

which lie behind a bad prognosis. Treatment is purely symptomatic. Recovery is always possible with medical attendance, without medical attendance and in spite of medical attendance. While the death rate is high it is not so large as usually thought: at the most 10 to 20%.

EL EXAMEN SISTEMÁTICO DE SALUD Y EL REPOSO PREVENTIVO, COMO MEDIOS DE LUCHA CONTRA LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR AFECCIONES CRÓNICAS*

Por el Dr. GUILLERMO GREBE

Análisis de la Ley 6,174 en las Cajas de Empleados de Chile

PANORAMA GENERAL DE LA LEY

La legislación sobre Previsión Chilena de la clase que trabaja empieza el año 1924. En esa época se crean las cajas de Previsión para Empleados Públicos y Periodistas, para empleados de la Industria y el Comercio, Seguro Obrero, etc. Estas diversas Instituciones cubren los riesgos de invalidez, vejez, muerte, orfandad, accidente y enfermedad.

Para cubrir el riesgo de enfermedad, se formaron en las Cajas servicios médicos colectivos, servidos por médicos funcionarios, que atienden a los imponentes en forma gratuita o a tarifas reducidas. Estos servicios, que atienden la Consulta del imponente enfermo, son dependientes de cada una de las Instituciones de Previsión. Así se dispone de servicios médicos en las Cajas de Empleados Públicos, Ferrocarriles, Seguro Obrero, Municipalidades, etc. Este mecanismo representaba una acción pasiva de estos servicios colectivos frente a la enfermedad.

Los Servicios Médicos atendían al imponente cuando éste recurría a ellos con síntomas, generalmente avanzados, de alguna enfermedad, otorgándole atención médica y medios terapéuticos y farmacéuticos para su tratamiento. A causa de esta atención tardía, las Cajas de Previsión soportaban la carga que representa la invalidez prematura de sus afiliados, sin lograr un rendimiento útil en el sentido de la recuperación para el trabajo. Los distintos presupuestos de los Servicios se destinaban casi exclusivamente a estas atenciones médicas de índole curativa y reparadora.

Desde el año 1938, la Ley 6,174 obligó a las Instituciones de Previsión Social a desarrollar una nueva y diversa política de salubridad orientada hacia la búsqueda oportuna de las principales enfermedades crónicas: tuberculosis, sífilis y afecciones cardio-vasculares, en un medio supuesto sano. Vira así totalmente la acción económica social de estas Instituciones. Se da importancia a aquellas enfermedades que por su alta frecuencia pesan sobre la colectividad, en forma tal que la mortalidad infantil está representada en un 50% de la causada por las tres enfermedades mencionadas. Se liga indisolublemente la acción médica a la acción económica, no sólo para mejorar la salud del enfermo sino para mantener su nivel de vida familiar mientras la enfermedad le impide ganárselo por su propio esfuerzo. Polariza su capacidad hacia obtener un mejor resultado y se ajusta a normas técnicas de diagnóstico y tratamiento, que buscan constantemente la simplifica-

* Presentado en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Río de Janeiro del 7 al 18 de mayo de 1942.

ción del costo de la atención, mediante el ejercicio de una Medicina Dirigida, que no investiga lo que no va a poder detener, o lo que costaría muy caro detener, en el estado actual de los conocimientos médicos.

La Ley se financia mediante el aporte del 2½% de las entradas brutas totales de las Cajas de Previsión, suma que es susceptible de elevarse por Decreto de S.E. el Presidente de la República, cuando los resultados obtenidos lo justifiquen.

Debemos hacer notar que ya en las dos más importantes Cajas de Empleados de Chile los resultados han justificado este nuevo aporte y se han ampliado los Servicios. Con este dinero las Cajas de Previsión están obligadas al diagnóstico y tratamiento de aquellos individuos que son susceptibles de recuperarse y volver a desempeñar un rol útil en la economía nacional.

Un impuesto especial, a cargo del que emplea, equivalente al 1% del salario, sirve para proteger a la familia del enfermo y librar a éste de las preocupaciones financieras que dificultarían su curación.

La Ley establece que todo individuo que requiera un reposo para mejoría, recibe de la Institución de Previsión a que está afiliado un subsidio de reposo, equivalente al 100% de la remuneración que percibe por su trabajo durante todo el tiempo que dure su incapacidad.

Se otorga un fuero de enfermedad durante un plazo de seis meses al individuo que ha sanado, no pudiendo ser removido de su trabajo, y a aquellos imponentes cuya enfermedad no es susceptible de una recuperación compatible con el ejercicio de una actividad productora, se les acoge a la legislación corriente de las leyes del trabajo chilenas, es decir, a subsidios de enfermedad de monto decreciente, y su atención médica es entregada a los organismos asistenciales correspondientes.

Podemos así sintetizar los objetivos de esta nueva política médico-social en los siguientes factores:

(a) Lucha dirigida hacia los tres grandes grupos de enfermedades que tienen trascendencia colectiva en la salubridad chilena por sus altos índices de morbo-mortalidad.

(b) Concentración de esta lucha en aquellas formas de las enfermedades que son susceptibles de recuperación, mediante el ajuste paulatino del rendimiento de la máquina médica que se emplea.

MECANISMO DE ACCIÓN

Como mecanismo de acción de la Ley se han establecido los Equipos Médicos en todas aquellas ciudades cuya densidad es superior a 5,000 empleados, cifra mínima por debajo de la cual los estudios realizados permiten afirmar que no es económico establecer un Equipo de esta naturaleza. Estos Equipos disponen de médicos, dentistas, enfermeras sanitarias, visitadoras sociales y personal auxiliar, y de las instalaciones de radiología, laboratorio, electrocardiografía y demás instrumental necesario para la correcta atención del público.

El personal médico comprende tanto a médicos internistas no especializados, encargados de calificar a los examinados, en sanos o presuntos enfermos, como a especialistas en fisiología, sifilología, y cardiología, encargados de confirmar el diagnóstico efectuado y de cumplir el tratamiento oportuno de acuerdo con las normas técnicas en vigencia.

El examen radiológico sistemático de los afiliados se efectúa con el método creado por el Prof. Manoel d'Abreu, método que a través de las 25,000 roentgenofotografías efectuadas en nuestro servicio de Santiago, ha comprobado una vez más su eficacia y economía en el examen de las grandes masas de la población. Se recurre además a la radiografía, siempre que las lesiones lo requieran.

Estos Equipos atienden las poblaciones de los grandes centros urbanos en

donde la aplicación de la Ley no ha presentado dificultades. Pero las peculiares condiciones biogeográficas de Chile, con una población de empleados dispersa en las pequeñas ciudades del medio rural, han constituido un obstáculo para la difusión de estos servicios.

Una nueva experiencia ha sido tentada como solución del problema de la atención semi-rural: el Centro Móvil de Diagnósticos. Equipos Médicos montados en camiones especialmente contruídos en Estados Unidos y que llevan servicios de radiología, laboratorio y electro-cardiografía, recorren todo el país, examinando a la gran mayoría de los afiliados a nuestras dos Cajas.

La experiencia está todavía en marcha, pero sus resultados nos han permitido conocer la realidad médico-sanitaria del país en nuestro medio social, y establecer servicios médicos mínimos, solamente en aquellas pequeñas ciudades en donde la morbilidad encontrada obliga a un control médico estable y la Caja de Seguro Obligatorio ha tomado esta idea como base para su nueva atención rural.

Un sistema especial de citaciones y controles complementa la labor de los médicos; y nuestros sanatorios marítimos, de montaña, y de llanura, permiten agregar a los tratamientos de la terapéutica medicamentosa la acción médica del reposo en un clima apropiado.

Tanto en los Equipos fijos como en los móviles, las labores efectuadas por cada grupo médico y sus auxiliares pueden resumirse en la forma siguiente:

Los médicos internistas son los encargados de someter al individuo a un interrogatorio sobre los antecedentes, familiares y personales, que tengan relación con las enfermedades que interesan a la Ley 6,174, de hacer una historia clínica somera de sus padecimientos actuales, si es que ellos existen, y de realizar un exámen físico general de corta duración al imponente.

Terminada esta primera fase, a todos los examinados se les practica un examen dental completo, las reacciones serológicas de Kahn y Wassermann, y una radiocopia y roentgenofotografía del tórax, por los dentistas, médicos laboratoristas, y radiólogos del servicio.

Si en cualquiera de estos diversos exámenes se sospecha la existencia de una lesión tuberculosa, se complementan con una radiografía del tórax, una velocidad horaria de sedimentación, y la investigación bacteriológica del bacilo de Koch, antes de ser examinados por el médico tisiólogo. Si se sospecha una afección cardiovascular se complementan los exámenes generales ya enunciados con un electrocardiograma del presunto enfermo.

Médicos especialistas en oftalmología, otorrinolaringología y neurología sirven de asesores y consultores a los especialistas en tisiología, cardiología y sifilología, siempre que ellos lo estimen necesario.

Visitadoras sociales y enfermeras sanitarias efectúan las encuestas familiares previas al reposo preventivo, y un tribunal médico—La Comisión de Medicina Preventiva—con los antecedentes mencionados, pronuncia acerca de las condiciones en que el empleado puede hacer uso del reposo preventivo y de los beneficios médicos y sociales que de él se derivan.

LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS

La Ley de Medicina Preventiva, aunque no ha pretendido ser un plan de lucha antituberculosa, representa hoy día la más efectiva arma contra dicha infección con que se cuenta en Chile.

Dentro de las líneas generales del examen que ya hemos enunciado, el empleado declarado sospechoso de ser portador de una probable lesión tuberculosa, es examinado por el médico especialista con todos los elementos de juicio en su poder (radiografía, roengenofotografía, investigación completa del bacilo de Koch,

etc.) y calificado por éste en alguno de los rubros diagnósticos de las normas técnicas en vigencia.

Si existe la necesidad de un tratamiento activo, éste es resuelto después de la discusión del caso en una reunión clínica semanal de todos los tisiólogos del servicio y aplicado de acuerdo con las indicaciones que correspondan.

La existencia de los sanatorios y de un Asesor Quirúrgico permite dar una atención completa al tuberculoso; así como un Servicio Médico Domiciliario de urgencia capacita al Servicio para hacer frente a los posibles accidentes de la enfermedad, o iniciar el neumotórax ambulatorio en el domicilio del paciente.

La reducida dotación de camas para tuberculosos que poseemos, obliga a usar preferentemente la "Cura Libre" ambulatoria en el domicilio y a no enviar a Sanatorio sino a aquel tipo de enfermos cuya indicación es precisa, con el objeto de aprovechar al máximo los escasos recursos sanatoriales de que se disponen, ya que a pesar de que el Departamento Médico Coordinado ha iniciado construcciones de tipo sanatorial, sólo disponemos de 200 camas propias y 150 contratadas con otros Servicios Asistenciales.

Esta situación nos obliga a controlar el reposo de los individuos en cura libre mediante el personal necesario de enfermeras sanitarias que procuran transformar el domicilio del enfermo en un sitio apropiado para el reposo. Sin embargo, las condiciones económico-sociales del empleado medio no son favorables a una acción epidemiológica en este sentido.

El neumotórax terapéutico efectuado en forma precoz, constituye así nuestra principal arma de tratamiento activo.

Dado el carácter social que esta Ley tiene, efectuamos un control minucioso de los posibles sospechosos, así como de aquellos individuos ya recuperados por la acción del Servicio, para poder llegar a tener un conocimiento más profundo de la realidad tisiológica nacional y del futuro del enfermo.

Con este objeto se repite el examen del individuo sospechoso cada 2, 4 o 6 meses según la sintomatología que motivó la sospecha, hasta llegar a excluirlo como sano o a tratarlo como enfermo.

En los cuatro años de trabajo los servicios de tisiología han logrado darnos a conocer la incidencia de la tuberculosis en las diversas zonas del territorio, así como mostrarnos la influencia de los salarios, el contagio, y las ocupaciones en la morbilidad tuberculosa. Estos datos nos servirán de punto de partida para iniciar una búsqueda de los "contactos," de acuerdo con los principios de la epidemiología, tan brillantemente sustentada por los higienistas norteamericanos.

Algunas cifras estadísticas relativas al número de examinados y a los resultados obtenidos por el reposo preventivo de los tuberculosos nos fijarán la acción que ejerce el Departamento:

Exámenes de salud.....	44,612	100 %
Destinados a tisiología.....	13,077	29.4%
Declarados sanos	2,269	5.2%
Sospechosos y confirmados.....	10,808	24.2%

Por lo tanto, se encuentra una morbilidad tuberculosa que *debe ser controlada* del 24.2%, aunque el número de tuberculosos activos oscila sólo alrededor de un 4%.

En rendimiento del trabajo médico estos datos representan un promedio mensual de 150 imponentes supuestos sanos, que en realidad son portadores de una afección bacilar o sospechosos de ella, 900 controles a imponentes enfermos y la aplicación de 300 tratamientos. La recuperabilidad mediante el reposo preventivo ha sido francamente satisfactoria aun en las condiciones ya enunciadas.

Así por ejemplo en el total de los 728 imponentes tuberculosos a los cuales se les ha concedido reposo desde sobre. de 1941, hasta la fecha, podemos anotar el alta con recuperación clínica y radiológica de las lesiones que motivaron el reposo en 533 de ellos y agravación en 20, permaneciendo el resto en las mismas condiciones, situación que está reflejada por el cuadro siguiente:

Reposos concedidos.....	728	100 %
Altas por recuperación.....	533	73.2%
En las mismas condiciones.....	175	24 %
Agravados.....	20	2.8%

No creemos necesario dar mayores datos para probar la utilidad de la aplicación de la Ley de Medicina Preventiva en la lucha contra la tuberculosis.

LUCHA CONTRA LA SÍFILIS

La Ley de Medicina Preventiva ha establecido en su reglamentación el tratamiento gratuito y obligatorio de la sífilis.

El Sifilólogo recibe para el examen y control especializado a todo empleado con manifestaciones francas de una sífilis florida, o bien a aquel imponente a quien sus antecedentes personales o familiares, la serología, o un diagnóstico anterior efectuado en un Servicio responsable, u otra sintomatología, lo hacen sospechoso de una lúes. Es obvio repetir que a todo empleado se le practica una reacción de Kahn y Wassermann en el Servicio.

En los enfermos portadores de una sífilis florida se procede de inmediato a su tratamiento. En los grupos sospechosos se practica un examen minucioso de la piel, mucosas y sistema ganglionar, y una reactivación según la técnica de Fournier (tres controles de sangre, al décimo, décimo-quinto y vigésimo día después de la primera inyección).

El examen del fondo de ojo y del sistema nervioso central y la investigación de la indemnidad del aparato cardio-aórtico, junto con una punción lumbar, completan el examen. Si toda la investigación anterior da resultados negativos en aquéllos que presentan antecedentes positivos, se considera al sujeto como curado de esa afección, se le clasifica como "tratado probable sano" y se le deja en observación y control anual. Si en algunos de estos controles acusa manifestaciones de positividad, se le clasifica como "confirmado" y se le somete al tratamiento correspondiente.

El grupo de los confirmados se divide para los efectos terapéuticos en dos grandes sub-grupos:

(a) *Sífilis reciente*, que comprende las formas primo-secundarias y latentes de menos de tres años de evolución; y

(b) *Sífilis antigua*, que comprende las latentes de más de tres años de evolución, las sífilis nerviosas, las viscerales (cardio-aórticas), etc.

En todos estos enfermos antiguos, los exámenes cardiológicos, neurológicos y oftalmológicos, así como el examen del líquido raquídeo, son de rigor de acuerdo con las normas sifilológicas en vigencia.

Como forma de tratamiento se emplean en el Servicio indistintamente el esquema continuo o discontinuo, sin hacer hincapié en ninguno de los dos, ya que en general nuestros especialistas tienen amplia libertad para indicar cualquiera de ellos. Sin embargo, en la práctica, hemos visto que en el medio social en que actuamos es de más fácil aplicación el esquema de tratamiento discontinuo, usando de preferencia un tratamiento plurimedamentoso a base de arsenicales y bismuto con agregado de yoduros en algunos casos calificados.

Experimentamos en este momento la posibilidad de usar el tratamiento masivo

en el sector de los empleados, pero no podemos todavía pronunciarnos acerca de la practicabilidad de su uso por falta de camas de hospitalización propias y las peculiares condiciones económicas del grupo en que actuamos.

Como en la lucha contra la tuberculosis, algunas cifras generales nos van a mostrar numéricamente algunos puntos relativos al control de tratamientos y al reposo preventivo.

Exámenes de salud.....	44,612	100 %
Destinados a sifilología.....	6,224	14 %
Declarados sanos	1,433	3.2%
Probables enfermos.....	4,811	10.8%

Sin embargo, en este total de probables enfermos, las sífilis recientes que exigen nuestro control son solamente 139 formas primarias, 178 formas secundarias y 507 sífilis latentes de menos de tres años de evolución, lo cual nos da un total de 824 empleados sifiliticos sometidos a una observación permanente, o sea el 17% del total de probables enfermos, existiendo también 438 "tratados probables sanos".

El cuadro siguiente nos muestra estos diversos casos:

Probables enfermos	4,811	100 %
Sífilis recientes	824	17 %
Tratados probables sanos	438	9 %
En observaciones diagnósticas.....	496	10.3%
Sifiliticos antiguos	3,053	63.7%

Creemos necesario precisar más algunas ideas acerca de la nomenclatura y conducta empleadas en los diversos grupos señalados.

Concentramos nuestros esfuerzos en el tratamiento de las formas de *sífilis recientes* por su importancia social desde el punto de vista epidemiológico y porque son las que presentan mayores probabilidades de curación. Controlamos a los *tratados probables sanos*, porque, a pesar de haber seguido un tratamiento correctamente verificado en ritmo, tiempo total y negatividad de la serología, los estudios practicados en nuestros Servicios nos han confirmado la existencia de alteraciones del líquido céfalorraquídeo, que permiten suponer un compromiso visceral, productor de invalidez.

No olvidamos tampoco a las formas de *sífilis de data antigua* a las cuales efectuamos el clásico tratamiento de manutención y controlamos periódicamente.

Todos estos controles se efectúan por médicos especialistas, enfermeras sanitarias y visitadoras sociales mediante un sistema estadístico especial que nos permite mantener en tratamiento a un 68% de nuestros enfermos. Este porcentaje puede considerarse satisfactorio, ya que sólo tenemos un 8% de abandonos voluntarios del tratamiento en un medio social tan móvil como es el de los empleados, que fácilmente cambian de ocupación y de localidad, escapando así al control de nuestra acción.

Para terminar esta breve reseña de la labor que efectúa el Departamento Médico, en su lucha anti-sifilitica, mencionaremos que recientemente—como lo muestran las normas en vigencia—hemos ampliado el reposo preventivo a las formas contagiosas de la sífilis para evitar su diseminación mediante el aislamiento, y a algunos casos de complicaciones, ya sea en el curso de la enfermedad o del tratamiento.

El número de enfermos en que se ha aplicado, es todavía escaso (24) y no significativo, por lo cual esperamos la prueba del tiempo para dar a conocer sus resultados. En todo caso, la acción antisifilitica de nuestros Servicios ha probado ya su eficiencia.

LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES CARDIO-CIRCULATORIAS

Los nuevos conceptos económicos sociales que animan la Ley de Medicina Preventiva dirigieron su atención hacia las enfermedades cardio-circulatorias por ser las principales causantes de invalidez en la clase media chilena. En efecto, las encuestas realizadas antes de la promulgación de la Ley, revelaron que estas afecciones originaban en promedio la cuarta parte de todas las pensiones de invalidez pagadas por las diversas Cajas de Previsión a sus afiliados.

Era necesario, por lo tanto, buscar un mecanismo eficaz de lucha contra estas afecciones y las alteraciones que ellas producen en la capacidad de trabajo de sus portadores, a pesar de que las posibilidades terapéuticas que actualmente poseemos son limitadas. Sin embargo, la experiencia extranjera había establecido los buenos resultados del uso del reposo temporal como elemento mantenedor de la vida activa del cardíopata. Estas dos ideas básicas: la utilización del reposo como medio terapéutico y la importancia del enfermo como valor de producción si se logra prolongar su capacidad de trabajo, sugirieron la incorporación de las afecciones cardio-vasculares entre las enfermedades que serían beneficiadas por la Ley 6.174. Con este objeto, los Servicios Médicos han establecido policlínicas cardiológicas de atención gratuita, dotadas de todo el personal especializado y las instalaciones materiales necesarias para el diagnóstico y tratamiento de los cardíacos.

Así, los empleados que el médico internista considera como sospechosos de ser portadores de alguna lesión cardio-circulatoria, son enviados al especialista practicándosele sistemáticamente un electrocardiograma y un ortodiagrama, ya que nuestra experiencia nos ha demostrado que la roengenofotografía del tórax nos es tan útil para el diagnóstico de las formas cardíacas como lo es para la investigación de la tuberculosis. En caso necesario se efectúan además los exámenes oftalmológicos, hematológicos, y las pruebas de la función circulatoria y de la función renal, que se consideran indispensables para precisar el diagnóstico.

Los enfermos confirmados como portadores de una lesión cardio-vascular, se clasifican de acuerdo con una nomenclatura nacional, creada en el Servicio, basándose en la clasificación adoptada por la New York Heart Association y en la cual se considera, junto con la capacidad funcional del sujeto, su potencialidad de recuperación para el trabajo.

Los empleados confirmados como cardíopatas pero no incapacitados para el trabajo, reciben las indicaciones higiénico-dietéticas y el tratamiento medicamentoso correspondiente a la lesión de que están afectados, siendo controlada su asistencia obligatoria y periódica al Servicio por enfermeras sanitarias domiciliarias.

Los enfermos confirmados e incapacitados son acogidos al reposo preventivo en las condiciones establecidas en las normas cardiológicas en vigencia, fruto de la experiencia adquirida por nosotros en la primera etapa de la aplicación de la Ley.

El Departamento Médico cuenta con un Sanatorio marítimo donde son enviados de preferencia los enfermos vasculares (hipertensos, coronarios, etc.) que necesitan efectuar su reposo y que son aquéllos que con más urgencia necesitan cambio de clima.

La labor realizada hasta ahora por el Servicio Cardiológico de Santiago, puede resumirse en el cuadro siguiente:

Exámenes de salud	44,612	100 %
Destinados a cardiología	10,693	24 %
Declarados sanos	3,252	7.3%
Confirmados	7,441	16.7%

Cifras que nos muestran una morbilidad por afecciones cardio-vasculares en el grupo encuestado, del 17%.

En lo que se refiere a la acción del reposo en el medio social en que actuamos, el cuadro que a continuación exponemos nos resume la situación en el día de hoy:

Total de reposos concedidos	668	100 %
Recuperados	530	79.8%
Fallecidos y agravados... ..	138	20.2%

Este 80% de éxitos, frente a un 20% de fracasos, justifica la aplicación de la Ley de Medicina Preventiva en la lucha contra las afecciones cardio-circulatorias.

RESUMEN FINAL

En el Departamento Médico Coordinado, que atiende a los empleados particulares de la industria y del comercio y a los funcionarios de la Administración Civil del Estado, que son los dos principales grupos que constituyen la clase media de Chile, la Ley de Medicina Preventiva ha significado la creación de nuevos Equipos técnicos especializados para la lucha contra las enfermedades crónicas. La labor de estos Equipos, que hemos diseñado en sus grandes líneas en la presente ponencia, puede resumirse en el cuadro siguiente:

Empleados examinados	44,612	100 %
Encontrados sanos 1er examen	14,618	32.8%
Enviados a fisiología.....	13,077	29.4%
Enviados a cardiología	10,693	23.9%
Enviados a sifilología	6,224	13.9%

Si de estas cantidades desglosamos los imponentes encontrados sanos en los exámenes especializados, podemos fijar los porcentajes de morbilidad final que a continuación enunciamos:

Sospechosos y confirmados de tuberculosis	10,808	24.2%
Confirmados cardiovasculares	7,441	16.7%
Probables enfermos de sífilis.....	4,800	10.8%

Al exponer los resultados del examen sistemático de salud y del reposo preventivo como medios de lucha contra la morbomortalidad por afecciones crónicas, creemos poder sostener que el balance de esta primera etapa de experimentación puede considerarse favorable y justifica las esperanzas que el Gobierno Chileno tiene acerca de este instrumento legal.

ROUTINE HEALTH EXAMINATIONS AND ENFORCED REST TO PREVENT CHRONIC DISEASES

A Coordinated Medical Division in the Social Security Administration of Chile provides medical care to private and Government civilian employees. The Preventive Medicine Law (1938) has permitted the organization and equipment of new specialized personnel for the prevention of chronic conditions (tuberculosis, syphilis, cardio-circulatory diseases). The results secured through routine health examinations and the enforcement of preventive rest already justify the confidence placed by the Chilean Government in this Law.