

SALUBRIDAD Y SEGURO SOCIAL*

Por el Dr. HERNÁN ROMERO

Director de la Escuela de Salubridad de Chile

En Chile fué tradición que los mejores hombres se dedicaran al ejercicio de la ley y, como dijo un francés, la sociedad crea las injusticias y la ley intenta repararlas. La ola de optimismo que recorrió el mundo después de la guerra pasada y que dió nacimiento a la Sociedad de las Naciones, al Tribunal Internacional de La Haya y a otras instituciones que demostraron ser tan bien intencionadas como incapaces de asegurar soluciones permanentes, llegó también a Chile, aunque con cierto retraso.

Esos hombres que, naturalmente, tenían espíritu público, recogieron la iniciativa y trataron de aplicarla movidos por el más puro afán de justicia social. A impulsos de ese movimiento, se aprobó una serie de leyes de seguro social o de protección al débil, que tienen, de verdad, el mismo propósito y que han transformado profundamente la organización, el ejercicio de la medicina y el presente y el futuro de la salubridad del país. Entre ellas, precisa mencionar especialmente:

(1) La Ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad, Invalidez y Vejez, que comprende a los individuos que ordinariamente viven de salarios, siempre que éstos no sean superiores a doce mil pesos anuales. Los beneficios se hacen extensivos a la madre asegurada, a la esposa del asegurado durante el embarazo y a los hijos de éste hasta los dos años de edad. Los aportes consisten, con pequeñas variaciones, en una imposición del obrero que alcanza al 2% de los salarios, otra patronal de un 4% y otra del Estado, equivalente al 1½% del mismo. Da derecho a intervenciones médico-quirúrgicas y dentales, medicamentos y hospitalización y subsidios en dinero durante 26 semanas, prorrogables hasta un año. Las pensiones de invalidez, cuando ésta es absoluta y permanente, oscilan entre el 50% y el 100% del salario del último año. Las de vejez, que pueden hacerse efectivas a los 55, 60 o 65 años de edad, a voluntad del interesado, tienen monto condicionado por el tiempo durante el cual se hayan hecho imposiciones. Bajo este régimen, se halla actualmente más de un cuarto de los ciudadanos y pende en la actualidad del Congreso una modificación de la ley que amplía sus beneficios a la familia del asegurado y que, de aprobarse, incrementará dicha proporción hasta cerca de las tres cuartas partes de todos los chilenos. No parece ocioso observar que los trabajadores agrícolas, que en nuestros países están más desatendidos y son socialmente más débiles, puesto que están menos organizados, tienen iguales prerrogativas que los industriales y que el seguro ha penetrado bastante, durante los últimos siete años, en el medio rural.

(2) En contraste con las disposiciones antes mencionadas, la Ley de Accidentes

* Trabajo presentado en la Reunión Anual de la Asociación Americana de Salud Pública celebrada en Nueva York entre el 12 y 15 de obre. de 1943. La bibliografía consultada por el A. para preparar su trabajo contiene 87 fichas, 20 encuestas publicadas por el Departamento de Previsión Social y 7 citas de legislación respectiva, que no han podido publicarse debido a la falta de espacio.

del Trabajo establece la responsabilidad del patrón, pero permite que éste la afronte directamente o contrate seguros con una compañía semi-fiscal o con compañías comerciales. A una y otras se halla acogido un total no mayor de un quinto de los obreros que debían estarlo. Junto con los accidentes, se consideran también trece intoxicaciones y veintitres enfermedades profesionales. La responsabilidad importa suministrar atención médica hasta el momento de la curación o la invalidez y el pago de subsidios ridículamente insuficientes para las necesidades de un individuo y, más todavía, de un grupo familiar. No se hacen esfuerzos sistemáticos y en escala nacional para prevenir los accidentes, ni para enseñar su prevención, ni para readaptar al inválido. El legislativo considera también una reforma que hace obligatorio el seguro de accidentes, lo entrega a la Caja de Seguro Obligatorio de Enfermedad, Invalidez y Vejez, aumenta los subsidios e introduce concepciones más racionales sobre la producción y reparación de accidentes y sobre la manera de evitarlos.

(3) Los hospitales, nacidos de la filantropía privada, han estado tradicionalmente destinados al servicio casi exclusivo de los indigentes. En 1932, fueron agrupados en una Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, que está bajo el control del Gobierno y que dispone de los bienes acumulados por la caridad de los particulares, más fuertes contribuciones del Estado y los pagos hechos por la Caja de Seguro Obrero por atención de sus asegurados. Monopoliza la casi totalidad de los establecimientos hospitalarios, más buen número de servicios externos, sanatorios y otros.

(4) La Ley llamada de Medicina Preventiva que obliga, tanto a obreros como a empleados, a someterse a exámenes periódicos de salud con vistas a pesquisar tuberculosis, sífilis y cardiopatías. Cuando se sorprende alguna de estas enfermedades y siempre que se las halle en estado que se considere recuperable, los individuos tienen derecho a reposo completo o parcial, percibiendo, respectivamente el total o la mitad de su salario. Dichos reposos son prolongables tantas veces como sea necesario. El patrón no puede despedir al beneficiario durante todo este tiempo y aun durante los seis meses que siguen al momento en que reasume su cargo. Para sufragar los gastos de la Ley, las distintas instituciones de previsión deben dedicar el 2½% de sus entradas brutas y la cuota patronal ha sido aumentada en 1%, que se destina a pagar los reposos, que se denominan preventivos.

(5) Finalmente, existen Cajas de Previsión de Empleados Públicos y Periodistas, de Empleados Particulares, de Ferrocarriles, Fuerzas Armadas, diversas instituciones bancarias y otras, que suman unas 40. Buena parte de ellas han sido agrupadas en un organismo, que se conoce con el nombre de Servicio Médico Nacional de Empleados y que tiene alcance nacional. Si bien suministran alguna atención médico-quirúrgica, dental y farmacéutica y cumplen con las obligaciones impuestas por la Ley de Medicina Preventiva, sus funciones son más propiamente de ayuda económica. En este sentido, procuran fondo de retiro, pensiones de invalidez, viudedad y orfandad, ayuda de cesantía, préstamos personales e hipotecarios, utilizables en la edificación o compra de propiedades urbanas y rurales; han contribuido positivamente a la sub-división de la propiedad. Tanto las empleadas públicas y particulares, como las obreras, tienen derecho a descanso, con sueldo, durante las seis semanas que anteceden y siguen al parto, período en el cual no pueden ser despedidas.

Todos estos regímenes están basados en cotizaciones triples: una del asegurado, que lo vincula a la institución y robustece el reconocimiento de sus derechos; otra del patrón, que simboliza su interés en disponer y conservar mano de obra de calidad y cuyo desembolso le debiera parecer por lo menos tan justo como aquel en que incurre para preparar y amortizar sus maquinarias, y una tercera del

Estado, que materializa el afán de solidaridad social. La generalización de estos sistemas de seguros a amplios sectores de población debe haber influido bastante en el espíritu de cuerpo que existe entre nuestros trabajadores y que se traduce por la formación de sindicatos, asociaciones obreras y partidos políticos, que a muchos chilenos infunden saludable temor. La enorme participación del Estado en estas empresas y el control que sobre ellas ejerce están, evidentemente, en pugna con toda concepción liberal; pero se compadecen muy bien con el derecho a disfrutar de salud, que reconocen explícitamente casi todas las constituciones de nuestros países y con la obligación de mantenerla, en obsequio propio y de los demás, que aceptamos tan de buen grado.

Existe consenso casi completo de opiniones en el sentido de que estas leyes tienen defectos serios en sus fundamentos financieros y económicos, de que la variedad de sus funciones dificulta la sistematización de su manejo y de que no han cumplido los propósitos a que estaban destinadas hasta el extremo de que no se ha demostrado que hayan influido sensiblemente en la morbilidad y la mortalidad generales. Han permitido la acumulación de capitales considerables—sobre \$3,000,000,000—en países donde éstos son escasos y han creado así una fuerte palanca de acción. Puede representar un gravamen importante para las empresas industriales y encarecer la producción, a la vez que elevan el standard de vida del trabajador. Han robustecido el poder del Estado en forma que puede significar un peligro el día en que aquél se ejerza de mala manera. Entre los efectos, favorables o desfavorables, que esta política ha producido en el campo médico sanitario, cabe mencionar: (a) Socialización de la medicina en un grado que no tiene, a nuestro saber, equivalente en ninguna otra parte del mundo occidental. La casi totalidad de los médicos perciben salarios de una u otra institución o de varias de ellas y estos salarios constituyen, para muchos, la mayor parte de sus entradas. Correlativamente, el ejercicio privado está desapareciendo con rapidez; (b) Preocupación creciente por los fenómenos colectivos en forma que aún los clínicos más empedernidos dicen interesarse por la medicina de masa. Acaso como consecuencia indirecta de este estado de ánimo, los médicos están participando activamente en la gestión política del país; (c) Aumento y mejoramiento de la atención médica, que ha alcanzado tanto a los sectores más pobres de la ciudadanía como también a las poblaciones pequeñas y apartadas; (d) Incremento consecuente de la dotación de camas de hospital y sanatorio hasta niveles que no llegan a ser satisfactorios, pero que se le aproximan cada vez más; (e) Mayor impulso de la educación sanitaria, que existía, desde antiguo, en el Servicio Nacional de Salubridad y que las demás instituciones han emprendido también en forma sincera, pero no siempre efectiva.

Esta organización nació y se desarrolló cuando la Sanidad, relativamente antigua y vaciada en los moldes de la Europa Continental, no tenía estructura sólida ni adecuada para las condiciones del país. Naturalmente quedó preterida y en lugar insignificante frente a las distintas

formas de asistencia médica, directa e individual. Sus entradas, provenientes íntegramente del presupuesto ordinario de la nación, no alcanza al 5% del dinero gastado en la defensa de la salud.

El sanitario debe ser realista y no entretener sus energías en lamentar un estado de cosas o en detener una corriente que, de oponerse a ella, lo va a arrastrar. Puede que crea o no en las virtudes de la medicina social; pero en Chile no la puede destruir ni menoscabar. Consecuentes con este concepto, no pretendemos levantar un edificio de salubridad que se enfrente con el seguro social y lo desarme o lo supedite, sino que nos esforzamos, en estos momentos, por imprimirle una tendencia hacia la prevención de la enfermedad y la defensa de la salud. Dentro de esta concepción, el seguro social se convierte en plataforma de la salubridad o sea que, así entendido, el seguro social es salubridad. Veamos, en grandes líneas, lo que hemos realizado y lo que tenemos en proyecto.

La Caja de Seguro Obrero ha emprendido la atención de los hijos de asegurados hasta los dos años de edad. Para el objeto, ha establecido una cadena de estaciones a lo largo del territorio, en la que pediatras reconocidos vigilan el desarrollo de los pequeños, dirigen su crianza y suministran gratuitamente leche de vaca a los que no disfrutan de alimentación natural. Simultáneamente, hay tocólogos que examinan a las madres durante el embarazo y cuidan, con ayuda de matronas, del parto y del post partum. Como los niños así atendidos constituyen un cuarto de la población total del grupo de 0 a 2 años, puede pensarse que esta medida ha contribuido decisivamente a la disminución de la mortalidad infantil, que ha bajado desde el momento en que se puso en práctica la medida, de 250 a menos de 200 por mil. Hay cifras que revelan una disminución apreciable de la mortalidad maternal y de la mortinatalidad y ella puede atribuirse a la acción de los parteros y matronas de la Caja de Seguro.

Hace unos diez años, se invistió al Presidente de la República de autoridad especial para declarar obligatoria la pasteurización de la leche en las zonas que él mismo fije. Así lo ha hecho en unas cuantas ciudades y entre ellas en Santiago, que agrupa a cerca de un quinto de la población del país. La misma Caja, tantas veces nombrada, ha construido o adquirido varias plantas de pasteurización que la convierten en el primer empresario en estas materias. Por desgracia, la medida fué tomada prematuramente y ha escollado también con la baja de la producción de leche, debida a razones meramente económicas y de mercado. Sin embargo, no ha sido derogada con contentamiento de los que vemos en ella un progreso sanitario. Simultáneamente, ha adquirido gran auge la industrialización del producto, en forma de leches condensada y en polvo. Uno y otro han contribuido al mejoramiento sensible de la leche que se expende y, probablemente, a disminuir la mortalidad infantil y la incidencia de infecciones entéricas.

La Ley de Medicina Preventiva ha practicado ya unos 600,000 exámenes sistemáticos de salud mediante los cuales se ha podido establecer tratamiento y reposo de casos de tuberculosis, sífilis y cardiopatías, en momentos en que hay todavía probabilidades de recuperación. Sin embargo, sus mayores ventajas han consistido en la organización de equipos, permanentes en algunas poblaciones y volantes para las más pequeñas, que se componen de médicos, dentistas, enfermeras, visita-

doras y personal auxiliar y que disponen de instalaciones de radiología, laboratorio, electrocardiografía y otros recursos. Además, y lo que es de capital importancia, ha permitido un mejor conocimiento de la tuberculosis. Gracias a ella, más que a todo otro factor, sabemos hoy que nos encontramos en fase epidémica y, de consiguiente, hemos orientado la lucha hacia la supresión de los focos infectantes por medio del aislamiento de los enfermos bacilíferos o su tratamiento ambulatorio en dispensarios donde se les aplica neumotórax.

El Servicio Nacional de Salubridad, la Caja de Seguro Obrero y la Dirección de Beneficencia y Asistencia Social han concertado recientemente sus recursos para emprender, bajo la presidencia del Director General de Sanidad, una campaña nacional contra las enfermedades venéreas. Ya se han establecido centros racionales de acción en Santiago, Valparaíso y tres provincias del sur, donde se practica tratamiento gratuito de los asegurados e indigentes enfermos, investigación epidemiológica de los contactos y donde se controla más efectivamente el ejercicio de la prostitución. Entre otros desarrollos interesantes, precisa señalar que se comienza a proveer de camas para el aislamiento de infectantes y que se han realizado, con resultados muy halagadores, unos mil tratamientos de sífilis por el método de la gota continua o de las grandes dosis fraccionadas de arsénico.

Gracias a la ayuda, eficaz y generosa, de la Fundación Rockefeller, se ha establecido este año en Santiago la primera unidad sanitaria, sistema integral de defensa y protección de la salud, que representa una vieja aspiración nuestra. En ella se pretende allegar todos los recursos existentes para atender, de manera satisfactoria, a todas las necesidades de un sector de población. Entre su labor, merece mención especial la circunstancia de que se ha dado por primera vez a nuestras enfermeras sanitarias el papel esencial que les corresponde y que ha iniciado encuestas familiares de las que ya ha practicado unas 8,000. Con orientaciones igualmente modernas, está funcionando otra en la ciudad de Antofagasta, que se debe exclusivamente al esfuerzo nacional.

Creemos firmemente que estas unidades sanitarias serán una de las palancas mediante las cuales lograremos reunir y encauzar los recursos del seguro y de la asistencia social, junto con los de salubridad, hacia una medicina de masa con carácter esencialmente preventivo. La otra palanca estará constituida por la Escuela de Salubridad, recientemente creada y que abrirá sus puertas en abril próximo. En ella tendremos como alumnos a médicos recientemente graduados o que pertenezcan al Servicio Nacional de Salubridad, a las Cajas de Previsión y a las demás organizaciones y les enseñaremos las doctrinas y las técnicas fundamentales de salubridad: estadísticas, epidemiología, administración sanitaria, saneamiento y, más adelante, nutrición e higiene industrial. Intentamos infiltrar así todos los organismos médicos de nuestra tierra y empaparlos de un nuevo espíritu.

Incidentalmente cabe comentar que esta escuela nació del esfuerzo combinado de la Universidad de Chile, el Servicio Nacional de Salubridad, el Instituto Bacteriológico de Chile y la Fundación Rockefeller y que será dotada de laboratorios y recursos modernísimos por el Instituto de Asuntos Interamericanos. Gracias a la generosidad de estas dos agencias americanas, como también de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Fundación Kellogg, un número apreciable

de médicos nuestros y algunas enfermeras e ingenieros están viniendo a Estados Unidos a perfeccionar sus conocimientos de salubridad. A su regreso están tomando puestos importantes en la Escuela de Salubridad y en las distintas organizaciones médicas y sanitarias. No es exagerado decir que este grupo de gentes jóvenes y entusiastas constituyen la primera avanzada de la causa sanitaria.

En el mundo, el servicio sanitario ha solido desarrollarse a partir de agencias destinadas a defender las fronteras contra la invasión de enfermedades, o a combatir males endémicos, o a afrontar una catástrofe u otra situación de emergencia, o a atender problemas locales, generalmente de aseo u ornato, que hoy menospreciamos. Puede también crearse, *ex-novo*, para satisfacer necesidades que la vida en común genera y que mentes superiores saben apreciar. Chile fué el primer país de América que estableció el seguro social y sus experiencias, favorables y desfavorables, han servido de guía para la implantación de legislaciones similares en otros pueblos americanos. Más adelante, lo ha extendido y diversificado hasta extremos que no encuentran parangón en otra nación democrática y ahora está próximo a ver florecer la salubridad en el terreno de ese mismo seguro social. Es discutible que constituya ejemplo digno de imitar exactamente, puesto que el camino recorrido ha sido largo y acaso dispendioso en dinero y esfuerzos. En todo caso, es evidente que constituye fuente inagotable de observación y meditación para los que se interesan por seguro social y salubridad y por las relaciones entre uno y otra. Es evidente también que ofrece perspectivas de amplitud y seducción incomparables.

PUBLIC HEALTH AND SOCIAL SECURITY IN CHILE

Summary.—Certain laws affecting Chilean health (compulsory insurance against illness, disability and old age; workmen's compensation; state control of hospitals; preventive medicine law providing for compulsory rest periods for the cure of tuberculosis, syphilis, and heart disease, as discovered by periodical health examinations; and the social and economic insurance banks or *Cajas* for certain groups) are discussed, and the effects of these developments in Chile: a high degree of social medicine, with nearly all physicians in Chile receiving salaries from some institution or other; a growing preoccupation with mass medicine, and perhaps as an indirect consequence, a more active part in politics, by physicians; augmented and improved medical attention which now reaches people of small means and isolated districts; consequent increase in the number of hospital and sanatorium beds; greater impetus to health education. The failure of the system to influence to a perceptible degree the general morbidity and mortality, although appreciable decreases in maternal, neonatal and infant mortality may be attributed to it, is mentioned. Accomplishments include extension of pasteurization of milk, discovery and treatment of tuberculosis, syphilis, and heart disease cases, and organization of medical care for remote areas. The cooperative work of the public health service is described, including the campaign against venereal disease, the public health centers, the public health school, and the scholarship program (in which the Pan American Sanitary Bureau, among other institutions, takes part). (Dr. Romero's complete paper appears in English in the *Am. Jour. Pub. Health*, 12, Feb. 1944.)