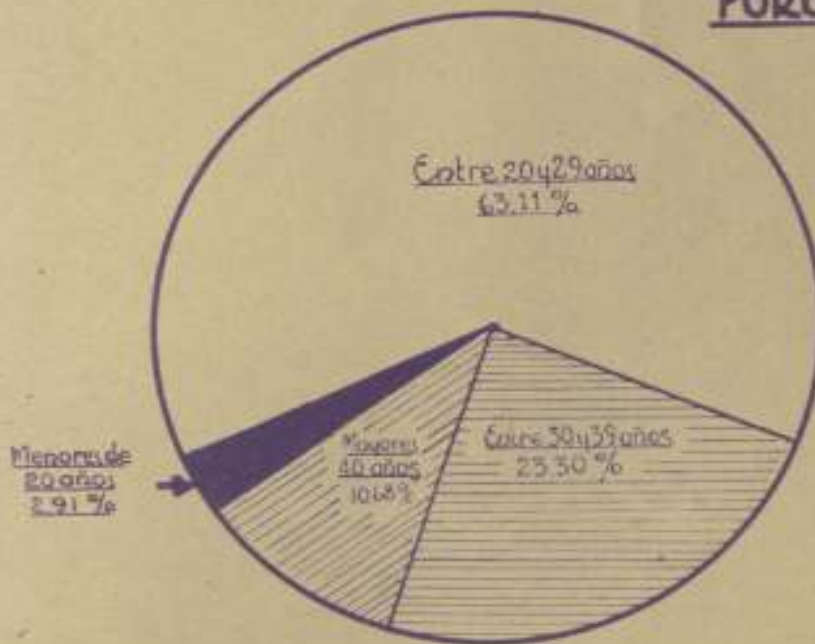
GRAFICO Nº 5.
ESTADO CIVIL
PORCENTAJES.



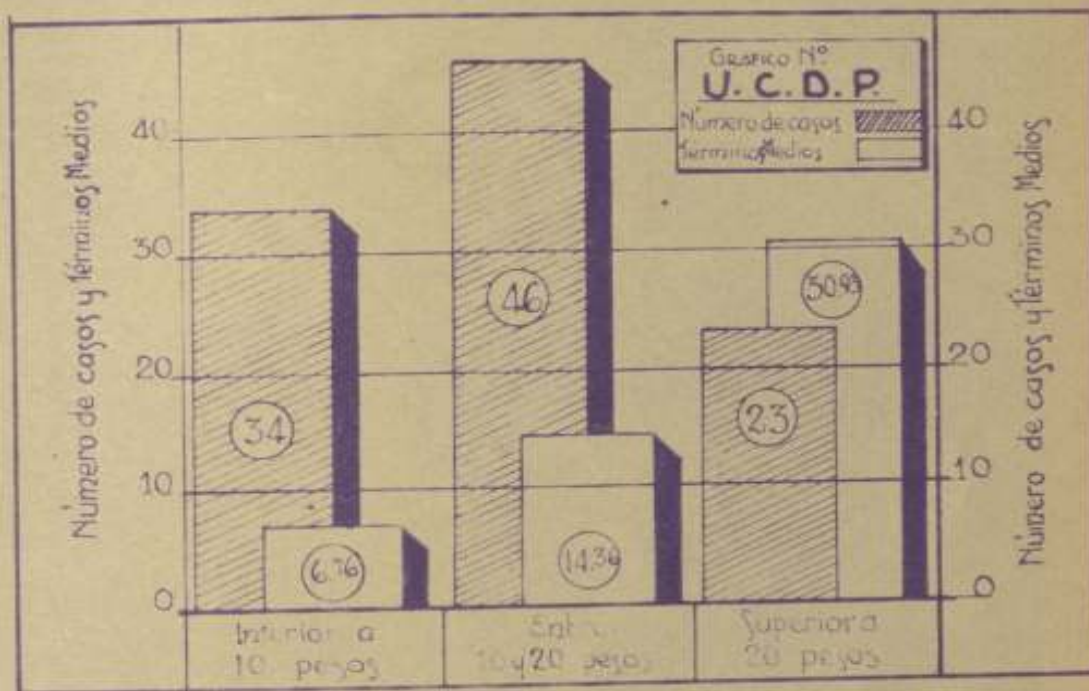
EDAD DE LOS 103 IMPONENTES ACOGIDOS A REPOSO PREVENTIVO



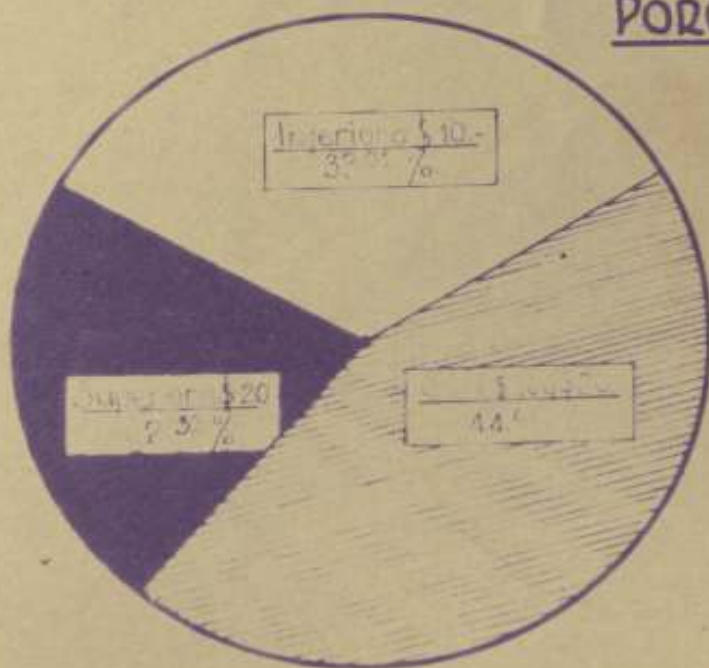
PORCENTAJES



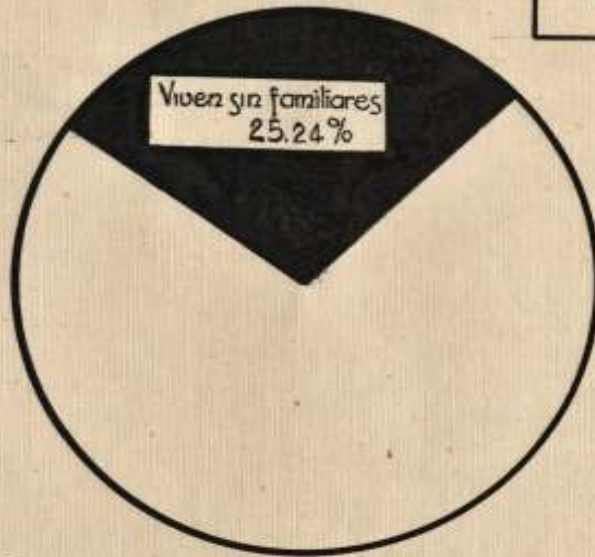
UNIDAD DE CONSUMO DIARIA PERSONAL DE LOS 103 IMPONENTES ACOGIDOS A REPOSO PREVENTIVO



PORCENTAJES



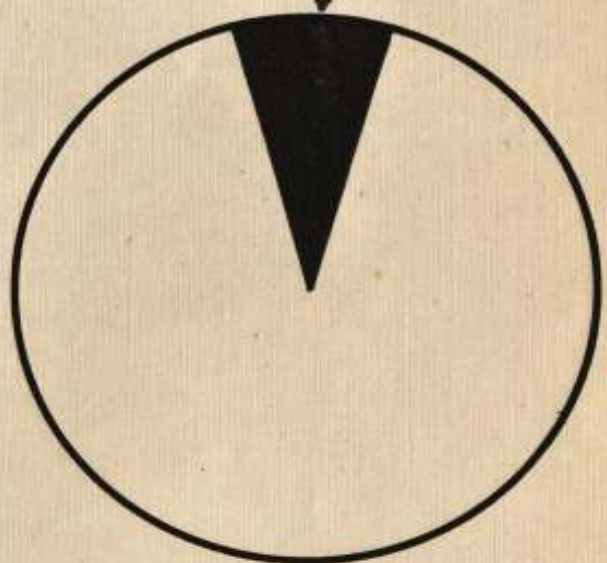
VIVEN SIN FAMILIARES
Número de casos 26

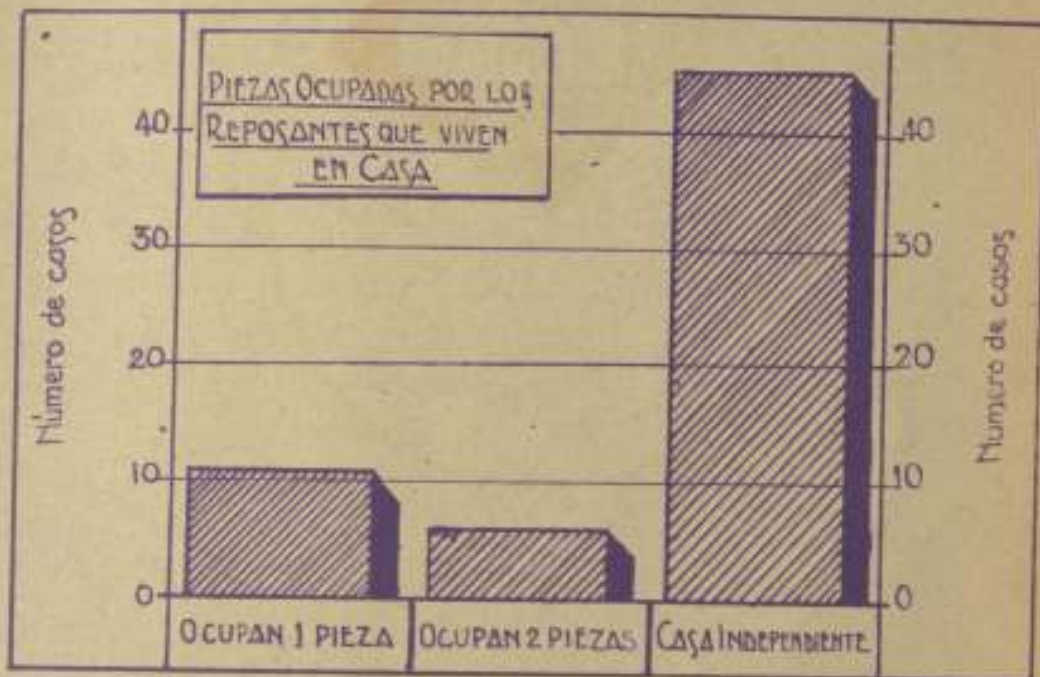


UNICO SOSTEN DE SU GRUPO
Número de casos 54



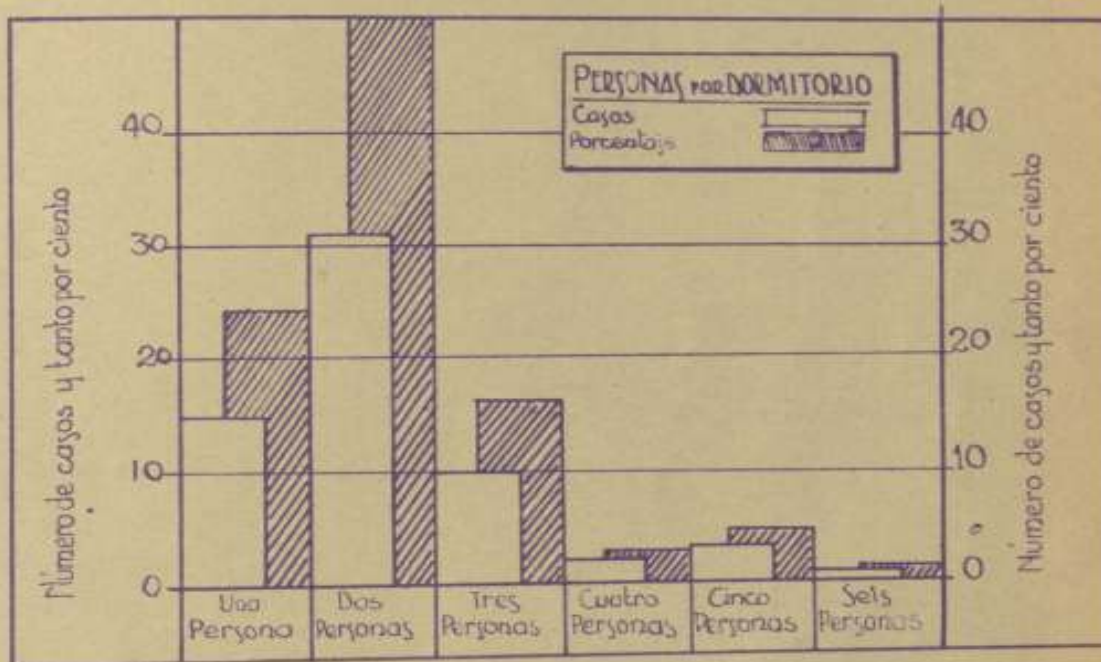
VIVEN EN CASA PROPIA
Número de casos 9
Tanto por ciento 8.74





PORCENTAJES





Capítulo IV

CUOTA SANATORIAL

1.- SU APLICACION:

La cuota sanatorial es el aporte proporcional a sus entradas con que contribuye obligadamente, cada reposante, a su mantención dentro del sanatorio.

Implantada en el servicio de la Caja de Empleados Particulares, se hizo extensiva a los imponentes de la Caja Nacional de Empleados Públicos al fusionarse ambos servicios en Setiembre de 1941.

El costo de la atención sanatorial de por sí elevado, se reduce en esta forma, en un pequeño porcentaje y al mismo tiempo se obliga al enfermo a comprender y tomar la responsabilidad que le corresponde en el éxito del tratamiento. Se ha tenido en cuenta para establecer esta contribución el ahorro de parte del presupuesto que el enfermo invierte en alimentación y otros gastos que quedan comprendidos en la estadá en sanatorio.

Estimamos que esta medida -salvo raras excepciones muy explicables- el imponente la acepta con gusto y satisfacción, ya que comprende los beneficios que significa para su salud, el sanatorio y los inconvenientes que tiene en su hogar o medio habitual para lograr el éxito del tratamiento, (máxime cuando encuentra en el establecimiento la atención como él la

desea).

El monto de la cuota sanatorial es fijada por la Comisión, previa Encuesta Social. Sin embargo, no siempre coincide el monto indicado con el que, por diversas razones, se desprende de una Encuesta Social.

En un principio, la cuota mínima fué de \$ 3 diarios, más tarde de \$ 5 y en la actualidad, a raíz del mejoramiento económico de la gran mayoría de empleados es de \$ 7 diarios, sin excepciones.

Sin embargo, creemos que una medida de esta naturaleza implica, en su aplicación, un criterio amplio y elástico que pueda ajustarse a la situación de cada imponente, que los hay en nuestro medio de muy diferente capacidad económica: algunos, bordeando la opulencia y otros, rayando la indigencia y de todo llega hasta este servicio, en demanda de la atención a que tienen derecho.

La excepción confirma la regla, dice un viejo adagio, y creemos que en esta ocasión las excepciones -cuando el caso lo requiera- debe confirmar la justicia y la razón de esta contribución. Nuevamente consideramos que a la Encuesta Social y por lo tanto a la Asistente Social no se la coloca en su papel.

Estimamos que deben existir 2 criterios bien diferentes para determinar la cuota: Uno, en razón del salario para los imponentes que normalmente viven solos, en pensiones y para los que no tienen mayores cargas de familia y que por lo tanto, pueden disponer libremente de su sueldo. Y otro, más consecuente, más humano, para los casos en que el salario del reposante sea

la única o la principal fuente de entradas de que dispone para subsistir su grupo, dispuesto a llegar hasta la exención total cuando la situación comprobada de la familia lo requiera.

En el primer grupo de casos tenemos a nuestro favor, la ausencia de cargas familiares o laycalidad de pensionista regular, que por tal motivo hace suponer que al irse a sanatorio podría dejar de pagar su pensión en la residencial acostumbrada y podría pagarla en el sanatorio. En el mismo caso estaría el individuo que sólo aporta una pequeña parte de sus entradas al salario familiar, pudiendo disponer libremente de él para la atención de su persona.

Muy diferente es la situación del Jefe de un hogar, sea padre, madre, hijo, etc. en que él es el único o principal sostén de su grupo, sin que haya la posibilidad de hacer recaer parte de la carga en otro miembro de la familia. Debemos considerar que en muchos de estos casos, el presupuesto normal no consigue equilibrarse en situaciones también normales y que cuenta con rubros de gastos que no permiten variación en razón de la enfermedad del individuo, (verbi gracia, habitación) y otros que aumentan considerablemente (alimentación), surgiendo además toda clase de gastos extras e imprevistos y para los que no disponen de fondos especiales.

Al tipo de gastos fijos, pertenece el ocasionado por la vivienda que representa una parte importante del salario total. Creemos que esta cantidad debiera abstraerse del salario total para calcular la U.C., como lo hicimos ver en el capítu-

lo anterior, obtendríamos una U.C. más baja pero que reflejaría mejor la capacidad adquisitiva diaria de una familia. Otros gastos pueden reducirse, suprimirse o esperarse, pero éste de la habitación, en raras ocasiones puede hacerse variar, pues, casi siempre está ya reducido al mínimo de las exigencias de la familia por un lado y por otro, es de tanta importancia para la salud del enfermo -no tan solo durante el tratamiento, sino después que haya logrado su recuperación- que casi siempre se insiste en mejorar la vivienda y por lo tanto, en aumentar el presupuesto para este fin.

Suponemos que en estos casos, la cuota sanatorial debe ir condicionada por la U.C., ya que la ausencia del enfermo de su hogar, reduce los gastos habituales en un pequeño porcentaje, aumentando así, los extraordinarios.

Basamos nuestras consideraciones a este respecto, en el espíritu de la Ley que se dictó con el objeto de tratar al enfermo y de asegurarle a éste y su familia una normal subsistencia.

Además entre las Unidades de Consumo encontradas en el servicio, hay muchas bastante bajas inferiores a \$:5 y el 33 % de los observados tiene una U.C. término medio de \$ 6,76, circunstancia ésta que hace imposible al enfermo aceptar tratamiento en sanatorio, aún cuando son los que más lo necesitan.

En otros casos, la causa es el salario bajo; quedan aún muchos sueldos por debajo del vital (500 pesos en los grados inferiores de algunas reparticiones públicas), por lo que

es insuficiente para atender las necesidades vitales de la familia o del individuo mismo y no es razonable exigirle una cuota mínima que corresponde a un salario mayor.

Más de una vez en el servicio, el imponente ha solicitado a la Comisión se desista de enviarlo a sanatorio porque sus entradas no le permiten pagar la cuota mínima que desequilibraría completamente el presupuesto familiar; en circunstancias que las deficientes condiciones de su hogar, reclama el envío a un establecimiento adecuado y la preocupación del Servicio Social a la familia entera, mientras el enfermo cumple su estado en sanatorio.-

2.- SU IMPORTANCIA:

No es nuestra intención ir en contra de esta disposición bastante lógica, justa y necesaria; al contrario, estimamos que su aplicación debe generalizarse a otros servicios, como a la Caja de Seguro Obligatorio, con mucho tino y cartela por supuesto y en forma parcial.

Hay casos especialmente indicados, para comenzar, verbi gracia, el grupo de las empleadas domésticas. Al gozar del reposo preventivo, perciben un subsidio mayor al salario acostumbrado debido a las regalías domésticas. Claro está que ahora ellas tienen que costearse su alimentación y alojamiento. Pero, si tenemos en cuenta que la mayoría, o son campesinas venidas a la ciudad por su trabajo o son carentes de un hogar propio por las mismas circunstancias del oficio que las ha hecho desligarse de sus familiares, en tales condiciones, ¿dónde van a efectuar su reposo? - Si vuelven a sus hogares y si

éste se encuentra en el campo, puede constituir un foco de contagio en un medio rural no infectado, bastante peligroso para la salud de los demás.

La Caja debiera enviar todos estos casos a sanatorios o centros de reposos y no perjudicaría en nada los intereses de la enferma, al cobrarles una cuota sanatorial equivalente a las regalías domésticas. Sería ideal que existiera una Casa-sanatorio disponibles únicamente para ellas, ya que se trata de un gremio numeroso, de morbilidad tuberculosa más o menos alta y de circunstancias especialmente indicadas para un tratamiento sanatorial.

Otro factor favorable a la aplicación de la cuota sanatorial en este medio, es el hecho de que el presupuesto familiar de un hogar obrero es, en muchos casos similar o superior al de nuestro empleado, siendo inferiores las condiciones de vida en el primero.

Dentro de la Caja de Seguro Obligatorio tendría cabida la cuota sanatorial en forma parcial, circunscrita a ciertos grupos de imponentes que puedan hacerlo sin menoscabo de los intereses de su grupo familiar y de acuerdo a la U.C. que disponga el enfermo para su alimentación. No deberá corresponder a un mínimo fijado previamente con desconocimiento de la situación especial y diferente que presenta cada individuo, sino a la que -aunque insignificante- se desprenda como posible del estudio de los antecedentes económico-sociales del enfermo, interviniendo directamente la Asistente Social de la Institución.

Sería benéfica esta medida, siempre que contribuyera a la creación de mayor número de casa-sanatorios y a la generalización, en la casi totalidad de los reposantes, del tratamiento sanatorial y siempre que su aplicación no fuera a desplazar del sanatorio a aquellos imponentes que no pudieran cumplir esta contribución.

Más que de ayuda efectiva para la Caja, sería esta medida, en sus comienzos, de carácter educativo para los asegurados, al hacerlos participar en forma efectiva en su tratamiento. Los fondos podrían irse acumulando para la creación de nuevas casas de reposo que tanta falta hacen.-

Capítulo V

ANÁLISIS DE OTROS PUNTOS QUE TENGAN RELACION CON EL REPOSO PREVENTIVO

1.- SITUACION DESFAVORABLE DE ALGUNOS IMPONENTES FRENTE AL REPOSO PREVENTIVO POR EL MONTO DE SUS IMPOSICIONES:

En este punto quisiéramos abordar una situación que con cierta frecuencia, se presenta en el servicio y que nos pone de manifiesto el espíritu poco previsor de nuestra gente, que si no se la obliga por medio de leyes, y aún más, si no se les presiona a cumplirlas cuando éstas existen, el individuo espontáneamente no se protege a si mismo contra ningún riesgo de los que pueden o tienen que presentarse en el transcurso de una vida.

Casualmente nos correspondió intervenir en un caso que presente típicamente la situación a que aludimos y que nos servirá de base a nuestras consideraciones.

Se trata de un imponente activo de la Caja Nacional de EE. PP. y PP., casado, con hijos, repartidor en una empresa periodística donde se le asignaba un sueldo de \$200.- mensuales que correspondía al esfuerzo demandado por su trabajo y que le confería la calidad de imponente de dicha Caja. Por su cuenta, en la venta de diarios, obtenía una entrada de \$30.-- o más diarios y que le representaba, a lo menos, una renta de \$900.- mensuales que como se comprenderá constituía el recurso principal para su subsistencia.

En Diciembre del año 40, este imponente presenta un cuadro pulmonar agudo por lo que es hospitalizado en el Salvador hasta Enero del 41. A partir del mes siguiente, es escogido al reposo preventivo de acuerdo a la Ley 6.174, precisándose entonces una tuberculosis pulmonar crónica. Desde el momento en que el enfermo deja de trabajar y pasa a gozar del reposo preventivo, solo percibe los \$200.- mensuales a que tiene derecho según sus imposiciones.

Nuevamente hospitalizado, en atención a su estado y posteriormente enviado al clima, mediante un subsidio especial dado por la Caja, ya que el enfermo no lo podía hacer por sus propios recursos, experimenta una mejoría tanto de su estado general como de sus lesiones pulmonares, hasta Diciembre del 41. En esta ocasión, el enfermo solicita el alta por cuanto sus entradas no le permiten vivir. Continúa su reposo hasta Marzo del 42. En ésta época se le ha suspendido el subsidio clima por abolición de esta clase de ayuda en el servicio. El enfermo se niega a continuar en reposo y solicita nuevamente, ser dado de alta.

En estas circunstancias y conforme a la petición del enfermo, es pasado a Medicina Curativa con un diagnóstico de tuberculosis pulmonar crónica Tipo II A., aún cuando se reconoce la necesidad de continuar el tratamiento en la misma forma.

El enfermo se entrega de lleno a sus labores ordinarias, no se preocupa mayormente de su salud. Vuelve a sentirse mal en Agosto, pero continúa trabajando hasta la pri

semana de Setiembre en que cae a la cama, falto ya de toda energía para continuar en sus labores. En estas condiciones acude nuevamente al Servicio de Medicina Preventiva donde se comprueba un agravamiento lesional pronunciado. Diagnóstico: Tuberculosis pulmonar crónica. Forma evolutiva avanzada, Grave, tipo III. Además se presume una tuberculosis intestinal. Durante este último tiempo de su enfermedad se mantiene con \$ 8 diarios ganados por su compañera.- Ahora, de hecho queda al margen de la Ley cuando desesperadamente quiere ser atendido y acogido por ella. En vista de la gravedad de su estado y de la difícil situación económica, es hospitalizado en el hospital San José por el Servicio Social.

Creemos que este caso sintetiza lo que nos hemos propuesto demostrar: Por un lado, la ignorancia, la falta de responsabilidad del individuo a que hemos hecho referencias en varias ocasiones en el curso de este trabajo, que lo incapacita para prever la situación que tenía que presentárselo después. Y por otra parte creemos que representa la situación de numerosísimos trabajadores, imponentes o no de alguna Caja de Previsión, que por la naturaleza misma de sus faenas, por carecer de empleadores obligados a preocuparse de ellos y por otras causas dispersas o esporádicas está n expuestos a situaciones similares, ya sea, contando con imposiciones correspondientes a un pequeño sueldo que normalmente sirve de una ayuda a sus medios de vida diaria y que en caso de enfermedad como en el presente, pasa a ser la única fuente de entrada, si

es que el individuo se resuelve a no seguir trabajando- o bien careciendo completamente de imposiciones y por lo tanto en absoluto desamparo frente a posibles estragos de las enfermedades contempladas en esta Ley o de cualquier riesgo en general.

No pretendemos culpar a las Cajas de Previsión de situaciones de las que en realidad no son responsables, ni tampoco a la Ley 6.174 que es incapaz de llegar al éxito del tratamiento en tales condiciones, como en el caso expuesto, pero si, pretendemos, al generalizar esta anomalía a grupos más o menos numerosos de trabajadores de diversas labores que fácilmente se pueden comprobar, hacer notar la posibilidad y la necesidad de que todos ellos tengan cabida en alguna de las Cajas de Previsión que les correspondía en razón de su trabajo y pasen a ser imponentes por un salario real, compatible con su standard de vida, ya sea en calidad de imponentes independientes u obligándolos a imponer, junto a las impeciones patronales, las correspondientes al salario obtenido por el trabajo diario que ellos efectúan por su cuenta.

Con ello se remediaría situaciones desgraciadas y desesperantes para los enfermos y ^{de} desprestigio para la Ley, como la que presenta este caso.

2.- LA INTERVENCION DE LA FISIS-CIRUGIA EN EL REPOSO PREVENTIVO

Sabemos la importancia que ha adquirido en los últimos años la cirugía en la terapéutica de la tuberculosis, mediante numerosas intervenciones que no detallaremos y que la hace ser un recurso frecuente en el tratamiento indicado a los enfer-

mos acogidos a reposo preventivo.

Para tales intervenciones el enfermo necesita hospitalizarse por un periodo de tiempo variable según la operación a que deba someterse desde 3 o 4 días hasta meses y hoy constituye un verdadero problema el obtener camas para ellos con la debida oportunidad. Es necesario recurrir al hospital San José y es menester que el enfermo espere días, semanas y aún meses para lograr tener acceso a una cama, ya sea en la sala o en Pensionado; en ámbos casos es igualmente difícil, lo que se comprende por la gran demanda de camas que existe siempre en este hospital.

Dado el número de enfermos imponentes que necesita esta atención, que sin duda alguna, aumentará año tras año y dado su calidad de empleado -por lo tanto no indigente-, ni tampoco con la suficiente capacidad económica para pagar Pensionado o medio Pensionado; se va haciendo más y más difícil su ubicación en sala común cuyas camas destinadas en su mayor parte a la atención de asegurados de la Caja del Seguro Obrero que paga por la atención de sus enfermos y de los verdaderamente indigentes. se hacen inaccesibles a estos enfermos.

Creemos ^{que} en el futuro, el servicio tendrá que entrar a considerar este problema, y que si bien, por ahora, sería utópico imaginar poder contar con una clínica propia con un número reducido de camas, siquiera para las intervenciones pequeñas que no necesitan grandes y costosas instalaciones, (como la aplicación de un primer neumo, frenoparálisis, etc.) tan numerosas y que beneficiarían a un gran número de imponentes

al aportar mayor rapidez y oportunidad para tales intervenciones. Solamente tendría que recurrirse a los servicios de Beneficencia, bien equipados, en casos de intervenciones serias (ta racoplastia, etc.), menos frecuentes en los tratamientos.

Por el momento, quizás habría la posibilidad de que las Cajas contrataran camas para sus enfermos en algún servicio de Beneficencia, especialmente reservadas para ellos, ya que siempre se contaría con el número de enfermos suficientes para ocuparlas. Lo ideal sería disponer de una sala exclusivamente para la atención de los imponentes de este servicio, para lo cual se podría contar con el aporte proporcional de los mismos enfermos a quienes les significaría un término medio entre la gratuidad de la sala y el costo de un pensionado.

Creemos, al exponer este punto, interpretar una aspiración de los enfermos en muchos casos manifestada. Al tener que ocupar una cama en sala común, se sienten algo humillados, creyendo llenar un sitio que no les corresponde. En cambio, en la forma que hemos indicado, irían a ocupar un servicio para ellos destinado y al que contribuirían al alcance de sus fuerzas.

El aumento de camas, para esta enfermedad que proyecta el organismo de lucha anti-tuberculosa, haría posible que este proyecto fuera convertido en realidad. Consideramos que el Estado o las autoridades correspondientes darán las facilidades y concesiones necesarias a las Cajas de Previsión, a fin de que puedan equiparse en forma conveniente para el mejor éx-

xito de la Ley - obra del Estado mismo y efectivo aporte a
la salubridad nacional.-

Capítulo VI

ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 8º

1.- ANÁLISIS DE ESTE ARTÍCULO EN RELACION CON EL REPOSO PREVENTIVO:

La Ley 6.174, por intermedio de este artículo dispone su financiamiento y en lo que respecta al reposo preventivo, dice en su primera parte:

"Para los fines consultados en la presente Ley, se establece una imposición patronal de un 1 % de los sueldos y jornales a favor de las Cajas a que se refiere el artículo 1º

"Esta imposición patronal deberá determinarse en cada provincia al cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7º"; es decir, al financiamiento del reposo preventivo.

Bastante se ha insistido ya en la necesidad y la razón de modificar este artículo en lo que respecta a la acumulación de fondos por provincias, ya que se trata de una institución colectiva al servicio de grupos afiliados, como lo son todos los imponentes de una misma Caja de Previsión. No cabe barreras entre ellos, dividiéndolos por provincias.

Este sistema perjudica a los imponentes de provincias industrializadas o de aquellas que por otras razones, (climatológicas, por ej), tengan un alto índice de morbilidad tuberculosa. Los pone en peligro de quedar sin la atención y tratamiento a que tienen derecho como miembros activos de

una Caja de Previsión que sustenta el principio de igualdad en el goce de los beneficios concedidos a sus imponentes.

Hasta ahora, salvo el caso sucedido en algunas provincias (verbi gracia, Magallanes), este aporte ha permitido, no tan sólo financiar holgadamente el reposo preventivo, sino, además la acumulación de fondos que anualmete a crecienta hasta representar, en algunas Cajas, un capital importante.

Seguramente pasarán muchos años aún, antes de que el monto de los reposos preventivos concedidos en un año, coincida o sobrepasen la entrada anual que a las Cajas les significa este 1 %, patronal (nos referimos en especial a las Cajas que cuentan con grandes grupos afiliados), y mientras tanto, existe un capital estacionado, sin movimiento que podría destinarse en parte para el mejor aprovechamiento del reposo preventivo, es decir, para el mismo fin con que ha sido creado.

Bastaría una autorización legal, pertinente para que una parte razonable, de un capital reserva que por hoy es inactivo, improductivo y que a nadie beneficia, se tome de inapreciable utilidad para los fines del reposo preventivo a que está destinado, como lo sería su inversión en obras sanitarias, (casas de reposo, casa-sanatorios, o sanatorios propiamente tales), de acuerdo a las exigencias y modalidades de cada servicio, según lo comentamos en el capítulo III.

Según la morbilidad de la Ley 6.174 manifestada por el examen de salud en cuatro años de aplicación, el porcentaje de enfermos tuberculosos es relativamente bajo en algunas Cajas,

(Mac. de Empleados Públicos), lo que con mayor razón justificaría y haría posible su realización, a fin de prodigar una perfecta atención a sus enfermos, sin que por ello peligrara el funcionamiento propiamente tal del reposo preventivo en años venideros. En el servicio se hace sentir la falta de un sanatorio o establecimiento similar, de propiedad, de la Institución, vacío que no ha sido plenamente llenado ni con los subsidios-clima que hasta principios de este año se concedía, ni con la contratación de camas en el Sanatorio de Putaendo.

Expondremos algunos datos que creemos justificarán nuestras observaciones:

En razón de las entradas del 1 % durante 3 años de aplicación de la Ley, habría en la Caja de Seguro Obligatorio un saldo de 41 millones de pesos a favor, cantidad que en razón del gran número de imponentes y del monto de los reposos concedidos, no puede ser disminuída en próximos años de aplicación de la Ley. (Tomado de la Memoria del Servicio de Medicina Preventiva de la Caja de Seguro Obligatorio de 1940).

En la Caja de Previsión de Carabineros, existiría un saldo, por la misma razón, de \$ 1.429 773,33, según datos obtenidos en la misma Institución. En la Caja de Previsión de Empleados Particulares, de 10 millones de pesos, más o menos y en la Caja Nacional de Empleados Públicos, de 7 millones de pesos aproximadamente. (Seguridad Social"1942).

A los fondos de reserva de las dos últimas Instituciones podría agregársele los fondos con igual fin, disponi-

bles en varias otras Cajas de Previsión de menor número de im-
ponentes y que tienen la atención del Servicio de Medicina
Preventiva en el Departamento Médico Coordinado de las Cajas
de Empleados Particulares y Públicos cuya completa fusión se
ha decretado recientemente. Con el aporte de todas, conforme a
su capacidad, se podría emprender la construcción de las o-
bras sanatoriales que se necesitan y que permitirían la mejor
aplicación de esta Ley.-

Capítulo VII

EL SERVICIO SOCIAL EN MEDICINA PREVENTIVA

1.- ORGANIZACIÓN

Iniciado el Servicio Social de Medicina Preventiva de la Caja de Empleados Particulares, en la Sección Tisiología en el primer año de aplicación de la Ley, estuvo a cargo de una Asistente Social en el primer período de su funcionamiento. Posteriormente se aumentó su número a 2 Asistentes Sociales y desde Setiembre de 1941, a raíz de la coordinación de este servicio con el de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periódicos, se agregaron las 2 Asistentes Sociales que tenían a su cargo la atención de los enfermos de esa Caja, organizándose en un solo servicio común y siguiendo la orientación marcada por el Servicio Social de la Caja de Empleados Particulares. En la actualidad esta organización es la siguiente:

En la Sección Tisiología, el Servicio Social está a cargo de 2 Asistentes Sociales que tienen la obligación de en-
cuestar a todos los enfermos tuberculosos y proporcionarles la asistencia social que sea necesaria; en la Sección Cardiología a cargo de 1 Asistente Social que es responsable de similar atención a los cardíacos y por último en la Oficina de Reposo otra Asistente, siendo de su obligación e incumbencia la atención de los enfermos acogidos a reposo preventivo con indicación sanatorial.

En la Sección Sifilología no existe Servicio Social y parte de la atención social que necesitan estos enfermos, es realizada por las Enfermeras Sanitarias de esa Sección.-

2.- MODALIDAD DEL SERVICIO EN TISIOLOGIA:

Dada la finalidad de la Ley 6.274, el Servicio Social en esta Institución es tan sólo uno de los medios y resortes con que cuenta para hacer posible y más eficaz su aplicación que es en si misma una efectiva Asistencia Social sobre y na gran parte de la población chilena como lo son todos los imponentes de las diferentes Cajas de Previsión. Su mayor preocupación es pues, el enfermo y su problema médico, en este caso, alguna lesión tuberculosa.

En contacto con el enfermo desde que éste pasa a la especialidad, la Asistente Social, mediante la visita domiciliaria y la Encuesta social adquiere rápidamente un conocimiento más o menos exacto de su situación; sin embargo, múltiples razones impiden e inhiben una verdadera labor social en lo que respecta a la individualización del caso social.

Como en toda Oficina de Servicio Social, el trabajo, en cuanto a su amplitud y profundidad, queda circunscrito a la iniciativa y criterio de la Asistente Social como también al tiempo de que pueda disponer.

Teniendo en cuenta que es el problema médico su principal preocupación, la modalidad de su trabajo está en directa relación con él y lo podemos caracterizar en los siguientes pa

tes:

- a) Encuesta Social,
- b) hospitalizaciones
- c) trámites en diversas Instituciones
- d) ronda sanatorial y
- e) orientación al enfermo y familiares..-

3.- LA ENCUESTA SOCIAL Y DEMAS ASPECTOS DEL TRABAJO:

El trabajo principal de la Asistente Social, en este servicio, no tanto por su calidad, sino por su cantidad y urgencia es la presentación oportuna de la Encuesta Social, a fin de que el caso de cada enfermo pueda ser considerado por la Comisión con sus antecedentes completos. Esto ocupa la mayor parte de su tiempo e implica, muchas veces, un número de visitas domiciliarias mayor que el posible a efectuar.

Es objeto de Encuesta Social:

- a) El imponente que llega por primera vez al servicio de Fisiología y cuyo caso va a ser considerado por la Comisión.
- b) El reposante, o sea el imponente acogido a reposo preventivo que va a ser enviado a sanatorio y en cuyos antecedentes no está incluida la ficha social, o bien tiene más de un año de antigüedad.
- c) El reposante, cuyo caso va a ser nuevamente considerado por la Comisión para la renovación de su reposo y que en sus antecedentes no figura la ficha social o bien cuando tiene más de un año de antigüedad y se cree conveniente su renovación

En este rubro quedan incluidos un gran número de reposantes antiguos, cuyos datos sociales se incluían en la ficha médica y los empleados públicos, reposantes, anexados a este servicio y que carecían de ficha social propiamente tal.

La Encuesta Social -salvo algunas excepciones- es efectuada en el domicilio del enfermo, a fin de captar su situación con mayor realidad y constatar las condiciones de su vivienda. Se omite la visita domiciliaria en aquellos casos en que el enfermo reside fuera de la ciudad y no tiene ni siquiera un domicilio accidental aquí en Santiago. Igualmente puede omitirse en los casos en que el imponente es de provincia y permanece en hoteles y pensiones, mientras la Comisión resuelve su caso. Por último, queda también fuera de la obligación de una visita domiciliaria la Encuesta a enfermos que reside en barrios rurales o sub-urbanos demasiado alejados y con difícil medio de locomoción. A estos enfermos se les cita al servicio o se aprovecha algunos de sus viajes a consulta médica o a exámenes para efectuarla.

La Encuesta Social, en este servicio, corresponde al formulario N° 5 o Ficha Social en la que se consiguen todos aquellos datos que contribuyen a la individualización del imponente, al conocimiento de su grupo familiar, de su habitación, de su situación económica, etc y que se encuentran agrupados en la siguiente forma:

1) Datos personales: Nombre completo, edad, estado civil, nacionalidad y domicilio.-

v 2) Datos familiares: Grupo familiar detallado, sin incluir nombres, especificando edad, parentesco con el enfermo, ocupación, salario y estado de salud. Es de importancia en este punto todos los datos que puedan relacionarse con la enfermedad del imponente: antecedentes familiares, fuentes de contagio, convivencia con tuberculosos, etc.-

3) Datos de la habitación: Se establece el tipo de vivienda: casa o cité, número de piezas, de personas que duermen en la habitación del enfermo, menaje, orden y aseo, canon de arrendamiento, agregando la consideración final si es apta o no para reposo.-

4) Ocupación y rentas: Se detalla el trabajo del enfermo con su horario y esfuerzo predominante. Se inserta un cuadro en que se da a conocer el salario efectivo del imponente tomando en cuenta otras entradas y los aportes de los demás familiares en caso que los haya. Este es el punto más difícil de traducir con exactitud, pues hay muchos imponentes que no dan a conocer la realidad, aún cuando en la práctica, en la mayoría de los casos, esto tiene tan sólo un valor estadístico. Mayor inexactitud puede haber en los imponentes que disponen de otras rentas y que tienen una Unidad de Consumo alta que en aquellos de salarios bajos o escasas entradas. Además debe indicarse en este punto, si el enfermo puede costearse su reposo o no, indicación que a nuestro juicio, carece de objeto, ya que si no puede costear su estadía en sanatorio no se le exime de este derecho y si puede hacerlo, es muy difícil

cil que tenga acceso a uno de estos establecimientos.-

5) Alimentación y hábitos de vida: Se detalla régimen alimenticio, especificando consumo personal de carne, leche y otros alimentos protectores. Se indica Unidad de consumo personal.

Para su cálculo se toma el total de entradas del imponente, se le divide por 30 (días del mes) y enseguida se le divide por la suma de los coeficientes correspondientes a las personas que compongan el grupo familiar. El coeficiente adoptado por este servicio es igual a 1 para las personas adultas con trabajo liviano y niños mayores de 10 años; 1,2 para personas de trabajo pesado y 1,4 para persona de trabajo cansador y una escala de 0,5 a 0,9 para los niños menores de 10 años.

A continuación se detalla consumo de alcohol, tabaco, práctica de deportes y cualquier otro dato de interés respecto a sus costumbres que pueda captarse durante la Encuesta

Finalmente tenemos, deducciones generales sobre la encuesta que equivale al Diagnóstico Preliminar con la enumeración de los problemas clasificados en la siguiente forma: económico, médico, higiénico, legal, infantil o escolar y otros problemas.

Como se ve, el formulario confeccionado para la encuesta Social permite el conocimiento más o menos exacto de la situación del imponente que se precisa -en caso de situaciones decididamente negativas al éxito del tratamiento que se va a emprender - con observaciones que ponen de manifiesto

por lo general, una situación económica apremiante, una vivienda insalubre o la calidad de provinciano del reposante que le crea una situación difícil al verse obligado a permanecer en la capital.

La frecuencia con que se presentan estos problemas, descontando el médico que es obligado, podemos apreciar la insuficiencia de recursos económicos en un gran porcentaje, las deficientes o pésimas condiciones de la vivienda, el peligro de contagio para otros familiares al tratarse de enfermo con basiloscopia positiva, dificultades con el empleador y con menor frecuencia se comprueban los problemas de índole moral.

En relación con la encuesta social, podemos agregar que consideramos necesario destacar, entre los datos de la habitación, el tipo de vivienda colectiva entre los que habitan en "casa" para desglosarlos de los que habitan casa propiamente tal, según lo observamos en el capítulo III. Además encontramos más ajustado para el cálculo de la Unidad de Consumo sustraer al monto de las entradas el cánón de arrendamiento, como lo hicimos presente en el capítulo recién mencionado por cuanto da una idea falsa de la capacidad adquisitiva para el consumo diario.

SU IMPORTANCIA: Al incluir la encuesta social junto a los antecedentes clínicos del enfermo, se tuvo en cuenta la estrecha relación que existe entre la enfermedad, especialmente tuberculosis y los factores económico-ambientales que rodean normalmente al individuo. Sabemos que cuando estos factores son m

gativos constituyen una amenaza constante sobre la salud del individuo y con mucha mayor razón lo será en la recuperación de un enfermo. Le corresponde pues, por este aspecto, su participación en la indicación del tratamiento, que en la práctica es casi nula por la falta de establecimientos apropiados. Más efectiva es su participación en la determinación de la cuota sanatorial, aunque como lo dijimos en el capítulo correspondiente no siempre la cuota sanatorial corresponde a la que se desprende de la Encuesta Social.

Además consideramos a la Encuesta Social un testimonio que refleja la situación efectiva de los diferentes grupos de in-
ponentes y las circunstancias y dificultades que con mayor o menor frecuencia se van repitiendo en el servicio en relación con la aplicación de la Ley, por lo cual, le atribuimos no tan sólo un valor estadístico, sino un medio de prueba y de estudio en la orientación del servicio.

Por su cuenta la Asistente Social debe evitar que la rutina de sus labores, la lleve a considerar la Encuesta como un simple formulario que llenar en el rodaje de la aplicación de la Ley, como un formalismo hueco, sin consecuencias para el enfermo y sin responsabilidades para el Servicio Social; debe hacérsele valer su criterio y a su actuación, especialmente a la Encuesta Social, darle la significación que le corresponde y que interesa a la recuperación del enfermo.

Sigue a la Encuesta, la atención propiamente tal a los enfermos, es decir, a los reposantes y que tiende a facilitar

los medies -dentro de lo posible- para que el interesado pueda cumplir con las indicaciones de su tratamiento. Entre los trámites más frecuente tenemos las hospitalizaciones que en gran parte las efectúa el Servicio Social. Estas pueden ser: por intervenciones quirúrgicas, (para lo cual debe recurrirse al hospital San José), por tratamiento general indicado en ambiente hospitalario y por último por la gravedad del enfermo al tratarse de lesiones tipo III, trámite éste que se hace con suma dificultad por la carencia de casas para los enfermos de dudosa recuperación.

Sigue a continuación como en todo trabajo social, trámites en diferentes Instituciones cuando el enfermo está imposibilitado de hacerlo personalmente: cobro de subsidios, tramitaciones de préstamos, trámites con el empleador y todos los que sea necesario efectuar al intervenir en la situación del imponente y su familia.

Debe presentar informes cuando le sean solicitados, ya sea por la Comisión o por algún médico tratante, y, que por lo general, se refiere a atenciones médicas en otras Instituciones o a la constatación de situaciones especiales en el hogar del reposante.

Cada 15 días, una de las Asistentes de esta Sección, efectúa "la ronda sanatorial" a fin de visitar a cada enfermo y atender sus peticiones. Esta ronda se efectúa únicamente en el Sanatorio de Putendo. Los trámites que resultan de las solicitudes de los enfermos del sanatorio, son efectuados por la Asistente de la Oficina de Reposo.

De mayor importancia es la labor de orientación frente a los enfermos y sus familiares: en relación al peligro de contagio para los demás, al control médico de los sanos, a la importancia de la vivienda en la salud, a la conducta que le conviene adoptar al enfermo y a la de sus familiares para con él, etc., etc., que llevan al reposante, muchas veces, a consultar espontáneamente a la Asistente en cualquier situación imprevista que se le presente.

En resumen, podemos decir, que la atención de la Asistente Social para con cada reposante es esporádica y sólo cuando lo necesita el interesado o en cumplimiento de alguna indicación médica. El reducido número del personal impide dedicarle mayor tiempo a cada reposante.

En pocas ocasiones, se llega al caso social individual, debido en gran parte a la situación económico-social del enfermo y a que en este medio, no existen los problemas con la frecuencia ni gravedad que se pueden observar en los individuos de otros medios y además, aun cuando existen estos problemas, no existe la necesidad de la intervención de una segunda persona para resolverlos, que es condición esencial para que se produzca el caso social.

A continuación exponemos algunos casos atendidos en este servicio:

CASO N.º I. - B.V.P., reposante, de 22 años de edad, soltera. Vive con su madre viuda y 3 hermanos menores, siendo su salario la principal fuente de entradas; ocupan una pieza bastante insalubre en un colectivo.

INTERVENCION DEL SERVICIO SOCIAL: Por renovación del reposo preventivo se efectúa la encuesta social domiciliaria, haciendo presente la inconveniencia de la habitación para la recuperación de la enferma. Se efectúa trámites necesarios para obtener la asignación familiar correspondiente a la madre, con lo que se aumenta en algo las entradas escasas del hogar. Se la pone en conocimiento de una ocupación para la hermana de la enferma, que se encuentra sin trabajo.-

CASO N° 2.- J.F.A., reposante, de 26 años de edad, casada, separada de su esposo, madre de una chica de un año de edad.

INTERVENCION DEL SERVICIO SOCIAL: La enferma solicita se coloque a su hijita en alguna institución, en la imposibilidad de cuidarla personalmente, a causa de su enfermedad. Se le hacen los trámites, para este objeto en la Casa Nacional del Niño, pero no se ocupa la vacante obtenida porque se prefiere confiar el cuidado de la niña a una hermana de la Sra. J., casada y sin hijos quien acepta gustosa esta misión. Se entrevista al esposo, pero no se trabaja por la reconciliación por no convenir a la interesada. Se efectúa tramitación de aceptación de la legitimación en favor de la menor y se inicia rectificación de partida de nacimiento.-

CASO N° 3.- G.A.A., reposante de 29 años de edad, soltero, cumple su reposo en Sanatorio. Vive con sus padres y 3 hermanos, otro de ellos también enfermo, en tratamiento fuera del hogar. Padre accidentado por un tranvía, por lo cual tiene pierna derecha amputada recientemente. Entradas insuficientes.

INTERVENCIÓN DEL SERVICIO SOCIAL: Se efectúa Encuesta Social para fijar cuota sanatorial. Se intenta readaptación del accidentado para lo cual se le inscribe en el Taller Nacional de liciados; obtiene trabajo y los materiales necesarios.-

4.- ACTITUD QUE PODRÍA ASUMIR EL SERVICIO SOCIAL FRENTE A LOS IMPONENTES CALIFICADOS "SOSPECHOSOS Y TIPO I" Y FRENTE A LOS ENFERMOS TIPO III:

Toda la labor que hasta aquí hemos esbozado ha sido en relación con el enfermo en tratamiento activo, con el repuesto. Sin embargo, quedan aún dos grupos de enfermos, de quienes el Servicio Social podría también preocuparse, al contar con los recursos indispensables, y el tiempo necesario para dedicarse a ellos. Nos referimos a los "sospechosos y enfermos tipo I" y los clasificados en tipo III.

A los enfermos mencionados en primer lugar les corresponde como único tratamiento el control en el servicio cada cierto tiempo, (uno a seis meses), a fin de estar alerta sobre un posible brote de la enfermedad por algunas de las causas que determinaron su clasificación en este grupo y tratarlo oportunamente, o bien, declarararlo sano cuando después de varios controles el individuo no presenta síntomas clínicos de enfermedad.

A pesar de lo simple de la indicación y tal vez por esta misma razón, existe en el servicio un gran número de estos imponentes considerados como "abandono de tratamiento" ya que no han acudido al control indicado ni en su oportunidad

ni posteriormente.

Sabemos además que un gran número de estos sospechosos pasan a ser considerados enfermos activos al cabo de cierto tiempo aún cumpliendo su control y que otro número de ellos concurre al servicio después de un año o más de ausencia en un estado avanzado de la enfermedad que casi los deja sin derecho a la atención de la Ley, a pesar de haber sido pesquisados con oportunidad.

Creemos que la intervención del Servicio Social en estos casos podría orientarse en la siguiente forma: En primer lugar consideramos que podría omitirse la encuesta social a estos imponentes ya que sólo van a recibir una atención mínima de parte de la Institución, a menos, que por alguna situación especial, el interesado solicite directamente la atención de la Asistente. No queremos con esto significar que la situación económica y el ambiente no vaya a tener influencias sobre ellos pero, estos factores no se van a considerar para cambiarle el tratamiento y por lo tanto, no tiene razón de ser; en cambio dejaría mayor tiempo libre a la asistente para la atención de otros imponentes.

Una vez determinado el tratamiento, es decir, el control, el imponente debería ser pasado a la oficina de Servicio Social donde se le haría ver la necesidad de cumplir la indicación médica para el afianzamiento de su salud, haciéndole comprender al mismo tiempo que es un compromiso que ha adquirido con la Institución. Se le inscribiría en un Registro ad-hoc para instarlo en su oportunidad a cumplir su compromiso, acudien-

do al control. Esto se haría mediante citaciones especiales por correspondencia cuyo despacho podría correr por cuenta de esta oficina. Creemos que en esta forma el imponente concurriría a su control, o por lo menos, justificaría la imposibilidad de hacerlo, causas que podrían ser comprobadas y consideradas por la Asistencia, a fin de subsanarlas cuando fuera posible.

Estimamos que el procedimiento seguido por la Oficina de Servicio Social de citar a los enfermos por abandono de tratamiento a los varios meses o al año del vencimiento del control es de resultados negativos, como pudo comprobarse recientemente, ya que fueron muy pocos los imponentes que respondieron a las citaciones. Por supuesto, que para establecer este sistema, se necesitaría un mayor personal y una mayor y proporcional distribución del trabajo.

Igual sistema de control podría llevarse sobre los recuperados a fin de evitar las recaídas, que sabemos son tan frecuentes en los tres primeros años después de haber sido dados de alta por recuperación, especialmente, si tenemos en cuenta las deficientes y pésimas condiciones ambientales de algunos imponentes y la imposibilidad en que se encuentran aún las Cajas de someterlos a un período de readaptación.

Ya hemos visto que los enfermos que llegan al Servicio de Medicina Preventiva en un estado de evolución avanzada de la enfermedad y que son calificados por la Comisión como Tipo III, quedan al margen de la Ley y por lo tanto, de hecho desligados de la atención del Servicio Social de Medicina Preventi

va. Sin embargo, la frecuencia de estos enfermos en el servicio, hace necesario una consideración sobre ellos. En un año, desde Setiembre del 41 hasta Agosto de este año, el exámen de salud calificó 120 casos de tipo III, de ellos 58 eran imponentes de la Caja Nacional de EE. PP. y P. y 62 de Empleados Particulares, sin contar los numerosos enfermos que, después de un período de tratamiento son considerados de este tipo.

¿ Qué hace el Servicio Social frente a estos enfermos?.- Los encuesta como es su obligación, por lo que se pueda apreciar las proyecciones que dentro del hogar va a tener la enfermedad. Si el enfermo pasa nuevamente a la oficina, una vez conocida la resolución de la Comisión, se les aconseja y se les orienta hacia un tratamiento impostergable y se les recomienda asegurándoles que si se ponen en tratamiento como es debido al cabo de algunos meses será acogido por la Ley. Pero la mayoría no sigue estas indicaciones: Unos, porque se sienten más o menos bien y no dan mayor importancia al fallo de la Comisión. Otros, aún cuando conscientes de la gravedad de su estado, necesitan continuar trabajando para poder hacer frente a la situación creada y por último, otros que se desesperan y acuden a la Asistencia Social en la creencia que ella los puede ayudar. En algunos de estos casos se pide a la Comisión, por medio de una solicitud la reconsideración del caso, pero, por lo general, se mantiene la resolución.

Llama la atención de que muchas veces estos enfermos han venido de puntos lejanos del territorio, especialmente del sur (Magallanes, Valdivia etc.), y a quienes los ha traído la esperanza de ser escuchados y atendidos. Se encuentran aquí

con una serie de gastos extraordinarios: viajes, hoteles, deudas, alejados de sus familias y con la perspectiva de quedar sin trabajo y sin recursos dentro de 4 meses para él y los suyos.

¿qué intervención le cabe al Servicio Social, en la actualidad frente a estos enfermos?.- Obligada por su responsabilidad, ninguna, puesto que ya no pertenecen al servicio. Obligada por su profesión y por humanitarismo, ninguna que pueda ser de verdadera eficacia para el enfermo en estas circunstancias. A veces, se consigue hospitalizarlo, cuando la gravedad de su estado se une a la falta de medios para el más indignificante tratamiento, como en el caso expuesto en el capítulo V, o bien, cuando carece de familiares o es de provincia, etc. En algunos casos, esta medida es de mucha importancia para el enfermo, por cuanto el tratamiento hospitalario puede hacerlo reaccionar y al cabo de algunos meses poder ser considerado recuperable. Pero, esta táctica tampoco puede generalizarse en los casos necesarios, pues se estriba con la oposición del enfermo debido a su incompreensión y por otro lado a la falta de camas que en todo momento se deja sentir y que por mucha voluntad que haya por parte de la Asistente, es absurdo pensar siquiera la consecución en el número y frecuencia que se desea, pues además de existir pocas camas disponibles en esta especialidad, se trata de cerrarle siempre las puertas al enfermo grave, irrecuperable.

Tal como se presenta la situación para el enfermo tuberculoso tipo III, es imposible una intervención eficaz del Servicio Social. Sin los instrumentos indispensables, cajas y recursos económicos suficientes para el enfermo, sólo se consigue abondar la tragedia de la situación.

No significa esto que tengamos que permanecer indiferentes ante tales circunstancias, al contrario, creemos, que la Asistente Social, al tratar de intervenir en cada uno de estos casos -pidiendo en lo posible las proyecciones y consecuencias de la enfermedad- irá demostrando al Servicio de Medicina Preventiva o a las Cajas de Previsión, la necesidad que se da la atención debida a estos enfermos -tratamiento médico obligatorio y aislamiento en caso necesario y que estudia la posibilidad de un subsidio más razonable que el que existe actualmente, no por la compasión que su situación provoca, sino por la justicia, por el humanitarismo y por la base científica de los argumentos que se invocan en su favor. Hemos visto que la Medicina de individuo se ha hecho colectiva y tendrá que serlo aún más. Ya no considera la enfermedad únicamente en razón del individuo, sino al individuo enfermo en razón de su medio habitual y si lo ~~considera~~ en razón del interés de la colectividad a que pertenece el enfermo, justificaría la inversión que a las Cajas de Previsión les significara la atención organizada del tuberculoso avanzado. Entonces, la Asistente Social de la Institución podría desarrollar con éxito la labor que le corres-

ponde en torno a ellos y sus familiares y que es la misma dentro de este servicio como en cualquier otro donde se encuentre el enfermo.

Cuando se consiga esta atención y la Beneficencia o el Estado se haga cargo de la atención organizada de los enfermos tuberculosos no asegurados e indigentes, iniciando una labor enérgica y constante en todos los sectores de la población donde el pauperismo con todo su cortejo de factores predisponentes y determinantes, propaga solapadamente la enfermedad de persona a persona, de cuarto en cuarto y de ahí, a otros sectores de la población y cuando se llegue a la rivalidad en la construcción, siquiera de parte de las miles de viviendas que nos hacen falta y que están en proyecto, entonces la lucha anti-tuberculosa habrá llegado a ser perfectamente racional y efectiva y le habrá cabido a la Ley de Medicina Preventiva ser la primera experimentación al respecto.-

Capítulo VIII

CONCLUSIONES

CONVENIENCIA DE LLEGAR A LA APLICACION INTEGRAL DE LA LEY, PARA LO CUAL ES NECESARIO:

- 1.- Hacer extensivo el examen de salud a un mayor número de imponentes en cada Caja de Previsión.
- 2.- Ampliar e instalar Equipos Médicos en las diversas ciudades del país, pudiendo ser éstos por cuenta de 2 o más Cajas en los lugares en que la población no compense su instalación por cuenta de una sola Institución.
- 3.- Generalizar Equipos Médicos Volantes para los medios rurales mineros y de condiciones geográficas difíciles y poder llegar hasta los lugares más apartados, especialmente agrícolas. Estos Equipos deberían ser representativos de varias Cajas, las más importantes, a fin de fichar toda la población trabajadora de la región que se visite.
- 4.- Llevar a cabo una mayor propaganda sistemática respecto a la Ley y sus beneficios, que al mismo tiempo instruya sobre las enfermedades que contempla.
- 5.- Estudiar en cada servicio, la posibilidad de aplicar el examen de salud con criterio epidemiológico, dada su importancia en la pesquisa de focos de contagio.
- 6.- Hacer extensiva la atención médica a los familiares del enfermo en casos previamente calificados.
- 7.- Uniformar sistemas y apreciaciones estadísticos en los dife_

rentes servicios que permitan la comparación de los resultados obtenidos en la aplicación de la Ley.

- 8.- Estudiar por parte de las Cajas de Previsión, la situación de los enfermos tipo III, siquiera en lo que significa prevención para los sanos.
- 9.- Organizar una mayor dependencia entre los 2 servicios de Medicina que ofrecen las Cajas a sus imponentes: Preventiva y Curativa para el traspaso de los enfermos de una sección a otra.
- 10.- Proporcionar a estos enfermos, por cuenta de las Cajas, atención médica gratuita y aislamiento en caso necesario.
- 11.- Obligarles a ponerse en tratamiento médico y proporcionar asistencia social a los familiares de estos enfermos.
- 12.- Considerar las condiciones de la vivienda como parte inherente al éxito del tratamiento.
- 13.- Iniciar, a la brevedad posible, la instalación de Centros de Reposo o Casa-sanatorios en cantidad suficiente al número de reposantes que necesite indicación sanatorial.
- 14.- Que estas casa-sanatorios sean de modalidad diferente según el ambiente de los imponentes a que sean destinadas. De preferencia con habitaciones uni o bipersonales para los reposantes de este servicio.
- 15.- Considerar que un gran porcentaje de los reposantes que cumplen su tratamiento ambulatorio presentan inconvenientes a su recuperación que alargan el tratamiento y que más o menos son las siguientes:

Un 25 % de los observados vive en casa inadecuada

Un 23 % en pensiones y hoteles

Un 10 % en cité y conventillo. I en cuanto al salario,

Un 33 % tiene salario escaso.

- 16.- Eximir al reposante, cuando la situación comprobada lo justifique, del pago de la cuota sanatorial.
- 17.- Fijar la cuota sanatorial, en algunos casos, sobre la base de la Unidad de Consumo, deduciendo para calcularla el costo de la habitación, porque éste no disminuye con la ausencia del enfermo del hogar.
- 18.- De iniciar su aplicación en otros servicios similares.
- 19.- Obligar por medio de la Institución que corresponda a que todo individuo, imponente de una Caja de Previsión, por un salario ínfimo -que solo corresponda a una parte de sus medios de vida- agregue junto a las imposiciones patronales, el monto correspondiente a su trabajo real y efectivo.
- 20.- Igualmente obligar a los grupos de trabajadores independientes, que aún quedan al margen de las Leyes de Previsión, a que se hagan imponentes en la Caja que en razón de su trabajo, les corresponda.
- 21.- Proporcionar a los imponentes de salario ínfimo o parcial, cuando el caso lo requiera, una ayuda en dinero conjuntamente con el reposo preventivo que le permita vivir a él y familiares que tenga a sus expensas.
- 22.- Contar con camas suficientes para las hospitalizaciones obligadas por indicación quirúrgica, ya sea con instalaciones propias o contratadas en otros servicios.

- 23.- Que el progreso y éxito de esta Ley continúe siendo una preocupación preferente del Estado, por ser una Institución creada por él.
- 24.- Aprobar, por parte del Gobierno, proyecto de reforma al artículo 8º de esta Ley, en lo que respecta a la acumulación de fondos por provincias.
- 25.- Estudiar por parte del Gobierno y de las Cajas de Previsión, la posibilidad de autorizar legalmente la inversión de parte razonable de los fondos del reposo preventivo, en la instalación del mayor número de casa-sanatorios, al menor costo posible.
- 26.- Darle a la Encuesta Social la importancia que debe tener en la recuperación del enfermo.
- 27.- Omitir la Encuesta Social a los imponentes que pasen a II siología por sospechosos o que sean calificados como tipo I.
- 28.- Evitar los "abandonos de tratamientos" antes de que lleguen a serlo, mediante la intervención oportuna del Servicio Social y no con posterioridad al vencimiento del control.
- 29.- Proporcionar asistencia social a los enfermos tipo III, a cargo de una Asistente Social especial para ellos, para complementar la atención médica que debieran dispensarles las Cajas.
- 30.- Aumentar el número de Asistentes Sociales de este servicio, a fin de que se pueda atender a los enfermos en debida forma.