DR. SALVADOR ALLENDE G.
MINISTRO DE SALUBRIDAD

La Realidad Médico-Social Chilena



1939

Dr. SALVADOR ALLENDE G.
MINISTRO DE SALUBRIDAD

La Realidad Médico-Social Chilena

(SINTESIS)

1939



CHILE tiene la más alta mortalidad infantil del Mundo.

Por cada veinte partos, nace un niño muerto. La mortinatalidad nuestra equivale al 50,5% de los nacidos vivos; por cada mil nacidos vivos mueren doscientos cincuenta. Por cada diez niños nacidos vivos muere uno antes del primer mes de vida; la cuarta parte, antes del primer año; y casi la mitad antes de cumplir nueve años. Cuatrocientos mil niños no concurren anualmente a ninguna Escuela, lo que representa el 42% de la población en edad escolar. Tenemos seiscientos mil jóvenes analfabetos. El 27,9% de los nacidos vivos son hijos ilejítimos, cifra ésta la más alta entre los países civilizados.

"Gobernar es educar y dar salud
al pueblo".
Pedro Aguirre Cerda.

Nuestro país vive un momento de su historia en que pugna por desprenderse de formas económicas antiguas, autocráticas y de libre competencia, para canalizar su vida social por cauces de cooperación y de bienestar efectivo que abarque a todas las capas populares y clase media. Este es el significado fundamental que para Su Excelencia el Presidente de la República, el Partido Socialista y sus Ministros tiene el gobierno de Frente Popular, que la ciudadanía instauró hace apenas un año; reconquistar la riqueza social y la potencia económica de la nación, controlarla, dirigirla, fomentarla, al servicio de todos los habitantes de la República, sin privilegios ni exclusivismos. Pero además, y como consecuencia, devolver a la raza, al pueblo trabajador, su vitalidad física, sus cualidades de virilidad y de salud que ayer fueran su característica sobresaliente; readquirir la capacidad fisiológica de pueblo fuerte, recobrar su inmunidad a las epidemias; todo lo cual habrá de permitir un mayor rendimiento en la producción nacional a la vez que una mejor disposición de ánimo para vivir y apreciar la vida. Y finalmente, conquistar para todas las capas sociales el derecho a la cultura en todas sus manifestaciones y aspectos. Un pueblo vitalizado, sano y culto, he ahí la consigna a la cual debemos atenernos todos los chilenos que anhelamos ardientemente servir a la patria, y que luchamos sin descanso porque el pueblo supere la etapa de explotación y de ignorancia en que ha vegetado.

Chile, al igual que la mayoría de los demás países sudamericanos, ha vivido a merced del coloniaje económico y cultural que ha obstaculizado el progreso social y el desarrollo de nuestras riquezas naturales. Más aún, estos factores han impedido que el pueblo logre el standard de vida compatible con el de país civilizado y medianamente culto. Ciento veinte años de vida política independiente no han bastado para incorporar a la vida cívica a las clases proletarias dentro del juego normal del progreso; apenas han sido suficiente para que las capas modestas, en escaso porcentaje, disfruten de una mínima parte de los adelantos económicos, técnicos y culturales alcanzados por la humanidad.

El formidable auge del industrialismo, los progresos de la ciencia,

los adelantos realizados dentro del campo de la higiene y de la medicina, los beneficios del acervo cultural, les ha estado prácticamente vedados a la gran masa de los chilenos, que es en definitiva la forjadora de la riqueza pública. Nuestra economía nacional estuvo, hasta hace pocos años, dependiendo exclusivamente de dos o tres productos de exportación principalmente el salitre y el cobre que constituyeron las primordiales fuentes de entrada del Estado; industrias extractivas que no han sido explotadas por capitales chilenos ya que siempre han estado en manos de empresas extranjeras y a merced de los intereses del imperialismo económico internacional. Por el contrario, la agricultura y las industrias fabriles se han desarrollado en la rutina y el empirismo, debido a la imprevisión de los regímenes pasados, al sentido conservador de la casi mayoría de los gobernantes del país, y a que el progreso de la técnica no había logrado infiltrarse en grande escala, en las labores del campo y de la industria. Nuestros agricultores continuaron el cultivo de aquellos productos de fácil mercado, que iniciaron los primeros colonos, desaprovechando una gran cantidad de terrenos cultivables, explotando más al hombre que a la tierra, carentes de un sistema orgánico y metódico de regadío y de comunicaciones, y utilizando instrumentos y maquinarias anticuadas. Por otra parte, las industrias ligeras se preocuparon del desarrollo de aquellos productos que tenían mercado fácil y seguro, sometiéndonos a la condición de consumidores de mercaderías manufacturadas producidas por los grandes países industriales. De ahí la razón de que casi el 35 por ciento de los recursos provenían de las actividades del salitre y, en menor proporción, del cobre, que obtuvieron para sí un régimen favorable en el pago de tasas.

La crisis económica mundial del año 1929, determinó una baja súbita en el rendimiento de nuestras dos grandes industrias de exportación, y la economía chilena vió quebrarse los dos pilares que la sostenían. Las medidas tomadas apenas lograron paliar los efectos producidos por la repercusión de la crisis internacional. Sometida a los acontecimientos, la economía chilena buscó otros caminos, y en diez años recorridos, se ha conseguido desarrollar algunos otros aspectos de nuestra agricultura: se han encontrado nuevos mercados en el exterior y ha crecido, por el empuje de pequeños capitales nacionales, la producción industrial manufacturada que ha obligado a disminuir, en parte, los porcentajes de exportación. No obstante estos progresos alcanzados, en términos históricos seguimos siendo un país colonial y dependiente.

El progreso obtenido en el rendimiento de la producción nacional no ha dado un margen sensible de bienestar en las capas populares porque al capitalismo internacional —dueño económico y financiero de los grandes centros de producción— le interesa sólo producir para satisfacer la demanda de los mercados, y no más. A las empresas capitalistas no les inquieta que haya una población de trabajadores que viva en condiciones deplorables, que esté expuesta a ser consumida por las enfermedades o que vegete en el obscurantismo.

Lo que mueve su afán de producir es el lucro, la ganancia ilimitada, sin reparar que en esta tarea un pueblo se aniquile o se malogre, ya que ni siquiera se detiene ante el recurso de la guerra en su obsesión de conquistar los mercados mundiales. Este ha sido el deleznable destino de los países semicoloniales, de nuestros países sudamericanos que han sido inagotables emporios de riquezas y de materias primas al servicio del esplendor de las grandes naciones del mundo.

Por eso la acción de nuestros gobiernos no es sólo la tarea reparadora de conducir al pueblo hacia un devenir, sino que tiene además que defenderlo de la absorción y de la explotación de los imperialismos económicos que recorren el mundo. Esta labor reivindicadora, es sin duda, la primera obligación de un gobierno popular que desea devolver a la nacionalidad su riqueza y el usufructo de ella para un mayor bienestar.

Sabemos, pues, que el desarrollo de nuestra economía nacional, está enmarcado dentro de las posibilidades que ofrece el mercado mundial. La solución de nuestros problemas económicos no está, como algunos creen, en el cambio automático del régimen de propiedad de ciertos productos de exportación, sino preferentemente en encontrar para ellos un mercado seguro y ventajoso. La nacionalización de las fuentes productivas para satisfacer el puro sentimiento nacionalista, nada resuelve ni agrega ventaja económica; es menester hacerlo con vistas al juego del mercado y de la competencia mundial. Naturalmente, el desarrollo de la producción nacional, al crear nuevas fuentes de trabajo, y al incorporar grandes contingentes de obreros y de empleados a una actividad remunerativa, ha de elevar la capacidad adquisitiva del conjunto de la Nación; pero por mucho que se modifique la estructura interna de nuestra economía, el verdadero aumento de sus dimensiones está vinculado, sin duda, a la economía internacional. La guerra que se desarrolla en estos momentos, al cerrar para Chile algunos de los mercados europeos que nos eran habituales, es la prueba fehaciente de esta verdad y demuestra que la buena voluntad de los estadistas tiene su límite en la relación que las leyes de la economía mundial han impuesto a los países secundarios y dependientes.

Las consideraciones anteriores, han determinado al Partido Socialista y a sus Ministros a proceder con otro criterio al abordar las responsabilidades de gobierno. Nuestra primera tarea es descubrir y mostrar en su más clara autenticidad la realidad nacional, las posibilidades de hacer y los recursos de que se disponen. Así se procede objetivamente y se puede medir el volumen de los problemas. Sabemos que nuestro deseo de aliviar la angustia del pueblo chileno está limitado por una frontera infranqueable, pero esa frontera señala también un campo dentro del cual hay mucho trabajo que hacer y muchas conquistas por realizar.

A través de estas mismas consideraciones es fácil darse cuenta, además, del estado de miseria en que ha vivido el pueblo, de la carencia de hábitos higiénicos, de la predisposición para que en él se desarrollen las epidemias y las enfermedades de trascendencia social, del grado de

atraso cultural que le había impedido reconocer sus intereses de clase laboriosa. Pero los pueblos crecen y alcanzan su mayoría de edad, y es entonces cuando se agitan y se disponen a conquistar el derecho al bienestar, a la salud y a la cultura. Las clases trabajadoras chilenas reconocieron su destino y la deplorable realidad que vivían y por eso resolvieron quebrar el ritmo de la historia para instaurar un régimen de gobierno que permitiera la conquista y el usufructo del progreso económico, social, técnico y cultural que sólo ha sido patrimonio de una minoría. Por eso el 25 de octubre es una fecha de trascendencia.

Sabemos que la tarea es enorme para el gobierno del Frente Popular. S. E. el Presidente de la República lo ha comprendido desde el primer instante y ha dedicado sus primeros esfuerzos realizadores a conocer y revisar los problemas urgentes y agudos que se precisa abordar. Sus viajes a través del país obedecen a este propósito; él tiene que comandar la grande empresa de resurgimiento de la Nación y es menester que sepa por observación personal y en contacto con la realidad, cuáles son las necesidades inmediatas que hay que satisfacer a fin de organizar las medidas adecuadas que permitan acelerar el ritmo de la evolución económica y social del país de manera eficaz y vigorosa dentro de un planeamiento justo.

Consecuente también con ese espíritu objetivo, y consciente de la responsabilidad que tiene sobre sus hombros, el Ministro de Salubridad ha querido comenzar su labor realizando un estudio sereno, documentado y realista, de las condiciones de salud y de higiene en que este Gobierno ha recibido al país. Un examen sucinto y frío de nuestra realidad médico-social es la mejor garantía para poder diagnosticar, y por consiguiente, poder aplicar los remedios adecuados que logren restablecer el vigor y la salud de nuestro pueblo. Esto es lo que le ha movido a exponer ante el país las verdaderas condiciones higiénico-sanitarias de la nación; examinar lo que se ha hecho, bueno o malo; anotar las deficiencias y errores y plantear soluciones que ayuden a encontrar el camino de la rehabilitación de nuestra raza.

Debemos lealmente declarar que todas aquellas medidas médicas que se tomen sólo podrán rendir un provecho efectivo si se adoptan resoluciones económico-financieras que permitan elevar el standard de vida de nuestros conciudadanos. Se puede afirmar que las bases fundamentales que determinan el bienestar y el progreso de los pueblos son precisamente un buen standard de vida, condiciones sanitarias adecuadas y amplia difusión de la cultura en los medios populares. Cabe afirmar también que el volumen y la consistencia de estos últimos factores dependen estrechamente del auge económico sin el cual no es posible edificar nada serio desde el punto de vista de lo higiénico y lo médico, como tampoco en lo que respecta a la cultura, porque no es posible dar salud y conocimientos a un pueblo que se alimenta mal, que viste andrajos y que trabaja en un plano de inmisericorde explotación.

ALGUNOS ANTECEDENTES GEOGRAFICOS Y DEMOGRAFICOS

ZONAS GEOGRAFICAS

Chile se extiende a lo largo de 4.200 kilómetros, entre los paralelos 17,5 y 56; su anchura varía entre 450 y 150 kilómetros, y su superficie es de 741.767 km. 2.

Sus zonas geográfico-económicas bien diferenciadas, pueden dividirse en cuatro:

1.o Zona minera, que se extiende desde el límite con el Perú por el Norte, hasta el río Copiapó; comprende en consecuencia, las provincias de Tarapacá, Antofagasta y Atacama.

Zona minera agrícola, que se extiende desde el valle de Copiapó hasta la Cuesta de Chacabuco con las provincias de Coquimbo, Aconcagua y Valparaíso.

3.o Zona agrícola, desde la Cuesta de Chacabuco hasta el Canal de Chacao, que comprende todas las provincias del valle longitudinal.

4.o Zona maderero ganadera, desde el canal de Chacao hasta el Cabo de Hornos, constituída por los territorios de Aysen y Magallanes.

POBLACION

El censo efectuado en 1930, da 4.287.445 personas. En diciembre de 1937, según el Anuario Estadístico de ese año, alcanzaban a 4 millones 597.000 y en junio del actual a 4.643.864.

La densidad media de Chile en 1930 era de 5,8 hab, por Km.2 pero presenta enormes variaciones como lo comprueba el cuadro siguiente, tomado del An. Estadístico correspondiente a 1937, que se refiere a la distribución de la población por provincias:

Provincias	Población Censo 1930	Población calculada	Superficie Km.2	Población por Km.2
Tarapacá	113.331	80.370	55.287	1,5
Antofagasta	178.765	126.342	123.063	1,0
Atacama	61.098	74.465	79.883	0,9
Coquimbo	198.336	249.296	39.889	-
Aconcagua	103.054	121.003	10.204	11,9
Valparaíso	360.490	337.444	4.818	70,0
Santiago	967.603	1.111.047	16.988	65,4
O'Higgins	170.536	200.696	7.112	28,2
Colchagua	126.408	131.950	8.865	14,9
Curicó	75.035	74.448	5.737	13,0
Talca	142.219	147.942	9.640	15,3
Maule	75.021	69.813	5.626	12,4
Linares	123.085	120.358	9.820	12,3
Ñuble	231.252	241.176	14.211	17,0
Concepción	268.421	300.413	5.701	52,7
Arauco	61.074	56.135	5.756	9,8
Bío Bío	113.390	122.746	11.248	10,9
Malleco	35.825	143.984	14.277	10,1
Cautín	315.264	357.049	17.370	21,1
Valdivia	236.115	247.808	30.017	8,3
Llanquihue	91.651	110.213	18.407	6,0
Chiloé	92.673	113.486	23.446	4,8
Aysén	8.886	13.932	88.984	0,2
Magallanes	37.913	35.138	135.418	0,3
REPUBLICA	4.287.445	4.597.254	741.767	6,2

La población se concentra en el valle longitudinal; en 16 provincias, de Valparaíso hasta Llanquihue inclusive, con un total de 185.596 Km.2, donde habitan 3.783.274 personas, lo que equivale a que en el 25% del territorio está el 82% de la población. Además resalta el hecho de que la cuarta parte del total de los habitantes del país habiten en la provincia de Santiago.

Crecimiento de la Población

Año	Población
1835	1.010.332
1843	1.083.801
1854	1.439.120
1865	1.819.223
1865—1869	1.867.935
1875—1879	2.159.415
1885—1889	2.563.313
1895	2.712.145
1900	2.902.368
1907 (censo)	3.249.279
1920 (censo)	3.753.799
1930 (censo)	4.287.445
1937	4.597.254
1938	4.634.839
1939 (Junio)	4.643.864

El examen de estos números indica que la población de Chile se duplicó, con relación al primer censo (1835) sólo después de 40 años, es decir en el cuatrenio 1875-1879; y se ha vuelto a doblar en 1930, en un período de más de cincuenta años.

La tasa de crecimiento fué la siguiente, según datos de la Dirección General de Estadística de 1930:

Promedio anual

De 1875 a 1885	10,56 por mil habitantes
De 1885 a 1895	9,32 por mil habitantes
De 1895 a 1907	13,84 por mil habitantes
De 1907 a 1920	11,10 por mil habitantes
De 1920 a 1930	13,9 por mil habitantes

En el período comprendido entre 1875 y 1930 el promedio anual es de 12,64 por mil habitantes. En realidad, el crecimiento de nuestra población es muy lento. Ello se debe a que ha sido por una parte puramente vegetativo (la inmigración escasa), y por otra, a que el excedente de

nacimientos sobre mortalidad es pequeño. El contraste con otros pa de América es grande. Algunos datos que corresponden al "Annu Stadistique de la Societé des Nations", son bastante ilustrativos.

Argentina		Brasil		Costarrica	
1869	1.830.214	1776	1.900.000	1844	79.
1895	3.954.911	1830	6.340.000	1864	120.
1904	5.410.000	1854	7.677.800	1883	182.
1914	7.885.237	1900	17.318.656	1892	243.
1920	8.510.036	1920	30.635.605	1923	498.
1930	11.452.374	1930	40272.650	1932	528.
1934	12.200.000	1934	45.323.660	1933	552.

Este año la población del Brasil debe bordear los 50 millones habitantes, y el crecimiento de la población de Argentina no adn comparación con el nuestro, ni con ningún otro del mundo, debido a intensa inmigración.

El crecimiento extraordinario de las poblaciones del Brasil y Arg tina se debe sin duda al aporte inmigratorio pero, en gran parte tamb a la alta natalidad, y mortalidad general relativamente baja.

En Costarrica la población se ha duplicado cada 28 años y es e un país que como Chile no ha tenido una corriente de inmigración portante, de manera que es un buen término de comparación para sotros.

Otro punto interesante que conviene establecer es el que se refi a la distribución de la población en el medio urbano y en el rural. un hecho comprobado el aumento constante de la población urban costa de la rural. En Chile viven en pueblos de más de 1.000 habitante de acuerdo con el censo de 1930—, el 49,5% del total de la población

1930

Población con más de 1.000 habitantes	2.119.221
Medio rural	2.168.224

Distribución de la población por edades

Es un dato de innegable valor. El cuadro que sigue nos da una i de dicha distribución, consignando, además, la proporción entre homb y mujeres:

Composición de la población por grupos de edades

Porcentaje de cada grupo en relación con el total

PAISES	Año del censo	5	5-9	10-14	15-19	20 — 29		30 — 39		40 — 49		50 — 59		60
						H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	
Canadá.....	1931	10.4	10.9	10.3	10.0	8.4	7.9	7.0	6.5	6.5	5.4	4.5	3.7	8.4
E. Unidos.....	1930	9.3	10.3	9.8	9.4	8.3	8.6	3.7	3.7	7.2	6.8	5.5	5.1	12.3
Cuba.....	1931	14.2	15.1	13.1	10.3	8.2	6.9	7.9	6.0	4.7	3.5	2.9	2.4	4.8
Guatemala....	1921	15.1	5.8	16.9	8.2	11.3	12.6	6.4	6.4	3.9	4.1	2.4	2.5	4.5
México	1921	13.1	12.8	12.5	10.8	8.1	9.5	6.4	6.9	4.3	4.0	2.5	2.7	4.9
Rusia.....	1926	15.2	10.4	11.6	11.5	8.3	9.2	5.6	6.3	4.3	4.5	2.9	3.4	6.7
Argentina.....	1914	14.6	12.9	10.9	10.7	11.1	9.0	7.6	5.6	4.8	3.6	3.0	2.2	4.0
Brasil.....	1920	15.0	14.9	12.8	13.8	7.5	7.6	6.0	5.6	4.1	3.7	2.5	2.3	4.0
Chile.....	1930	12.6	13.5	11.8	10.6	8.7	9.2	6.5	5.5	4.6	4.5	2.8	2.8	5.9
Colombia.....	1918	14.6	12.4	11.1	9.2	8.0	8.7	5.9	6.6	3.9	4.4	2.3	2.7	5.4
Alemania.....	1925	9.4	6.4	10.0	10.5	8.9	9.5	6.4	7.8	5 9	6.5	4.7	4.9	9.2
Inglaterra.....	1921	8.8	9.3	9.7	9.3	7.3	8.8	6.7	7.9	6.3	6.9	4.6	5.0	9.4
Bélgica.....	1920	6.9	8.6	9.4	9.8	8.5	8.9	7.3	7.5	6.5	6.6	4.8	5.0	10.2
España.....	1920	10.5	10.9	10.8	9.7	7.6	8.4	6.1	6.6	5.2	5.8	4.1	4.5	9.5
Francia.....	1926	9.1	5.7	7.7	8.5	8.1	8.3	6.3	7.6	6.2	7.1	5.5	5.9	13.8
Italia	1921	9.3	10.7	11.0	9.9	7.7	8.4	6.1	6.8	5.2	5.4	4.3	4.4	10.4
Noruega	1930	8.4	1.9	10.1	9.6	8.3	8.6	6.4	7.3	5.0	5.6	4.0	4.5	11.6
Suiza..... ...	1920	8.5	9.4	10.0	10.0	8.0	8.9	6.7	7.3	6.1	6.5	4.4	4.9	9.3
Suecia...	1930	7.4	8.5	8.9	9.1	8.7	8.6	7.0	7.4	5.8	6.2	4.6	4.9	12.8

Para completar este aspecto panorámico daremos algunas cifras generales sobre natalidad y mortalidad. Como dato complementario expondremos también algunas referentes a la nupcialidad, recordando que la mala constitución de la familia en nuestro país, fenómeno por lo demás común a toda la América Latina, no permite comparar esas cifras con los de países europeos.

Nupcialidad

Promedio anual por mil habitantes

Años	
1926-30	9,3
1928	11,6
1929	10,1
1930	9,2
1931	6,7
1932	6,6
1933	6,7
1934	7,0
1935	7,3
1936	7,5
1937	8,3

La nupcialidad ha disminuído en los últimos años, fenómeno que se acentuó durante la crisis económica de 1932 y 1933.

NATALIDAD

Las cifras estadísticas nos permiten interesantes constataciones; la natalidad ha descendido en nuestro país considerable y rápidamente, damos a continuación un cuadro en el que observamos entre otras cosas que Chile ocupa el 5.o lugar de natalidad entre los países de América después de Costarrica, Guatemaal, México y Salvador.

PROMEDIO ANUAL POR 1.000 HABITANTES

PAISES	21 - 25	26 - 30	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Egipto	43.0	44.1	43.7	44.4	45.7	44.8	42.8	43.8	42.2	41.4	44.2
Canadá	27.4	24.1	24.1	23.5	23.9	23.2	22.5	20.9	20.5	20.3	20.0
Estados Unidos N. A.	22.5	19.7	19.8	18.9	18.9	17.8	17.4	16.6	17.1	16.9	16.7
Argentina	32.8	30.4	30.6	30.1	29.7	28.8	27.8	26.1	25.5	24.8	24.4
CHILE	39.4	41.6	43.6	41.9	39.8	34.6	34.2	33.4	33.8	34.1	34.7
Colombia	25.1	28.0	29.4	29.7	28.4	27.5	——	——	——	——	——
Costa Rica	41.9	44.6	45.2	43.3	44.2	43.6	43.8	——	——	——	——
Uruguay	25.8	24.7	25.0	24.2	24.4	23.3	22.5	21.0	20.6	20.4	19.8
Venezuela	28.3	29.5	29.6	29.5	30.2	28.5	29.0	28.6	28.4	28.8	32.9
México	31.9	36.7	——	39.0	49.5	44.9	42.7	——	——	——	——
Guatemala	42.9	45.2	——	42.7	46.3	45.6	42.8	——	——	——	——
San Salvador	45.3	45.1	——	43.1	45.9	45.3	40.2	——	——	——	——
Japón	34.6	33.4	34.1	32.7	32.4	32.2	32.9	31.5	30.0	31.6	29.9
Alemania	21.1	18.4	18.6	17.9	17.5	16.0	15.1	15.0	18.0	18.9	19.0
Austria	22.1	17.6	17.5	16.7	16.8	15.9	15.2	14.3	13.6	13.2	13.1
Bélgica	20.4	18.6	18.4	18.2	18.7	18.2	17.7	16.5	16.0	15.4	15.2
Bulgaria	39.0	32.7	32.8	30.1	30.6	28.5	31.3	29.2	30.0	26.3	25.6
España	29.8	28.5	29.0	28.1	28.2	27.4	28.1	27.7	26.1	25.7	——
Francia	19.3	18.2	18.3	17.7	18.0	17.4	17.3	16.2	16.2	15.3	15.0
Italia	28.7	26.8	26.6	25.6	26.7	24.9	23.8	23.7	23.4	23.3	22.4
Inglaterra	20.4	17.2	17.2	16.7	16.8	16.3	15.8	14.4	14.8	14.7	14.8
Suiza	19.5	17.6	17.4	17.1	17.2	16.7	16.7	16.4	16.2	16.0	15.6
Rusia	41.1	——	42.7	——	——	——	——	——	——	——	——
Ceylán	——	——	——	——	39.0	37.4	37.0	38.6	37.2	34.4	34.1
Australia	——	——	——	——	19.9	18.2	16.9	16.8	16.4	16.6	17.1
Dinamarca	——	——	——	——	18.7	18.0	18.0	17.3	17.8	17.7	17.8
Escocia	——	——	——	——	19.6	19.0	18.6	17.6	18.0	17.8	17.9
Hungría	——	——	——	——	25.4	23.7	23.4	22.0	21.9	21.2	20.4
Malta y Gozo	——	——	——	——	23.5	32.2	32.5	33.3	33.7	34.0	34.2
Noruega	——	——	——	——	17.0	16.3	16.0	14.8	14.6	14.4	14.8
Polonia	——	——	——	——	32.5	30.2	28.8	26.5	26.5	26.1	26.2
Suecia	——	——	——	——	17.4	14.8	14.5	13.7	13.7	13.8	14.2
Checoeslovaquia	——	——	——	——	22.7	21.5	21.0	19.2	18.7	17.9	17.4
Yugoeslavia	——	——	——	——	35.5	33.6	32.8	31.4	31.5	29.8	28.9

Natalidad en Chile desde 1910 a 1938.

Año	Natalidad	o/oo habitantes
1910	130.052	38.9
1911	133.468	39.4
1912	135.373	39.5
1913	140.525	40.6
1914	136.550	39.0
1915	136.597	38.6
1916	144.193	40.3
1917	149.161	41.1
1918	145.871	39.9
1919	144.980	39.2
1920	146.725	39.4
1921	147.795	39.2
1922	147.205	38.7
1923	151.805	39.5
1924	155.100	40.0
1925	156.225	39.8
1926	159.611	40.1
1927	172.673	42.8
1928	179.526	43.6
1929	176.030	41.9
1930	169.395	39.8
1931	149.488	34.9
1932	149.459	34.9
1933	147.733	33.4
1934	150'362	33.8
1935	153.151	34.1
1936	156.917	34.6
1937	153.354	33.5
1938	154.918	33.4

Hacemos presente que no desconocemos que todos los datos estadísticos de nuestro país relativos a natalidad no son enteramente exactos, debido a que gran número de nacimientos permanecen incontrolados especialmente en el medio rural, donde la dificultad en las comunicaciones y la ignorancia de la población hace omitir las inscripciones legales correspondientes.

Mortalidad general

No es necesario insistir en la importancia que tienen las cifras de mortalidad para el porvenir del país, ya que de la relación que exista

entre ellas y las de la natalidad, depende el desarrollo de la población. En países como el nuestro en que ésta es muy poco densa, el crecimiento del número de habitantes es de enorme trascendencia.

Hay que considerar, además, que las cifras de mortalidad son un índice fiel del estado de salud y del standard de vida de una nación. Acompañamos un cuadro en el que se observa que Chile ocupa el primer lugar entre todos los países de América Latina con sus cifras de mortalidad general, y como dijimos, sólo ocupa el quinto en lo que se refiere a la natalidad.

(Ver cuadro «Mortalidad General», a la vuelta)

Existe un concepto equivocado, pero bastante difundido, de acuerdo con el cual la alta natalidad tendría como consecuencia obligada una mortalidad también alta. Es efectivo y no se puede desconocer que muchas veces existe cierta correlación entre estas dos curvas demográficas. Pero no se puede pretender que haya una relación de causa a efecto entre ellas, pues el movimiento paralelo de dichas curvas tiene causas extrañas a la relación entre ambos y que provienen sobre todo del medio exterior económico, geográfico y social, A mayor abundamiento la realidad de varios países americanos contradice tales afirmaciones, como es el caso de Guatemala, México y Costa Rica.

Transcribimos ahora el cuadro de la mortalidad general en Chile desde 1910 a 1938.

De su examen se desprende que en el curso de estos 28 años, se observa una tendencia a la disminución, especialmente a partir de 1927. Pero esta disminución no admite parangón con la proporción en que ha disminuído la mortalidad general en otros países.

Las tasas de más alta mortalidad en todo este período, corresponden al año 1919 con una cifra récord de 137 mil 538 muertos. En los últimos diez años las cifras mayores corresponden a los años 1933 y 1934 con una mortalidad de 118.432, que corresponde a una tasa de 26.8 por mil habitantes y 119.078 tasa igual al año anterior, respectivamente.

El año 1938 mostró un aumento de la mortalidad con respecto a 1937.

BIBLIOTECA NACIONAL
SECCIÓN CHILENA

(Ver cuadro pájina 21)

MORTALIDAD GENERAL TASA POR 0/00 HABITANTES

PAISES	Medias		AÑO							
	21-25	26-30	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
CHILE	30.3	25.8	26.2	24.7	22.0	22.8	26.8	26.8	25.0	25.3
Australia	9.5	9.3	9.5	8.6	8.7	8.6	8.9	9.3	9.5	9.4
Uruguay	11.5	10.8	10.8	10.7	11.0	10.1	10.3	10.0	10.6	9.7
Canadá	11.2	11.1	11.3	10.7	10.1	9.9	9.6	9.4	9.7	9.7
Dinamarca	10.8	10.8	11.2	10.8	11.4	11.0	10.5	10.4	11.1	11.0
Suiza	12.5	12.1	12.5	11.6	12.1	12.1	11.4	11.3	12.1	11.4
Estados Unidos N.A.	11.8	11.8	11.9	11.3	11.1	10.9	10.6	11.0	10.9	11.5
Argentina	14.6	13.5	13.6	12.8	12.5	11.8	11.8	11.7	13.0	11.8
Alemania	13.3	11.8	12.6	11.1	11.2	10.8	11.2	10.9	11.8	11.8
Inglaterra	12.4	12.3	13.6	11.7	12.5	12.3	12.5	11.8	11.7	12.1
Colombia	13.6	13.3	12.9	11.5	12.2	-.-	-.-	-.-	-.-	-.-
Bélgica	13.4	13.7	15.1	13.3	13.3	13.2	13.1	12.2	12.8	12.8
Austria	15.8	14.4	14.5	13.5	14.0	13.9	13.2	12.7	13.6	13.2
Italia	17.3	18.0	16.5	14.1	14.8	14.6	13.5	13.3	13.9	13.7
Bulgaria	20.8	17.9	18.1	16.1	16.8	16.8	15.5	14.1	14.5	14.1
Francia	17.2	16.8	17.9	15.6	16.3	15.8	15.8	15.1	15.7	15.3
Hungría	17.1	17.8	15.5	16.6	17.9	14.7	14.5	14.5	14.9	15.3
España	20.2	17.9	17.5	16.8	17.3	16.3	16.3	15.9	15.5	-.-
Estonia	14.9	18.1	14.9	16.2	14.8	14.7	14.1	14.9	14.9	15.6
Portugal	18.4	18.7	17.7	17.1	16.8	17.1	17.2	16.7	17.3	16.4
Japón	21.8	19.3	19.9	18.1	19.0	17.7	17.8	18.1	16.8	17.5
Venezuela	19.2	19.4	17.8	17.4	18.6	17.3	18.8	18.6	17.0	18.2
Rumania	21.7	20.2	21.4	19.4	20.8	21.7	18.7	20.7	21.1	19.8
Costa Rica	23.1	21.0	21.8	20.2	22.8	20.3	20.8	-.-	-.-	-.-
Ceylán	24.2	25.3	26.2	25.5	22.1	20.5	21.2	22.9	36.6	21.8
México	25.5	25.6	26.9	26.7	26.0	25.2	25.7	23.3	22.0	22.4
San Salvador	23.9	23.7	24.4	21.6	22.1	21.4	22.9	-.-	-.-	-.-
Guatemala	19.8	22.0	23.9	20.1	20.2	21.1	23.6	-.-	-.-	-.-
Egipto	26.4	26.2	27.7	25.0	26.8	28.8	27.5	27.8	26.4	28.9

Mortalidad General en Chile desde 1910 a 1938

Años	Total	Por mil Habitantes
1910	106.073	31,7
1911	107.816	31,9
1912	103.905	30,4
1913	107.200	31,0
1914	100.059	28,6
1915	96.716	27,3
1916	99.856	27,9
1917	107.199	29,6
1918	108.667	29,7
1919	137.538	27,2
1920	115.428	31,0
1921	124.193	32,9
1922	108.756	28,6
1923	126.877	33,0
1924	114.172	29,5
1925	108.787	27.7
1926	108.251	27,2
1927	105.553	26,2
1928	101.728	24,7
1929	110.066	26,2
1930	105.140	24,7
1931	95.189	22,0
1932	99.664	22,8
1933	118.432	26,8
1934	119.078	26,8
1935	112.364	25,0
1936	114.376	25,3
1937	109.795	24,0
1938	113.723	24,5

Es conveniente analizar más detenidamente este hecho demográfico capital, que es nuestra mortalidad.

En el estudio de nuestro medio, efectuado en otros capítulos de esta exposición, se constata en forma irredargüible que desgraciadamente existen en el país, todos los factores que pueden producir una alta mortalidad; se ha visto también que el número de muertos sólo nos deja un pequeño excedente anual, lo que ha traído como consecuencia que otros países de América Latina, que en el siglo pasado tenían una población del mismo orden numérico que la nuestra o aún inferior, nos hayan sobrepasado considerablemente.

Pero las estadísticas de mortalidad, además de mostrar el número de las pérdidas totales sufridas por la población, permiten determinar la proporción de muertes causadas por enfermedades y en ausencia de estadísticas de morbilidad, pueden utilizarse como índices del predominio de tal o cual grupo de afecciones.

Conviene, sí, dejar constancia de que la exactitud de los datos proporcionados por las estadísticas de mortalidad con respecto a las causas de muerte, está sujeta a varias limitaciones y la más importante es que un porcentaje considerable de las partidas de defunción son otorgadas por el Registro Civil bajo simple declaración de testigos, y sin certificado médico.

Veamos el porcentaje de las defunciones certificadas por médicos y por provincia. El más alto corresponde a Magallanes con un 97,5% y el más bajo a Cautín con solo un 11,1%. El porcentaje correspondiente a Valparaíso es de 56,2% y el de Santiago el 74,2%. La cifra media para la República en el año 1937 fué de 47,1%. **Es decir más de un 50% de las partidas de defunción se otorga sin certificado médico.**

Las cifras correspondientes al año 1937 respecto a la distribución por edades de los fallecidos, son las siguientes:

El número total de muertos llegó a la cifra de 109.795, de los cuales 16.174 fallecieron antes de cumplir un mes de vida; 20.740 de un mes a un año; 13.280 de uno a 5 años; 2.845 de 5 a 10 años; 1.928 de 10 a 15 años; 334 de 15 y 16 años. De 100 fallecidos un 48.3% tenían menos de 10 años.

Llamamos la atención sobre estas cifras que son verdaderamente impresionantes.

Del total de las muertes ocurridas en ese año, 55.401 o sea el 50.46% ocurrieron antes de los 16 años y 54.391 o sea 49.54% después de esa edad, es decir en la edad activa.

En el primer grupo, la mortalidad infantil ocupa un lugar predominante con 36.914 muertes antes del año de edad; esta cifra asciende a 44.827, si se suma al número de fallecidos antes de los 2 años.

En el grupo de los fallecidos en edad activa los mayores porcentajes corresponden a la tuberculosis, enfermedades infecciosas, cardiopatias, sífilis, con predominio evidente de la tuberculosis. En conjunto, este grupo de afecciones proporciona más del 60% de los casos de muerte.

La mortalidad infantil y cada uno de estos grupos de afecciones serán analizados en el curso de este trabajo y su significado en nuestra realidad médica nacional.

SEGUNDA PARTE

CONDICIONES DE VIDA DE LAS CLASES TRABAJADORAS

I. SALARIO

II. ALIMENTACION

III. VESTUARIO

IV. VIVIENDA

V. OBRAS DE SANEAMIENTO

SALARIO

No puede hacerse un estudio serio de la realidad médico social chilena, sin analizar conjuntamente los grandes factores que la originan. Entre ellos ocupa lugar preponderante el salario, cuya cuantía y forma de inversión, determina a su vez, el standard de vida del asalariado.

Esta relación entre el nivel de los salarios y la salubridad ha sido evidenciada por lo demás, en numerosos trabajos de carácter médico social, practicados tanto en nuestro país como en el extranjero.

Alfonso Campos Menéndez, en su obra "Hacia una política preventiva de los Seguros Sociales", magnífico trabajo que constituye uno de los estudios más completos sobre esta materia, dedica especial imimportancia al examen de la decisiva influencia que las condiciones de vida tienen en la salud de los individuos. Por ello reclama junto con medidas de orden médico y de previsión, otras de "carácter general que tiendan a reforzarla, articulándola en un plan integral y técnico dirigido a la revitalización de los factores humanos "de tal manera—agrega—que los salarios deficientes y las habitaciones malsanas no sigan siendo factores de desintegración social en la producción de riesgos, al originar el aumento de nuestros índices de mortalidad y morbilidad."

Con respecto a su influencia en la mortalidad, el Dr. Derwer comprobó que en Hamburgo la mortalidad era de 4,8 por mil entre las clases que tenían 1,200 marcos de renta mensual y que era de 1,2 por mil en las clases sociales que percibían una renta de 4,000 RM mensuales, es decir, que las defensas biológicas, la resistencia del organismo humano a las enfermedades, está en relación directa con el standard de vida.

Ya en 1919, G. Girón, en su tésis de licenciatura, llamaba la atención a la elevada frecuencia de desviaciones de la columna vertebral entre los escolares chilenos, cuyos familiares poseían escasos medios económicos, no presentándose igual afección en los hijos de personas pudientes.

En 1934, S. Jiménez, da cuenta de exámenes realizados en niños de 12 años, de Liceos de barrios residenciales y de Escuelas Públicas y Privadas en barrios pobres. Su resultado fué el siguiente:

	Peso Klg.	Estatura Cm.
Liceos	38,4	144,5
Escuelas Primarias	32,2	136,8

Una encuesta del Dr. Jorge Mardones y la Sta. Sepúlveda, realizada en 514 niñas de Escuelas Públicas, señala la estrecha relación que guarda con el salario de que disponen los padres, el defectuoso desarrollo de los hijos de obreros: mala dentadura, alta mortalidad, deformaciones raquíticas, etc. Se hace mención, también, de niños nacidos en el mismo medio, pero criados en una institución infantil donde disponían de habitaciones higiénicas y de buena alimentación.

En el cuadro que insertamos a continuación se detallan los resultados de esta encuesta:

Ver cuadro al frente

Con respecto a la morbilidad, el salario influye en una escala difícil de apreciar en toda su intensidad, pero de indudable efecto, desde el momento que él determina las condiciones de vida del asalariado. Tiene importancia en todos los estados mórbidos, derivados de una nutrición insuficiente o inadecuada; en la evolución de las enfermedades infecciosas, de las enfermedades por enfriamiento, etc., pero, en especial, en la tuberculosis que, como sabemos, es la enfermedad que más gravemente afecta a nuestras clases trabajadoras.

El Dr. Cruz dice al respecto: "Cuando las condiciones de un pueblo son de tal manera florecientes que se puede decir de él que su habitación, su alimento y su cultura se encuentran por encima de un umbral suficiente para una expresión de todas sus características vitales, la tuberculosis se desarrolla con aspecto de endemia y con una mortalidad baja: 7 a 12 por diez mil habitantes. En cambio, cuando las condiciones referidas son deficientes, la infección progresa en un terreno apto para desarrollarse y adquirir un carácter epidémico que lleva la mortalidad, en ciertos casos, a 60 por diez mil.

"Las grandes diferencias que existen en Chile entre la morbilidad de los asalariados con remuneración suficiente (menos del 1% de los profesores secundarios estudiados en las encuestas dirigidas por el Profesor Sayé), las de los que reciben salarios bajos (4-5% entre los obreros de las industrias de la ciudad y del campo, según encuestas del Se-

ENCUESTA MARDONES - SEPULVEDA

Salario por U. C.	Peso corporal		Estatura		Torax raquítico	ESTADO DENTARIO			RENDIMIENTO ESCOLAR	
						Esmalte compacto	Incisivo de borde liso	Caries y piezas que faltan	Ramos generales	Gimnasia
$	Kgs.		Cm.		%	%	%	t/m.	(*) Nota de 1-7	
	9 años	14 años	9 años	14 años						
Menos de 1.00	23.5	35.0	122.5	140.0	40	36.6	40.0	7.0	3.8	4.0
1.01—1.50	24.5	35.6	125.0	142.0	35.5	41.9	39.0	5.8	4.3	4.4
1.51—2.00	25.2	42.5	124.8	146.0	33	49.2	52.2	6.0	5.2	4.5
2.01—2.50	25.8	41.6	124.3	147.8	13	55.7	51.5	5.3	5.0	4.3
2.51—3.00	25.	44.4	123.1	149.0	12.9	57.0	60.3	5.6	5.5	5.3
3.01—3.50	25.3	44.5	124.8	149.3	12.7	62.5	59.5	4.3	5.7	5.0
3.51—4.00	25.6	45.3	125.6	153.3	12.9	61.3	64.5	4.7	5.4	5.5
4.01—5.00	25.7	47.5	125.2	151.5	8.0	62.9	72.6	3.8	6.0	5.8
más de 5.00	26.6	47.0	127.8	150.0	11.5	71.7	71.5	4.0	6.5	6.4
Nidos Bello	26.0	46.0	126.0	149.5	2.5	97.5	85.0	1.2	6.0	6.6

guro Obrero) y más aún con los de los familiares, que no tienen ninguna entrada (10% según otras encuestas dirigidas por Sayé), indican claramente que nos encontramos aquí frente a una tuberculosis adicional muy alta."

Los Drs, A. de Paula y E. de Benedetti en su trabajo "Los Dispensarios de tuberculosis y su orientación actual" llegan a iguales conclusiones sobre la diferencia de índice que existe entre la mortalidad por tuberculosis entre las clases acomodadas y las clases proletarias, señalando que las medidas generales de mejoramiento social acarrean automáticamente la disminución de la mortalidad por tuberculosis.

El Dr. Manuel De Viado señala las cifras de mortalidad por tuberculosis entre los imponentes en la Caja de Seguro Obrero, los Empleados Particulares y los de la Caja de Empleados Públicos y Periodistas. En ellos se observa que es mucho mayor el porcentaje de tuberculosos en los trabajadores que en los empleados. La razón de esta diferencia hay que encontrarla en la mejor situación económica de estos últimos.

El Dr. José Vizcarra, en una encuesta para investigar los salarios percibidos por cien hombres tuberculosos, tomados al azar y 50 mujeres también tuberculosas, señala las siguientes cifras que corresponden a las cantidades de que dispusieron, diariamente, en los cinco años anteriores al estudio en cuestión:

	1930	1931	1932	1933	1934
Hombres . . .	$ 6.64	5.56	5.18	5.21	5.35
Mujeres. . . .	2.94	2.59	2.30	3.01	2.62

Este cuadro demuestra que con tan ínfimos salarios el standard de vida de este grupo social tenía que ser bajísimo y sus defensas casi nulas.

SITUACION ACTUAL DEL ASALARIADO

De acuerdo con los datos suministrados por la Dirección de Estadística, que toma como base de cálculo la cuota patronal ingresada en el Seguro Obrero, el promedio por día hábil de jornal pagado, ha aumentado de $ 2.155.559, en 1927, a $ 5.720.148 en 1938. Sin embargo, ello no constituye una prueba del mejoramiento de nuestras clases trabajadoras porque, **paralelamente, el índice del costo de la vida ha crecido de 75,8 a 200,5, durante el mismo período.** Tomando en cuenta el monto de los jornales y el costo de la vida, constatamos, que el poder adquisitivo de nuestro asalariado, fué de 97 en 1928. Esta misma cifra se reproduce en 1938, y eso significa en el mejor de los casos, que la

situación de nuestros trabajadores, no ha mejorado, de una década a esta parte.

Pero es necesario considerar, al analizar estas estadísticas, el aumento anual del número de imponentes del Seguro, calculable en un cinco por ciento, lo que hace disminuir en un fuerte porcentaje el monto del salario individual.

Las conclusiones a que llegó la Comisión de Salario Vital, nombrada en octubre de 1935, pueden considerarse gravísimas. En efecto, ellas indican que la mayor parte de las empresas mineras pagaban el salario calculado por la Secretaría General, para cada zona y que el término medio del total de los salarios percibidos en las industrias y servicios examinados arrojaba la suma de $ 9.18, siendo el salario vital medio de $ 8.82, existiendo por tanto un saldo diario favorable al obrero de $ 0.36. En la agricultura se llegó a establecer que el salario medio se podía calcular en $ 5.50, mientras que el vital debía ser estimado en $ 7.20 diarios. Como estos cálculos están hechos sobre la base de un obrero soltero y considerando que en los distintos rubros de alimentación, habitación, vestuario y varios, se han restringido a lo indispensable para vivir, resulta que a los obreros casados les resta sólo, en la industria, la suma de $ 0.36 para atender a los gastos de su familia. En la agricultura la situación es mucho más desfavorable; lo que el obrero percibe no alcanza para subvenir a sus necesidades más apremiantes.

La desastrosa situación de los trabajadores agrícolas, insistentemente expuesta por los diputados de izquierda, ha sido corroborada por el diputado conservador Manuel José Irarrázaval, en un discurso pronunciado con motivo de la presentación de un proyecto de salario mínimo para el campesinado.

Según dicho diputado, consta en la Memoria de la Sociedad Nacional de Agricultura, que esta industria ha pagado en el año 1938, la suma de $ 870.000.000, comprendiendo el jornal y las regalías, y excluído el valor de la habitación. Estimando que existen 400.000 trabajadores en esta industria, que deben repartirse esa suma, resultaría la cantidad de $ 2.283.561, o sea, $ 5.95 por hombre-día. Esta cifra ha sido obtenida como promedio de los salarios, debiendo hacerse presente que un considerable porcentaje de trabajadores del campo, ganen ínfimas remuneraciones, no superiores a 1 ó 2 pesos diarios.

Si se compara esta cantidad con los cuadros de costo de vida confeccionados por la Inspección General del Trabajo, para el mes de jude 1938, se observa que existe una marcada diferencia entre ambas cifras. Dicha estadística señala como gasto diario para un obrero, una suma que alcanza a $ 13.29, en Magallanes, que es la más elevada, y a $ 9.59 en las provincias de Ñuble, Concepción y Bío-Bío, donde es la más baja.

La cantidad de $ 5,95, por hombre-día, debe aún ser compartida por 2.47 personas, que son los familiares del trabajador agrícola, lo que da una cifra $ 1.70 diarios por unidad vital de consumo.

Cualquiera que sea el error del cálculo en cuanto a los salarios pagados y los gastos previstos por la Inspección General del Trabajo, existe como se ve, un margen demasiado apreciable que señala lo lejos que están los obreros agrícolas de percibir un salario vital.

El censo industrial de 1937, indica que en la industria trabajan 146.237 obreros por un jornal medio semanal de $ 84.—, lo que dá un promedio diario de $ 12.— y en el comercio 46.266 obreros con un jornal medio semanal de $ 59.— del que resulta $ 8.15 diarios.

Si bien estas cifras revelan un mejoramiento del salario, con referencia a las encuestas verificadas por la Comisión del Salario Vital, no obstante, apenas alcanzan a las cifras calculadas como costo individual de la vida por la Inspección General del Trabajo, **lo que indica la existencia de un fuerte déficit presupuestario familiar, en los obreros de la industria y el comercio.**

La Inspección General del Trabajo estimaba a fines de 1938 en 828.000 el número de obreros que ganaban menos de $ 10.— diarios, de los cuales 476.000, en su casi totalidad campesinos, tenían un salario inferior a $ 5.—.

Si se recuerda que el total de la población activa llega en Chile a un millón cuatrocientos cincuenta mil personas, la cifra de más de 800 mil obreros con menos de $ 10.— diarios de entrada, adquiere una importancia enorme.

Transcribimos los salarios medios pagados en las industrias que se indican a continuación:

(1938)

Azúcar	$ 17.60
Cemento	23.80
Cerveza	12.50
Electricidad	14.—
Fósforo	6.—
Gas	19.10
Tejidos	10.10
Paños	9.20
Papel	23.50
Tabaco	9.30

En esta lista figuran las empresas que pagan los más altos salarios, tales como: azúcar, cemento, papel, electricidad.

Con respecto a la situación del personal de empleados de la industria, ellos son alrededor de 31.000 y el sueldo medio que ganan es de $ 720.— mensuales. Este promedio de $ 24.— diarios de entrada no expresa, sin embargo, la realidad, por cuanto se llega a él, colocando en la misma suma los sueldos muy elevados de los altos empleados y los muy pequeños de la gran mayoría.

Los empleados del comercio, son 48.000 y su sueldo medio llega en

el país a $ 580.—, monto al que hay que hacerle las mismas reservas que al de los sueldos pagados por la industria.

Para formarse un concepto definitivo de la situación de los empleados de la industria y del comercio, habría que detallar las categorías de empleados, de acuerdo con los sueldos que ganan y el número que a cada categoría corresponde. Pero ello no es necesario. Los sueldos medios indicados con las observaciones hechas bastan. Huelga todo comentario.

Resulta completamente contrario a la realidad, calcular los costos de vida de un individuo aislado, cuando los hechos nos demuestran que el salario sirve para el sostén del trabajador y de sus familiares.

Todos los cálculos hechos más arriba han sido efectuados sobre la base de estadísticas hasta el 31 de diciembre de 1938.

Debemos hacer presente que a partir de esa fecha, hasta hoy y gracias a la acción tesonera de los asalariados y a la comprensión gubernativa, se han producido aumentos en las industrias, que llegan hasta un

SALARIO VITAL

Para determinar el monto del salario vital, tanto individual como familiar, nos basaremos en datos recogidos por el Servicio Social de la Caja de Seguro Obligatorio, en 1938, y por la Dirección General de Estadística.

De acuerdo con estas informaciones el salario vital individual debería ser de $ 16,36, distribuídos como sigue:

Alimentación	$ 5.49	33,53%
Vestuario	4.02	24,55%
Habitación y alumbrado . .	2.60	15,87%
VARIOS:		
Cigarrillos, periódicos, peluquería, jabón, pastas de dientes, composturas de ropa, lavado, combustible, movilización, ahorro, etc. . . .	$ 3.54	21,65%
Cuotas sociales ($ 6 mensuales	0.24	1.46%
Entretenimiento ($ 1 semanal-biógrafo	0.16	0,99%
Cuotas del Seguro Obrero .	0.32	1,95%
	16.37	100%

Hay que observar que el número de días laborables en el año es término medio, de 300 y que el individuo necesita ganar lo suficiente para vivir 365.

La necesidad de vivir durante siete días en la semana, ganando un salario durante 6; y 365 días en el año, trabajando solamente 300, ha sido ya considerada en el cálculo hecho para llegar a la suma de $ 16.37. Por lo tanto las cantidades que figuran en el cuadro precedente, no representan las sumas diarias que el obrero debe invertir cada día, sino, únicamente, la forma de distribución del total del salario.

Como se puede apreciar, el salario vital, calculado por el servicio de la Caja de Seguro Obrero, queda muy por encima de los salarios realmente percibidos por nuestros trabajadores.

SALARIO VITAL FAMILIAR

Lo calcularemos por las tablas que sirven de base para la aplicación de la Ley 6174 y que permiten fijar el salario vital para cualquier grupo familiar. Estas tablas consideran como base del cálculo, los gastos de alimentación.

Al respecto dice el Dr. Cruz Coke:

"La verdadera situación social de un medio familiar, sólo puede apreciarse de una manera precisa y comparable, relacionando el monto del salario o sueldo, con las cargas familiares del imponente. Se comprende fácilmente, que aún con salarios relativamente altos, las condiciones de vida de una familia, serán de un nivel inferior, si el Jefe debe sostener con sus entradas a varias personas, que si con un salario más bajo solamente debe mantenerse él. De ahí, la necesidad de expresar la relación entre las entradas y las salidas, atribuyendo a cada componente del núcleo familiar, un coeficiente de consumo en relación con sus necesidades mismas".

El número de unidades de consumo que representan las cargas familiares, se obtiene multiplicando el número de miembros de la familia en sus diferentes edades, por su coeficiente de consumo.

Considerando que, entre nosotros, la alimentación representa el gasto más importante de la familia, conviene tomar como base de los gastos totales, el costo de la alimentación y traduciendo las normas internacionales de consumo energético a su coeficiente de costo de alimentación variable, también, por la necesidad variable de alimentos protectores, se ha confeccionado la siguiente tabla de unidades de consumo:

Hombres adultos de trabajo muy intenso	1,4
Hombres adultos de trabajo intenso	1,2
Sedentarios, mujer y niños hasta de 9 años de edad .	1

Niños de 7 a 9 años	0,9
Niños de 5 a 7 años	0,8
Niños de 3 a 5 años	0,7
Niños de 2 a 3 años	0,6
Niños de 1 a 2 años	0,5

De acuerdo con la tabla anterior, los cálculos indican que una familia compuesta de los padres y un hijo de 2 años, debería ganar $ 45.83 diarios —salario vital familiar— correspondientes a los $ 16.37, calculados para el vital individual.

Este cálculo representa una etapa de real progreso económico para el grupo familiar y su aplicación estará sujeta al desenvolvimiento económico general.

El censo de 1930, indica las siguientes cifras con respecto al número de cargas de familia que corresponden a cada trabajador, en las diferentes actividades:

Agricultura	2,4
Minas	1,5
Industrias	1,7
Comercio	2,2
Navegación	1,6
Comunicaciones	2,2
Defensa Nacional	1,4
Administración	2,0
Profesiones Libres	1,7
Espectáculos	1,5

Es a base de estos cálculos que deben determinarse, a lo menos, los salarios vitales correspondientes a cada categoría de trabajadores de las diversas industrias.

LEYES PROTECTORAS DEL SALARIO

Poco a poco, ha ido penetrando en nuestro país el concepto social de que el salario no puede estar sometido a la ley de la oferta y de la demanda; que el trabajo no debe ser considerado simplemente como una mercancía o un artículo de comercio, porque siendo los obreros la parte más débil dentro del contrato de trabajo resulta generalmente perjudicado, pagándosele salarios por demás insuficientes.

La necesidad de la protección legal para evitar que el salario caiga debajo de límites vitales es hoy asunto que pocos discuten.

Analizaremos para mayor claridad la situación de los asalariados ante la ley, considerando las tres categorías de éstos que tienen un régimen diferente en nuestro país.

a) Servidores públicos.
b) Empleados.
c) Obreros.

Servidores públicos

Estos se rigen por las disposiciones de la Ley de Presupuestos y por el Estatuto Administrativo. Existen situaciones realmente injustas: maestros primarios, individuos de tropa de las Fuerzas Armadas, empleados de Beneficencia y otros de los grados más bajos de la Administración. Es indispensable establecer la asignación familiar. El Estado debe asegurar a sus servidores remuneraciones vitales que alcancen también a sus familias. (Proyecto en tramitación en el Congreso).

Empleados particulares

La Ley 6020 vino a mejorar en parte la situación desmedrada en que se hallaban muchos de los empleados. Esta Ley creó comisiones encargadas de fijar sueldos mínimos y contempló el pago de la asignación familiar. Según ella, ningún empleado puede recibir una remuneración inferior al sueldo vital, o sea el necesario para satisfacer sus necesidades fundamentales de alimento, vestido, alojamiento y la que requiere para su integral subsistencia. Se ha establecido así en nuestro país, un criterio algo más amplio para el pago del salario mínimo. Se contempla una asignación familiar, en forma de subsidio que tiene la característica de responder al principio de remuneración de acuerdo a las necesidades, ya que se paga por carga de familia independiente del sueldo del empleado, o sea, su capacidad.

El cálculo del sueldo vital se realiza en función de la alimentación de acuerdo a tres escalas distintas tomando en cuenta las diferentes regiones del país e industrias a que pertenecen los empleados.

Para el año 1939, éste fluctúa entre la suma de $ 528.22, que es el más elevado y que debe pagarse en el Departamento de Chañaral, provincia de Atacama; con el de $ 300 en el Departamento de Ancud, en Chiloé. El de Santiago es de $ 445.—. La asignación familiar para el mismo año es de $ 30.00 por carga de familia.

Se han formulado críticas respecto a la cuantía de este sueldo vital y de las asignaciones familiares. Es indiscutible que para algunos empleados con cargas de familia las remuneraciones acordadas por la Ley resultan muy reducidas.

Obreros

En la actualidad los trabajadores no gozan prácticamente de ninguna protección legal en lo que se refiere al salario. Este queda entregado a las oscilaciones del mercado de brazos, habiendo sido afectado intensamente por la desvalorización de la moneda y el alza del costo de la vida. No pueden considerarse como protectoras las disposiciones del Código del Trabajo "que entiende por salario mínimo, aquel que no sea inferior a dos tercios, ni superior a los tres cuartos del salario normal o corrientemente pagado en la misma clase de trabajo. (Art. 44)".

Es precisamente el salario que libremente se contrata el que debe ser mejorado por resultar, como las estadísticas lo han presentado, inferior al vital.

Tan claro y evidente es lo absurdo de las disposiciones del Código del Trabajo en materia de "salario mínimo" que, en la Ley 5330, de enero de 1934, que creó la Corporación de Ventas del Salitre y Yodo, en el art. 48 se deja establecido:

"Los obreros ocupados en la industria salitrera devengarán respectivamente un salario o remuneración mínima que se fijará en cada zona o región salitrera para cada clase de trabajo y para cada oficina tomando en consideración las circunstancias generales de la industria y las especiales que las empresas tengan en dicha localidad; las aptitudes personales de los obreros y las condiciones en que deba efectuarse el trabajo; las necesidades vitales de aquél, las de la familia a su cargo, que esté formada por la cónyuge y hasta dos hijos menores de 14 años; y al costo de la vida en la misma región. En la estimación del salario mínimo sólo se considera el estipendio recibido en dinero".

Este artículo, que modifica con respecto a los obreros de la Corporación las disposiciones pertinentes del Código del Trabajo, determina teóricamente que para fijar el salario mínimo, se han de tomar en cuenta, entre otras cosas, las necesidades vitales del obrero y las de su familia, en relación con el costo de la vida. Esto es importante, a pesar de que además se establecen otras numerosas condiciones que hacen dificultosa su aplicación práctica y se llega al curioso extremo de limitar a dos los hijos del matrimonio obrero menores de 14 años, susceptibles de ser estimados como que forman parte de su familia.

Penoso es constatar que esta disposición aún no se ha puesto en vigencia, y sólo se aplica el artículo transitorio que fija en diez pesos el salario mínimo del obrero soltero y en quince pesos el del casado, cantidad insuficiente para satisfacer sus necesidades más premiosas.

Doloroso es también comprobar que las Oficinas salitreras prefieren a los obreros solteros, lo que trae como consecuencia que los casados, a fin de obtener trabajo, se hacen pasar por solteros abandonando en las ciudades a sus familiares.

A través de esta breve exposición que podríamos afianzar con cientos de ejemplos similares, se destaca nítidamente lo reducido del sala-

rio medio de los trabajadores chilenos. La cuantía e inversión de este salario es la que determina el standard de vida que consecuencialmente tiene que ser bajo, bajísimo; standard de vida submínimo que no permite las satisfacciones fundamentales de las exigencias biológicas de nuestro grupo social y que especialmente es de trágicas proporciones en los obreros campesinos.

En los capítulos siguientes al estudiar la forma de inversión de estos salarios, patentizaremos que ellos tan sólo permiten satisfacer el rubro de la alimentación y aún de una manera de tal modo insuficiente que no alcanza a producir en el individuo la energía calórica necesaria para mantener su capacidad biológica en condiciones normales.

Tal situación que puede calificarse de trágica, reclama una política nueva, justa, dinámica, creadora, cuya realización no puede postergarse; que tienda a resolver el primordial problema de devolver al pueblo las condiciones vitales propias de un ser humano normal. Creemos como lo dice Alfonso Campos en su trabajo ya citado que "no es posible oponerse hoy a estas orientaciones en virtud de principios económicos y doctrinarios más o menos abstractos, por respetables que sean, porque por encima de ellos se halla el derecho supremo a vivir basado en un hecho real como es la vida misma. De ahí que la igualdad de posibilidades biológicas constituya la idea matriz de un Estado, cualquiera que sea la forma política que adopte".

ALIMENTACION

El rubro más importante de la inversión del salario del obrero en todos los países, es el de la alimentación. Las especiales condiciones del nuestro, en que el salario no alcanza al mínimo vital, hacen que el pueblo lo emplee casi íntegramente en la satisfacción de esta necesidad.

Todos aquellos que, en diversos países se han preocupado de los problemas sociales, dan especial importancia al estudio de la alimentación popular, que es uno de los factores que más influyen en la conservación de la salud del individuo y en su normal desarrollo biológico.

La Sociedad de las Naciones, por intermedio de sus organismos técnicos, ha definido los requisitos teóricos de la alimentación, como: la cantidad mínima y la calidad adecuada de substancias nutritivas que requiere la mantención de la vida del hombre.

Comparemos la situación real del país, con esas exigencias mínimas, recurriendo a dos fuentes de información: las encuestas que han comprendido grupos familiares pertenecientes en su gran mayoría a la clase obrera, cuyas entradas y salarios varían en una escala que va desde los más pequeños hasta los más subidos, (datos directos y concretos aunque fragmentarios), y el análisis de la producción y del comercio de los artículos alimenticios, en que las cifras medias estadísticas son abstractas y no traducen exactamente el problema. El examen atento de las fluctuaciones en torno de los promedios, considerando el volumen concreto de dichas fluctuaciones, dará una imagen más clara.

Científicamente, el organismo necesita un aporte diario determinado de alimentos, que le permite reparar los desgastes, de acuerdo con la edad, sexo y clase de trabajo.

Este aporte, consideradas las exigencias individuales, debe obtenerse mediante el consumo de alimentos que produzcan una energía de 2.400 calorías diarias para individuo medio que no ejecute esfuerzos musculares y 3.000 o más, en relación con el trabajo muscular. Desde el punto de vista fisiológico, la alimentación diaria debe procurar al ser humano

una proporción determinada de proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y sales minerales. Cualquier modificación que rompa la armonía que debe existir entre estos tipos de alimentos (dieta equilibrada) trae, inevitablemente, trastornos en la salud que pueden ser, afecciones graves y notorias, o carencias ocultas que determinen alteraciones del estado general, difíciles de apreciar, y que requieren exámenes médicos minuciosos para diagnosticarlas. Estas afecciones ocultas tienen mayor importancia porque existen en gran parte de individuos generalmente considerados sanos, en quienes originan alteraciones del carácter y de la conducta, inferioridad vital y menor capacidad de trabajo; mayor gravedad adquieren cuando se trata de niños en los que originan trastornos serios del crecimiento y desarrollo mental.

Estos alimentos se clasifican, según su aporte principal de energía calórica y en proporción importante a determinados materiales no elaborables por el organismo humano de acción fisiológica fundamental, en energéticos y protectores.

El organismo desnutrido se convierte en presa fácil de todas las infecciones tuberculosas, tíficas y agudas, sin contar las enfermedades directamente producidas por la mala alimentación como los trastornos intestinales de los lactantes, principal causa de mortalidad infantil, raquitismo, enfermedades nerviosas, etc.

A pesar de que el trabajador chileno invierte en su alimentación y la de su familia, una cifra aproximada al 90% de su salario, que en capas de extrema pobreza suele llegar al 100%, él está mal nutrido y la mayoría de la población sufre de hambre fisiológica.

La encuesta efectuada por el Prof. Dragoni, en 591 familias, le permitió concluir **que cerca del 50% no alcanzaba a la ración básica** (hombre con trabajo sedentario) de 2.400 calorías. Un 11% estaba entre 2.200 y 2.400 calorías; otro 11% entre 2.000 y 2.200; un 15% entre 1.5000 y 2.000 y no menos del 10% con menos de 1.500 calorías. Cuando se considera que se trata de hombres que viven del esfuerzo muscular en que se requiere un mínimum de 3.000 calorías, y cuya exigencia fisiológica en los trabajos sobrepasa las 4.000 calorías, estas cifras parecen increíbles. La estadística demográfica habla implacablemente y explica por qué en Chile la gente enferma más y muere más pronto que en casi ninguna otra parte del mundo.

Comentando estas estadísticas dice el Dr. Burnet:

"Para los trabajadores la ración comprendida entre 2.400 y 3.000 calorías corre el riesgo de ser inferior a sus necesidades. Debajo de 2.400 calorías para los trabajadores del músculo la subalimentación es evidente y ya muy peligrosa; por debajo de 2.000 calorías, la situación se presenta grave y debajo de 1.500 calorías ya son raciones de miseria.

Por esto, considerando los países donde la Sociedad de las Naciones ha hecho encuestas, resulta desalentador comprobar que sólo en Chile, China, Marruecos, en capas de población excepcionalmente pobres, y en

Polonia entre los desocupados, se han encontrado raciones inferiores a 2.000 calorías.

De aquellas encuestas se deduce que 3.000 calorías es una cifra baja y 3.500 a 3.800 es una cifra conveniente, para un adulto que realiza un trabajo muscular no muy intenso.

Acabamos de constatar — termina el Dr. Burnet — que solamente el 30% de las familias de la encuesta verificada en Chile percibe más de 3.000 calorías por unidad adulta de consumo".

Consignamos solamente los resultados de la encuesta verificada por los Drs. Dragoni y Burnet, ya que se trata de técnicos enviados especialmente por la Liga de las Naciones, cuya autoridad no puede admitir discusión. Pero en nuestro país tenemos encuestas magníficas, plenamente demostrativas, realizadas por médicos especialistas en nutrición, que, en líneas generales, confirman estas conclusiones.

La grave deficiencia del aporte calórico repercute en la capacidad del esfuerzo muscular. Sin embargo, dentro de ciertos límites, el organismo puede adaptarse a la falta de energía calórica en cantidad suficiente, desarrollando menos trabajo.

La insuficiencia de alimentos protectores es más importante porque el organismo no dispone de ningún mecanismo de adaptación y su necesidad es absoluta.

Se ha comprobado que cuando el salario es escaso, el primer rubro afectado, dentro de la alimentación, es la compra de alimentos protectores. La carencia a largo plazo de alimentos de esta naturaleza repercute en las estructuras fundamentales del organismo.

Estas observaciones se encuentran corroboradas por las estadísticas relativas a la producción y al consumo de los principales alimentos.

La leche constituye el más importante de todos los alimentos protectores. La producción de leche en el país es de 220 a 230 millones de litros anuales, lo que permite un consumo de 50 litros por habitante al año. De éstos, 35 litros son consumidos en forma de leche fresca y el resto corresponde a la leche condensada, desecada, queso (620 grs. anuales), mantequilla (340 grs.).

Santiago tiene el promedio más alto de consumo: 63 litros en las formas enumeradas. En cambio, es casi inexistente este artículo en los pueblos pequeños y en muchos sectores del medio rural. El consumo diario de leche por habitante es de 92.9 gramos.

Para mejor comprensión del problema damos el cuadro de la producción en otros países, condicionado por el tipo europeo de alimentación, que es el más rico en leche y que debe considerarse como el más perfecto.

BIBLIOTECA NACIONAL
SECCIÓN CHILENA

CUADRO COMPARATIVO DE LA PRODUCCION LECHERA ANUAL

Países	Población	N.o de vacas	Prod. total	Lts. vaca	Lts. Hab.
Francia	41.940.000	8.081.297	13.839.312.000	1.712	320
Noruega	2.884.300	796.444	1.301.490.000	1.634	451
Holanda	8.474.409	1.454.867	4.835.627.000	3.316	569
Suiza	4.163.000	903.153	2.796.000.000	3.095	671
EE. UU.	127.172.000	25.439.000	46.155.500.000	1.814	363
Finlandia	3.786.844	1.274.926	2.435.100.000	1.909	643
Chile	4.507.50	273.401	227.762.000	833	50.5

La Liga de las Naciones establece para cada niño hasta de 15 años, un litro diario de leche fresca y para los adultos, 500 gramos.

De acuerdo con estas normas, el país necesitaría:

1.630.457 niños, 1 lt. diario	1.630.457
1.429.109 hombres, 0.5 lt. diario	714.554
1.325.879 mujeres, 0.5 lt. diario	661.939
260.000 emb. y en lac., 1 lt. diario	260.000
Litros diarios	3.267.950

Partiendo de esta necesidad de consumo, Chile necesita producir anualmente	1.192.891.750 litros
Produce en ese lapso	227.762.000
Déficit anual de producción de	965.029.750

De lo expuesto se colige que la producción lechera es cinco a seis veces inferior a lo que el país requiere.

Agrava lo anteriormente expuesto, el descenso considerable de nuestra producción lechera. De acuerdo con el censo agropecuario la pro-

ducción en 1930 fué de 274.971.000 litros (por habitante: 64 litros). Y la de 1936 fué de 227.762.000 litros (por habitante: 50.5 litros). **Descenso del total de la producción: 17%; descenso del consumo por habitante: 22,66%.**

Con relación a los alimentos protectores de origen animal, se deduce de las encuestas y de las estadísticas, que su consumo en la alimentación popular es inferior al mínimo requerido y que desciende paralelamente con el monto del salario.

El beneficio de animales en Chile permite avaluar el consumo de carne por año y por habitante en 34,7 kgrs.; pero los datos estadísticos existentes indican que de este consumo el 88% corresponde a las ciudades y sólo el 12% al medio rural que comprende el 50% de la población del país.

Respecto al pescado, según encuestas practicadas, se consumen 5 kilos por habitante y por año. En otros países el consumo es el siguiente:

Alemania	9
Inglaterra	18
Japón	33
Italia	5
Francia	8

Las frutas y legumbres en la alimentación popular son también deficientes, lo que es grave si se considera que estos alimentos aportan vitaminas y sales minerales y son, por lo tanto, alimentos protectores.

Estos datos confirman lo establecido por la encuesta Dragoni Burnet y otras, en el sentido de que la proporción de proteínas en la alimentación del obrero chileno está por debajo de lo fijado por los técnicos con el agravante de que su valor biológico es deficiente, debido a la escasa participación de las proteínas de origen animal, particularmente de leche.

En Chile las proteínas que se consumen son proporcionadas de preferencia por cereales y leguminosas; secundariamente por carne, y en cantidad insignificante por la leche y productos derivados, los cuales casi no se consumen. De ahí la necesidad de incrementar la producción de estos artículos a fin de mejorar la alimentación del pueblo, ya que el valor biológico de las proteínas de origen vegetal, es inferior a las de origen animal.

A través de las cifras mencionadas, observamos que la alimenta-

ción del obrero agrícola es peor que la del obrero de la ciudad. A este propósito cabe subrayar las expresiones con que concluye el informe Dragoni-Burnet. Al referirse a la alimentación de los campesinos, dice: "estos hechos muestran que la alimentación del obrero agrícola debe ser mejorada por toda clase de razones, y sobre todo, en interés de la conservación de las energías de la raza".

Analizando el resultado general de la encuesta, ambos técnicos dejan constancia de que cualquiera que sean las imperfecciones existentes, ellas no modifican los resultados esenciales.

Las afirmaciones que hemos hecho en el presente capítulo y en el precedente, quedan consignadas en el cuadro que va a continuación en el que apreciamos con nitidez el tiempo que necesita trabajar un obrero nuestro y otro de diferente país, para poder adquirir alimentos básicos como leche, pan huevos y azúcar.

UNIDADES	FRANCIA	CHILE	EE. UU.
1 libra Pan	15 minutos	38 minutos	6 minutos
1 litro Leche	22 minutos	1 hora	13 minutos
1 docena Huevos	2 horas 30 minutos	6 horas	55 minutos
100 gramos Azúcar	35 minutos	1 hora	7 minutos

Los datos anteriores corresponden a los salarios medios generales de Francia y EE. UU. y a los devengados en nuestro país en las industrias que pagan los más altos.

Otro importante antecedente para juzgar las condiciones de la alimentación, es, como lo expresamos al comienzo, el análisis de la producción y del comercio de los artículos alimenticios.

El cuadro que a continuación incluímos, compuesto con datos proporcionados por las estadísticas, permite formarse un concepto más o menos acabado, pues abarca: producción, exportación, consumos generales, y consumo por habitante de los más importantes artículos, por año y por día.

Ver Cuadros en pájinas 43 y 44

...ULOS ALIMENTICIOS

	Producción	Saldo importador	Saldo exportador	Semilla	Consumo	Consumo por hab. año (kios)	Observaciones	Consumo por hab. di (gramos)
1 Leche (m³)	231.418.2		1.775		229.643.2	50,9 lt.	Producción: censo 1936 establos urbanos. Pobl. XII - 1935 (4.507.850 hab.) Saldo export. corresponde cuatrienio 1934-37 (promedio).	139 grs. leche fresca: 9 resto en queso y mantequill
2 Carne (tns.)	148.536	4.436			152.972	33,9 k.	Cifras media cuatrienio 1934-37 Pobl. media del período 4.508.600	92 grs.
3 Pescado „	25.820.4	389			26.209.4	5,8 „	Cifras medias trienio 1935-37 Saldo import. corresponde pescado más marisco. Pobl. media: 4.529.300 hab.	15.8
4 Marisco „	7.622..2					1,7 „	Valen observac. anteriores.	4
5 Verduras „	106.396.5		6.190.4		100.206.1	22,2 „	Producción: **doble** de la cifra censo 1936 (que contiene solo la mitad en importancia de las especies comestibles. Saldo export. medias anual cuatrienio 1934-37.	60
6 Papas „	465..600		4.814.4	64.896	395.889.6	87,8 „	Cifras y pobl. medias del cuatrienio 1934-37.	240
7 Frutas „	170.996		6.748.4		164.247.4	36,4 „	Cifras censo 1936 ponderadas a frutas frescas y aumentadas 50% para incluir huertos caseros. Saldo export. correspondiente prom. cuatrienio 1934-37.	99
8 Azúcar „	107.485					23,8 „	Cifras med. de azúcar refinada en el cuatrienio 34-37 la import. es cerca de 15% mayor.	65

9 Aceite	„	3.000	8.732.3			11.732.3	2,6 „	Cifras media del cuatrienio 34-37 producción estimada por Subsec. Comercio. Import. está ponderada (pepitas algodón 0.17).	7
10 Trigo	„	789.548		12.420.1	44.518	732.609.9	162,5 „	Cifras del cuatrienio 1934-37 media anual.	445
11 Frejoles	„	81.016		30.654	8.840.3	41.521.7	9,2 „	Cifras medias cuatrienio 1934-37.	25
12 Arvejas	„	25.923		10.413.6	3.853.8	11.655.6	2,6 „	Cifras medias cuatrienio 1934-37.	7
13 Maíz	„	64.177		66	1.499	62.613	13,9 „	Cifras medias cuatrienio 1934-37. (Consumo en su mayor parte indirecto).	38
14 Garban. y Lentej.	„ „	35.632		32.963.5	694	1.974.5	0,4 „	Cuatrienio 1934-37. El consumo corresponde exclusivamente a garbanzos las lentejas figuran solamente en "producción" y "saldo exportador" por cantidades iguales (30.000 tn.).	1
15 Arroz	„	1.515	15.809			17.324	3,8 „	Cifras cuatrienio 1934-37. Import. ponderada + producción interna apreciada Subsec. Comercio. La producción es reciente.	10
16 Vinos (m³)		303.220		6.821.6		296.398.4	65,7 lt.	Cifras cuatrienio 1934-37.	180.5
17 Cerveza	„	58.612				58.612	13 „	Cifras cuatrienio 1934-37.	35
18 Estimulantes			13.520			13.520	3 k.	Los estimulantes considerados son: café, té y mate. Está incluído además el cacao. Cifras 1934-37.	8
19 Cebada y avena (tons.)		203.537		68.193.2	25.067	110.276.8		Cifras 1934-37. Se agrega estos forrajes por el valor indirecto que posee.	
20 Forrajes				47.735				Cifras 1934-37. Afrecho, afrechillbrote de cebada, arveji-	

Frente al cuadro de la producción y del consumo por habitante que acabamos de exponer, presentamos un estudio sobre el consumo medio ponderado por habitante, que resulta de asignar a cada individuo un coeficiente de consumo de acuerdo con su edad, sexo, y trabajo desarrollado y que se puede llamar **dieta media estadística.**

Para analizar las características de esta **dieta media estadística** ha sido menester determinar las necesidades alimenticas del individuo medio de la población, trabajo que ha sido realizado por el Consejo Nacional de Alimentación según el censo de 1930 y de acuerdo con los standards establecidos por el Comité de Higiene de la Liga de las Naciones. En este estudio se ha considerado el número de habitantes por edad, sexo, tipo de actividad muscular, tanto para obreros como para dueñas de casa y niños y, para las mujeres en estado de embarazo y lactancia. (Estos dos datos últimos han sido calculados por el número de lactantes, multiplicando por 9|12 el número de nacidos en el año 1930).

De esta manera se ha calculado que el individuo medio requiere 2.400 calorías y alrededor de 70 grs. de prótidos, es decir, representa lo que se llama una unidad de consumo.

Un cuadro comparativo de la composición de la dieta media estadística y de lo que considera como mínimo conveniente el Consejo de Alimentación es el que sigue:

Ver Cuadro página 46

De esta comparación se deduce que si el aporte global calórico y de proteínas tiene una deficiencia escasa, el consumo de alimentos protectores aparece francamente disminuído mientras los alimentos energéticos (cereales y azúcar) son consumidos en una proporción más alta.

La dieta media estadística es inferior a las cantidades recomendadas como mínimas. Pero, además, queremos hacer resaltar, en forma categórica, que esta dieta mínima no es recibida en cantidad ni en calidad, siquiera aproximadamente, por la mayoría de los habitantes, lo que evidencia que mientras un porcentaje elevadísimo de la población está francamente sub-alimentado, otra parte de ella consume en exceso.

El estudio de las encuestas demuestra, además que esta deficiencia de alimentos protectores que aparece en la dieta media estadística se acentúa en los individuos con salarios bajos, y más aún, en relación a sus cargas familiares. De manera que entre las clases populares el bajo consumo de alimento protectores, con las consecuencias que ya se han analizado, adquiere una especial importancia.

La cantidad de 250 gramos diarios de leche recomendada aquí no debe ser estimada como una contradicción con lo dicho anteriormente

DIETA MEDIA ESTADISTICA

	1928 1937 incl.	Total del Grupo	Consumo conveniente seg. Consejo Nac. de Alimentación
	g/dia		g/dia
1.—Leche	99.2		250 a 500
Queso	1.4		
Mantequilla	1.7	106.9-§	
2.—Frutas	97.8		100.—
Verduras	57.0	154.8	100.—
3.—Carne	95.1		
Pescado	13.8		
Marisco	4.7	111.8-§§	180.—
4.—Papas	240.0	240.0	300.—
5.—Frejoles	28.3		
Arvejas	6.7		
Garbanzos	1.5		100. —
6.—Trigo (reduc. a harina)	322.9		
Maíz	42.4		
Arroz	10.7	396.0	275.—
7.—Azúcar	55.6		50.—
Aceite	6.5		10.—
8.—Vino y Chicha	177.5		0.—
Cerveza	31.5		0.—
	2.288 Calorías 68.5 Prótidos		2.400.— Calorí 70.— Prótid

NOA: -§: Reducido a leche fresca. -§§: Reducido a carne.

sobre este alimento fundamental, sino que se señala como cifra posible de ser alcanzada.

CONCLUSIONES

1.o—Entre nosotros, existen problemas de salubridad en cuyo origen intervienen deficiencias de alimentación:

a) Elevada mortalidad infantil.

b) Deficiencia de estatura, peso y de forma del esqueleto.

c) Frecuencia de la tuberculosis y de otras enfermedades infecto-contagiosas.

2.o—El bajo rendimiento del trabajador manual en general, reconoce un origen semejante, lo que aparece confirmado por el hecho de no presentarse en obreros de algunas industrias cuyos salarios les permiten una alimentación mejor.

3.o—Estos trastornos tienen su origen en la falta de alimentos protectores, especialmente de leche y sus derivados, huevos y carnes.

Dado que el rubro de alimentación representa más del 80% de los gastos familiares de los trabajadores, el monto del salario repercute de una manera directa en las condiciones de nutrición. Así en los individuos cuyos salarios son bajos, ya sea por que su monto de suyo es bajo, o porque tenga muchas cargas de familia, estos defectos de alimentación y los trastornos consecutivos aparecen con mayor intensidad y frecuencia.

VESTUARIO

Otro de los rubros obligados de inversión del salario en los pueblos adelantados, es el vestuario. Desgraciadamente en nuestro país, los salarios reducidos dejan sólo un pequeño margen para llenar esta asignación.

Las estadísticas no nos permiten apreciar en cifras exactas la cantidad de ropa de que dispone nuestro pueblo.

En las diferentes encuestas que se han hecho, las referencias sobre esta materia consisten únicamente en observaciones generales, de conjunto, pero bien categóricas; la realidad es materialmente aprehensible en forma directa en cualquier instante; los trabajadores chilenos carecen de vestuario adecuado y muchas veces disponen sólo de andrajos. El espectáculo cotidiano de nuestros obreros constituye una demostración suficientemente clara y una argumentación sólida y convincente en favor de esta afirmación. Se puede, además, de la objetivación directa, inducir su desastrosa situación del análisis de otros hechos susceptibles de representarse en números.

PARTE DEL SALARIO OBRERO QUE SE INVIERTE EN VESTUARIO

Comenzaremos por recordar una vez más que, en primer término está la necesidad de alimentarse y ya sabemos que los obreros chilenos invierten, obligadamente, en su nutrición y la de su familia el 80 por ciento de su salario, más o menos.

Después del alimento la necesidad más imperiosa del ser humano es la de la vivienda, que absorbe del 12% al 15% de sus entradas. Con las sumas restantes, un 5% o cuando más un 8%, la familia debe fi-

nanciar sus necesidades de vestuario y todas las otras; de éstas algunas, como la movilización, representan, en muchos casos, un gasto fijo e inevitable para el trabajador.

Veamos ahora lo que nos indican las encuestas:

Las 591 familias de la encuesta hecha por el profesor Dragoni invertían en vestuario cantidades equivalentes al 1,8% del salario ganado; el promedio de lo gastado por Unidad de Consumo y por día era de cinco centavos ($ 0.05). El mencionado profesor anotó a menudo en los cuestionarios, observaciones sobre la exigüidad de los gastos de esta naturaleza; en cierto número de casos éstos equivalen a cero.

A este respecto comenta:

"Podría admitirse que este resultado se deba a lagunas en la encuesta, pero el estudio de los presupuestos familiares nos demuestra palpablemente que esta laguna no puede ser considerada como importante. Con tantos presupuestos obreros en déficit y con el débil activo de los otros, al menos en la gran mayoría de los casos, no se ve, verdaderamente, como se podría incurrir en gastos que no sean los absolutamente indispensables".

En cuanto a los cuestionarios que se refieren a los grupos con entradas más bajas, en ellos se repite en todos los tonos que los desembolsos para vestuario, calzado, ropa blanca, se hacen de una manera enteramente excepcional, a lo que hay que agregar que un gran número de familias anotaron cero gastos en esta columna y declararon vestirse con ropas y calzado de segunda mano, regalados por personas caritativas.

Es interesante recordar que el comercio de ropa usada ha alcanzado en estos años un auge considerable.

En otro estudio hecho en Viña del Mar por el Dr. Lara, sobre 150 familias, con un total de 781 personas, el 78% no disponía de la renta para adquirir el mínimo de vestido aceptable y 36 grupos familiares carecían en absoluto de recursos para vestirse y lo hacían de la caridad pública.

En Magallanes, en una encuesta realizada por el Dr. Damianovic sobre 1.465 personas se llegó a establecer:

7% poseían únicamente lo puesto.

9% carecían de abrigo (sobretodo).

30% disponían de alguna prenda de lana.

68% usaban la misma ropa todo el año.

Proyectados en el clima rudo de Magallanes, estos datos adquieren un innegable relieve.

Ahora veamos qué parte del presupuesto familiar obrero está destinado a vestuario, en otros países, comparándolo con el nuestro.

EE. UU.		BELGICA		ALEMANIA	
Obreros de Ford 7 dol. diarios 225 dol. por año		Pequeña burguesía	Familias obreras	Menos de 2.500 RM	Más de 4.500 RM
Alimentación	30,2	48,9	58,2	47,9	41,5
Vivienda	22,6	11,7	6,3	11,9	8,8
Vestuario	12,6	14,0	14,0	10,4	14,6
Necesidades esenciales en conjunto	65,4%	74,6%	78,5%	70,2%	64,9%

CHILE

Alimentación	80 %
Vestuario	1,8%
Vivienda	15 %
Necesidades esenciales en conjunto	96,8%

Salta a la vista la exigüidad de lo invertido por el obrero chileno; redondeando nuestra cifra a 2% resulta cinco a siete veces menor que las que corresponden al obrero europeo o al norteamericano. La diferencia es demasiado considerable cualquiera que sea el punto de vista y las consideraciones que se hagan. En realidad, ante las exigencias perentorias del hambre, todas las demás, incluso el vestido, pierden importancia.

VESTUARIO Y MORBOMORTALIDAD

Bastaría en verdad saber que la alimentación y la vivienda consumen 90 a 95 por ciento de los salarios ganados, para presumir el estado del guardarropa del trabajador.

Consideremos ahora las proyecciones que tienen estas deficiencias del vestuario y del abrigo en la salud individual y en la higiene; para ello vamos a comparar la mortalidad por **afecciones no tuberculosas del aparato respiratorio** (en su mayoría neumonías y bronconeumonías), entre los imponentes de la Caja de Seguro Obrero, Caja de Empleados Particulares y Caja de Empleados Públicos.

(1937)

Caja de Seguro Obrero		Caja de EE. PP.		Caja de EE. PP. y PP.	
N.o de casos	%	N.o	%	N.o	%
1.371	16,95	35	7,55	53	12,68

Resalta la mayor proporción de fallecimientos por estas causas entre los asegurados obreros que son, precisamente, los peor protegidos contra los cambios de temperatura del ambiente y contra afecciones relacionadas con enfriamientos, sin desconocer la considerable influencia que en estas cifras pueden haber tenido las deficientes condiciones de la vivienda.

El número de asistidos y dados de alta en los hospitales, por grippes y afecciones respiratorias no tuberculosas, de un total de 255.939, fué

Grippe	10.039
Afec. respiratorias	15.200
Total	
Total	25.239

De éstos, 16,178 fueron en invierno y primavera.

Conviene indicar, además, que un 27% de la mortalidad infantil, es debido a afecciones respiratorias, lo que seguramente está relacionado en parte con la falta de abrigo adecuado. (Son también factores determinantes de la sub-alimentación en sus distintos grados y el hacinamiento).

Comparemos, ahora, la mortalidad por grippe y neumonía en Chile y en otros países de diversos climas y latitudes:

MORTALIDAD COMPARADA EN CHILE Y OTROS PAISES A CAUSA DE GRIPPE Y NEUMONIA

Por 100.000 habitantes

	Chile	Alemania	Bélgica	Francia	Inglaterra
Grippe	13.4	4.1	3.8	1.1	1.4
Neumonía	44.7	7.9	9.8	9.8	7.3

	Italia	Rumania	Suecia	España	Checoeslovaquia
Grippe	0.7	0.6	0.1	0.5	1.6
Neumonía	17.7	28.4	8.2	16.3	12.8

	EE. UU.	CANADA	URUGUAY	JAPON
Grippe	0.4	0.5	0.1	1.2
Neumonía	6.9	6.1	9.7	18.2

Si bien es cierto que muchas de estas grippes y neumonías, son sencillamente tuberculosis u otras afecciones, subsiste siempre, considerando la enorme desproporción de estas cifras, una diferencia demasiado grande no atribuíble a estas dolencias, sino directamente a las enfermedades por enfriamiento.

El tifus exantemático, es otro de los aspectos de la morbo-mortalidad chilena, que está estrechamente relacionado con la higiene del vestido. Su agente trasmisor, el piojo, vive principalmente en las ropas, y la condición del vestuario popular es uno de los mayores obstáculos para luchar contra él.

Las afecciones de la piel han alcanzado también una enorme difusión. Se calcula que unos sesenta mil niños de las escuelas sufren de sarna, enfermedad que es el punto de partida de perturbaciones y afecciones renales gravísimas. Para poder luchar contra ella con éxtio se requieren mudas limpias de ropa interior y de cama, de las que por cierto carecen la casi totalidad de los niños afectados y que junto a los elementos de aseo dan completa posibilidad de curación.

LA VIVIENDA

Otro rubro de suma importancia de la forma de inversión de los salarios lo constituye la habitación. Podemos afirmar que uno de los principales factores de la deficiente situación sanitaria de nuestro pueblo, es la pésima condición de sus viviendas.

Los organismos técnicos, los tratadistas que se han preocupado de la materia y las estadísticas efectuadas en nuestro país y en el extranjero relativas a la directa relación de las condiciones de la vivienda con la mortalidad y morbilidad, confirman en forma amplia este aserto.

Alfonso Campos, en su obra ya mencionada, cita diversos trabajos y opiniones de organismos internacionales, entre ellos uno de la Organización Internacional del Trabajo, relativa a "La Politique de Logement en Europe". En él, al referirse a la importancia que representa un mejoramiento en las condiciones de la habitación de las clases trabajadoras, expresa: "el individuo para mantener una buena salud, debe satisfacer un cierto número de necesidades elementales: la alimentación, el vestido y la habitación. Pero la satisfacción de esta última necesidad es además un factor fundamental de la salud moral".

La Conferencia Internacional del Trabajo, la Quinta Conferencia Panamericana reunida en Santiago en 1924, el Congreso de Urbanismo de Valparaíso de 1927; la Conferencia de la Vivienda recientemente celebrada en Buenos Aires, para no citar otros certámenes de análoga importancia, han adoptado acuerdos tendientes a fomentar el desarrollo de la legislación sobre habitaciones.

La vivienda se halla en estrecha relación con la mortalidad y morbilidad de un país. En el nuestro esta relación ha sido establecida en forma documentada por diversos profesionales y autores.

Oscar Alvarez da un dato revelador acerca de este punto. En su obra "El problema de la vivienda en general" aparecen las siguientes cifras de mortalidad en relación con el número de habitantes por vivienda:

País	Mortalidad por 1.000	Densidad media de habitantes por vivienda
Chile	26,4	5,6
España	18	4,6
Alemania	12,6	3,5
Inglaterra	11,7	3
Estados Unidos	11,6	3
Japón	10,6	1

Esta estadística comprueba en forma indubitable que la mortalidad decrece **en relación directa con el número de habitantes por vivienda.**

En una publicación reciente de la Caja de la Habitación, relativa a nuestra vivienda en el campo, se llega a la conclusión de que las estadísticas han comprobado que en Chile existe **una mortalidad infantil de 450 por mil en el tugurio y sólo de 250 por mil en habitaciones higiénicas.**

El Dr. Arturo Tello comprobó en Antofagasta, en 1935, que la mortalidad de los niños de 0,7 a 10 años fué de 248 por mil en el barrio donde viven personas adineradas, y de 545 por mil en el barrio obrero.

El Dr. José Vizcarra, en su importante trabajo intitulado "Balance de la Tuberculosis", señala la influencia de la mala habitación en el desarrollo de este mal y anota los resultados de una encuesta que realizó para este efecto y que consigna que de los 100 hombres y 50 mujeres tuberculosas no incapacitadas, tomadas al azar, sus viviendas no alcanzaban a reunir ni el 50% de las condiciones higiénicas que se señalan como indispensables para el normal desarrollo físico del individuo.

El Dr. Julio Bustos A., Jefe del Departamento de Previsión Social, destaca en el estudio que realizó acerca de la Política Previsionista ante el Problema de la Tuberculosis "el gran peligro que envuelve para el contagio de esta enfermedad el hacinamiento de muchas personas por pieza".

Eduardo Hamilton, Profesor de la Universidad Católica, en su trabajo "Tienen derecho a Vivir" al referirse al resultado de una encuesta en la población San José, pinta con caracteres sombríos la pieza única que es la característica de los habitantes de ese sector de la población, en donde dice, se trabaja, se come, se duerme, tal vez se cocina. La pieza donde el pobre enfermo está en contacto íntimo con todos los moradores, es el centro seguro de contagio y la propagación cierta de la enfermedad".

De una encuesta verificada por el Dr. Sáenz sobre 300 tuberculosos en Santiago el 85% viven en una pieza, el 10% en dos y el 5% en 3 ó más.

La Visitadora Social Srta. Violeta Martínez, por su parte, anotó que en 200 casos de tuberculosos atendidos en el Hospital del Salvador de Valparaíso, la causa determinante de la enfermedad era la vivienda insalubre.

La Dra. Blanca Andrade y don Hugo Hinrichsen en un informe presentado a la Dirección de la Habitación, sobre este problema, en Concepción, Cosmito, Lirquén, Coronel, Schwager, Lota y Talcahuano, dicen:

"que las habitaciones ocupadas por los obreros son insalubres y en muchas partes inhabitables".

Por esta razón encuentran que "los porcentajes de la tuberculosis en niños y adultos y raquitismo y distrofias en los niños, más que alarmantes son desastrosas".

"En cada caso de tuberculosis que se tomó de los hospitales se constató invariablemente que los individuos atacados por esta enfermedad, habían habitado casas insalubres, de lo que se desprende que la vivienda si no es la causa inmediata de su enfermedad, por lo menos es un factor importante en el desarrollo de ella. Al mismo resultado se llegó en los casos de raquitismo de los niños".

En análoga forma encontramos múltiples opiniones de otros autores, —médicos y estudiosos—que se han dedicado a realizar encuestas parciales u observaciones sobre la vivienda, hallando íntima relación entre ella y los factores a que nos hemos referido.

SITUACION ACTUAL DE LA VIVIENDA

No se ha realizado un verdadero censo de la habitación en nuestro país. Sólo podemos mencionar estudios más o menos aproximados que se refieren a la totalidad del problema o abarcan aspectos parciales del mismo. Dentro del primero, mencionaremos el manifiesto de la Asociación de Arquitectos de Chile y dentro del segundo, los censos de los conventillos del país y de la capital.

En diciembre de 1934 la Asociación de Arquitectos de Chile publicó el manifiesto a que aludimos. En él se señalaban las malas condiciones de la vivienda en nuestro país. Sus conclusiones son:

1.—Que la tercera parte de la población de Santiago y asimismo de todo el país habita en viviendas malsanas;

2.—Que un millón, quinientos mil chilenos carecen de viviendas adecuadas;

3.—Que hay necesidad de construír 300 mil viviendas higiénicas;

4.—Que en su construcción debían invertirse por lo menos de 2 mil a tres mil millones de pesos;

5.—Que este plan de construcciones debe ser estudiado por los financistas chilenos hasta hallar la fórmula de financiamiento dentro de un plan prudente.

Agréguese a esto, que posteriormente en su presentación al Senado, a raíz de la discusión de la Ley 5950, a la cual más adelante nos referiremos en detalle, este mismo organismo indicó que la cifra de 300 mil viviendas dada en su primer manifiesto, había quedado por debajo de la realidad.

CONVENTILLOS.—El problema de la vivienda tiene estrecha vinculación con la existencia de los conventillos hasta tal extremo que su superdensidad es considerada como una de las manifestaciones más evidentes de la vivienda insalubre de una ciudad. En nuestras ciudades y especialmente en la capital existen numerosos conventillos que en su inmensa mayoría no cuentan con las más elementales exigencias sanitarias. Proporcionaremos algunos datos estadísticos: el último censo de los conventillos en el país realizado por carabineros, da los siguientes resultados: en los 8.627 conventillos encuestados, existían 67.109 piezas donde vivían 220,412 habitantes, lo que da una densidad de 3,3 habitantes por pieza. En cuanto al estado en que se encontraban se indica que 2.178 eran pésimas; 3.087 malos; 2.920 regulares; sólo 441 buenos. Como vemos, a la insalubridad de la vivienda se une el hacinamiento que aparte de ser un foco de infección, influye en la salud moral de los habitadores al permitir una forzosa promiscuidad.

Los resultados que arrojó la Inspección Sanitaria de 891 habitaciones colectivas en Santiago (23 citées y 759 conventillos), fueron:

En buenas condiciones	118
En regular estado	232
En pésimas condiciones	541
TOTAL	891

En las 891 viviendas colectivas habitaba una población de 45.086 **el promedio de los casos inspeccionados dió 5 personas por cada cuarto; el 12% de los conventillos arrojaba un promedio de 8 personas por pieza, no siendo ninguna de éstas mayor de 9 metros cuadrados.**

Otro censo en los conventillos fué el realizado por el Departamento de Estadística de la Municipalidad de Santiago con la cooperación de la Escuela de Servicio Social. Reproducimos los comentarios en síntesis que sobre él consigna Enrique Gebhardt.

Sobre un total de 4.000 conventillos calculados por la Dirección de Sanidad, sólo pudieron ser estudiados 1.317 por falta de suficiente personal para la investigación, y en las mismas condiciones quedó el distrito N.° 47, considerado como uno de los más insalubres en la Comuna de Santiago. Este distrito se halla situado entre las calles Mapocho, Rivera y Avenida Independencia y comprende 388 manzanas con 11.929 habitantes, lo que da una densidad de 255 habitantes por hectárea, siendo la densidad media de Santiago de 127. De las 38 manzanas hay 22 donde existen conventillos, alcanzando éstos a 194 con 1.299 piezas insalubres donde alojan 2.611 personas.

Se comprobó además que la superficie de pieza por habitante daba un promedio de 3,68 metros cuadrados, y la del patio de 1,19 metros cuadrados, cifras que están muy lejos del límite exigido por los Con-

gresos Internacionales de Arquitectura Moderna que señalan 14 metros cuadrados de superficie por pieza para cada habitante y 6,98 metros cuadrados de patio.

El 88% del total de las familias disponían de una sola pieza.

Con los datos generales proporcionados en esta encuesta se pudieron determinar cuales eran los focos de insalubridad de la comuna de Santiago. Para ello se tomaron en cuenta tres índices: a) el número de habitantes por hectárea; b) el número de conventillos por hectárea; c) el índice de insalubridad de dichos conventillos.

Agrupándose estas tres medidas de insalubridad se llegó a establecer que de las 4.254 hectáreas que abarca la comuna de Santiago, 1.461 eran insalubres, debiendo tomarse en cuenta que la superficie edificada alcanza sólo a 3.065 hectáreas.

Algunas encuestas parciales

Entre los estudios particulares realizados sobre la condición de la vivienda, merece destacarse, la investigación practicada por el Dr. Guillermo Durruty sobre la Habitación Popular en Ovalle, presentado al Congreso Médico de la Serena en 1937; de las 500 casas de la encuesta, 290 constaban de una sola pieza; 138 de dos; 25 de tres; 21 de cuatro; 3 de cinco; 2 de seis y 1 de ocho; "lo cual significa que el 50% de las familias obreras disponen de una sola habitación, para todas las necesidades familiares; el 31,5% de sólo dos y un 10,4% apenas goza del lujo de casa de más de dos piezas."

Después de un detenido estudio de sus condiciones higiénicas llega a la conclusión de que "casi la totalidad de la población obrera de Ovalle vive en chozas o cuartos de la peor especie".

El Dr. José Vizcarra, en su interesante estudio antes mencionado, sobre 100 hombres y 50 mujeres tuberculosas incapacitados, proporciona los siguientes datos en relación a su alojamiento: Las 100 viviendas de los hombres tenían 206 piezas de las cuales 147 eran dormitorios y estos albergaban 471 personas que disponían de 374 camas. Las cincuenta mujeres con sus familiares vivían en 84 piezas que albergaban 206 personas y que disponían sólo de 198 camas.

El Dr. Arturo Larraín, a quién cita Héctor Behn Rosas, en su libro "El Problema de la Habitación Mínima", señala que en la Hacienda Nancagua el término medio de habitantes era 4,8 por pieza y 8 por casa en una población de 484 personas.

El Servicio Social de la Asistencia Pública de la Comuna de Ñuñoa encontró, en 1937, en un total de 100 familias encuestadas constituídas por más de 5 personas, como término medio, 72 familias habitando una pieza; 24 dos piezas y 4 tres piezas.

Otras encuestas análogas verificadas en diversos lugares del territorio, en los últimos años, y citadas por el mismo autor, señalan el

enorme hacinamiento de personas por pieza que corrientemente llega a 3,16 personas por pieza para el sector rural, y de 4 a 5 por pieza en los sectores urbanos, no siendo extraordinario que en muchos casos ese número llegue hasta 8 personas por habitación.

Eduardo Hamilton anota los siguientes datos en 50 familias de la población obrera de San José:.

266 personas disponían de 107 camas. De las viviendas el 62% poseía un servicio consistente en un pozo ciego, el resto, 38%, carecía aún de este primitivo servicio. El 31% tenían piso de madera y el 69% restante, piso de tierra. Sólo el 65% tenía agua potable.

Queremos también hacer resaltar el reducido número de camas de que dispone la mayoría de las familias obreras en relación a sus componentes.

Bástenos con mencionar que en 109 fundos encuestados en la Zona Central por las Visitadoras Sociales de la Escuela de Servicio Social de la Beneficencia Pública, 19.708 poseían solamente 9.348 camas, lo que nos da un promedio de más de dos personas por cama, debiendo hacerse presente que se comprobó que 455 personas disponían de 91 camas, o sea, una cama para cinco personas.

Los datos y las estadísticas que hemos transcrito permiten formarse una idea cabal de las malas condiciones de vivienda de nuestro pueblo que se traducen en la promiscuidad y aglomeración excesiva, en su insalubridad debido a la mala ubicación y emplazamiento, como asimismo a la falta de espacios libres; a la construcción deficiente y falta de servicios higiénicos y sanitarios, alcantarillado, etc., etc. Todo ello, como ya lo hemos expresado, ha tenido que influír en forma decisiva en los elevados índices de morbilidad y mortalidad del país.

Por su parte, la encuesta municipal de Santiago, arrojó cifras parecidas: en 1813 familias había una cama por cada dos habitantes; en 614, una para cada tres; en 256, una para cada cuatro y en 102 una para cada cinco.

POLITICA DE LA HABITACION

La Política de la Habitación en nuestro país se ha caracterizado por la insuficiencia de los medios empleados para resolver un problema de tanta magnitud, cuyos caracteres alarmantes han podido vislumbrarse a través de las investigaciones que hemos consignado.

Esta falta de visión total del problema y de voluntad para resolverlo, la encontramos en todas las leyes dictadas en esta materia, desde la primera, N.° 1838 que creó el Consejo Superior de la Habitación, a principios de este siglo, hasta la reciente Ley 5950 que organizó nuestra Caja de la Habitación.

El senador Lira Infante, en su exposición de motivos se expresaba en los siguientes términos: "a pesar de todos los esfuerzos la causa quedará en pie mientras subsista la insalubridad de las habiciones populares, afrenta de nuestros pueblos y ciudades, germen constante de infecciones de toda índole, sombra fatídica que ensombrece el campo de la demografía nacional y que mantiene así estacionaria a nuestra población."

Por desgracia la Ley 5950, tal cual está redactada, no proporciona los elementos suficientes para resolver este problema, como la práctica lo ha demostrado. Aparte de otras finalidades — como la limitada obligación de construír de los propietarios agrícolas e industriales — la protección al hogar obrero mediante el beneficio de su inembargabilidad e indivisión, sus disposiciones para resolver el saneamiento de la habitación popular mediante la reparación o demolición de las habitaciones que fueren declaradas inhabitables e insalubres, etc., etc., esta Ley fundamenta su éxito en la obra de la iniciativa privada y en los recursos que por distintos rubros se proporcionan. Es imposible pensar en el éxito de la iniciativa privada en la que el autor del proyecto fundamenta sus más caras expectativas. El costo de la construcción de las viviendas, comparado con la reducida capacidad de pago de los arrendatarios hace que no sea un estímulo para los capitales particulares esta clase de inversiones. **Sólo en países de elevados salarios puede pensarse en la solución de este problema mediante la iniciativa privada, y el nuestro no es uno de ellos.**

Descartando así la iniciativa privada no quedaba otro medio para impulsar este género de inversiones que el empleo de los fondos y de los recursos que la Ley entregó a la Caja de la Habitación. Veamos cuáles eran éstos: los principales recursos con que se habilitó a la Caja fueron los siguientes:

1.°—25 millones de pesos que el Estado le entregaría anualmente en la Ley de Presupuesto de la Nación.

2.°—30 millones de pesos que la Caja de Seguro Obligatorio debía entregarle anualmente en calidad de préstamo, hasta completar la cantidad de 510 millones de pesos. Como esta obligación no pudo ser cumplida por la Caja, pues hubiera afectado seriamente sus finanzas, la Ley 6172, aumentó el aporte patronal del 3 al 4%, reemplazando la obligación anterior por la entrega de este aumento de 1% a la Caja de la Habitación.

3.°—50 millones de pesos que entregaría la Tesorería General de la República como producido de un empréstito interno. Esta disposición no ha sido cumplida.

4.°—Con el producto de préstamos y emisiones que se autorizaba

hacer a la Caja Nacional de Ahorros en suma no superior a 10 millones de pesos. Tampoco esta operación ha sido realizada.

5.c—Con las rentas de las inversiones que efectúe y con el pago de multas que establece la Ley.

6.º—Con el 35% del mayor rendimiento que producirían los impuestos por la reavaluación de los bienes raíces.

De las fuentes de ingresos enumeradas, la Caja de la Habitación sólo recibe actualmente dos clases de rentas efectivas: 25 millones de pesos anuales que le entrega el Fisco y 16 millones que está obligada a entregar la Caja de Seguro Obligatorio, que representa el 1% del aporte patronal, sumas a las que debe restársele los gastos administrativos y las obligaciones del antiguo Departamento de la Habitación. Le queda, en consecuencia, para construcciones, una suma inferior a 40 millones de pesos.

La escasez de medios económicos proporcionados hasta ahora a la Caja por la aplicación de esta ley, ha determinado el lento ritmo de construcciones que se evidencia en este cuadro:

Número de viviendas construídas por la Caja de la Habitación

	Poblaciones	Viviendas	Habitantes
A.—Viviendas construídas durante los últimos 3 años y completamente terminadas	4	350	1.635
B.—Viviendas cuya construcción está por terminarse en el presente año	7	1.017	4.724
C.—Viviendas cuya construcción está realizándose y se terminará con posterioridad al 31 de diciembre de 1939 . .	15	1.591	9.891
SUMA	26	2.858	16.250
D.—Necesidad anual de viviendas en el país para los efectos de las leyes de la Habitación Popular. Estimación aproximada		300.000	
E.—Necesidad anual de viviendas para satisfacer el aumento de la población. Número de viviendas al año		4.500	

Para el cálculo de las viviendas, se ha tomado el promedio de habitantes por familia de acuerdo con los resultados del censo de 1930.

El informe presentado al Senado por la Asociación de Arquitectos de Chile y el Instituto de Urbanismo, con motivo de la discusión de la actual Ley que creó la Caja de la Habitación, al indicar la insuficiencia del proyecto, para resolver el problema de la vivienda popular, señalaba los siguientes datos:

1.°—Según el último censo existen en el país 750.972 viviendas, correspondiendo a la población obrera una cuota de más de 500 mil casas.

2.°—Dado el escaso número de habitaciones que pueden considerarse como salubres indica que el número de 300 mil viviendas señaladas por la Asociación de Arquitectos en su Primer Manifiesto ha quedado por debajo de la realidad.

3.°—Suponiendo que el país se propusiese resolver el problema de la habitación en un período de 35 años, requeriría construír y reparar 14 mil viviendas anualmente.

4.°—Que el aumento de la población en año normal ha alcanzado a 62 mil personas y que por este solo rubro se exige la construcción de 5 a 8 mil viviendas anuales.

5.°—Tomando en cuenta estas dos necesidades, si se quisiera higienizar el país en un período de 35 años se requeriría construir y reparar 14 mil viviendas, más 8 mil que exige el aumento vegetativo de la población, lo que da un total de 22 mil viviendas por año.

Ante la magnitud de las cifras señaladas dice Alfonso Campos: "es imposible pretender una solución con tan escasos recursos y esto sin calcular el crecimiento vegetativo de la población". Compartimos ampliamente este juicio.

La Caja para cubrir la cuota anual de 22 mil viviendas necesita una suma no inferior a 400 millones de pesos, y ella sólo dispone de 40, o sea, que tiene capacidad para cubrir a lo más la décima parte de esa cuota, es decir que no podrá construir viviendas ni para el aumento vegetativo de la población, por lo que el problema, lejos de solucionarse se agrava.

Un nuevo factor se suma ahora a los ya conocidos: el auxilio que prestará la Corporación de Fomento a la construcción de casas, de acuerdo con la Ley 6334, que destina 500 millones de pesos a esa finalidad; pero dentro de los cálculos para la inversión de esos fondos apenas se contempla la suma de 50 millones de pesos para la Caja de la Habitación. A ese factor debemos agregar uno más que es la destrucción casi completa de la vivienda en las zonas devastadas por el terremoto.

Como una comprobación más de lo que acabamos de sostener en lo que se refiere a la imperiosa necesidad de iniciar una política reno-

vadora y verdaderamente eficaz en materia de habitación obrera, con miras a resolver de una manera completa este problema, enfocado hasta ahora con criterio tan restringido, incluímos los siguientes cuadros confeccionados por los aluumnos del profesor de Arquitectura don Alfredo Johnson, en los que se expone en forma bien clara las necesidades actuales relativas a la habitación, como asimismo, las construccines que sería necesario hacer para lograr dentro de un plan de siete años, la completa solución del problema.

En el cuadro primero, que va a continuación, se calcula el aumento vegetativo de la población obrera de Santiago (base sobre la cual se hacen todos los cálculos) tomando en cuenta como ella se agrupa desde el punto de vista familiar de acuerdo con las estadísticas, y considerando que cada grupo familiar requiere una vivienda. Se llega así a la conclusión de que se necesitan 87.705 habitaciones.

Ver cuadro pájina 65

En el cuadro segundo se calcula la cantidad de viviendas por edificar, tomando en cuenta la actual población, su aumento vegetativo y su agrupación familiar. La suma total se distribuye en un período de siete años, concluyendo que se necesitan 53.002 habitaciones por año, más el aumento anual que corresponde al crecimiento vegetativo de la población, lo que da el número de viviendas que debe construirse por año.

Ver cuadro pájina 66

Con los antecedentes expuestos creemos haber demostrado en forma incontrovertible la afirmación que hacíamos de que en nuestro país las condiciones de la vivienda son pésimas y en consecuencia tiene decisiva influencia en nuestros cursos de morbimortalidad.

DICIEMBRE

TOTAL HABITANTES: 371.017

COMPOSICION FAMILIAR EN TIPOS Y Nº DE PERSONAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12
TANTO POR CIENTO DE CADA TIPO		6.93	32	6.98	8.92	11.51	13.68	14.14	14.09	7.82	6.81	5.92
TOTAL DE PERSONAS POR CADA TIPO		25.711	11.673	25.897	33.095	42.704	50.755	52.462	53.282	29.014	25.266	21.964
VIVIENDAS O FAMILIAS		25.711	5.936	8.632	8.274	8.541	8.459	7.495	6.910	3.224	2.526	1.997
MTS CUADRADOS EDIFICADOS DE VIVIENDAS	POR HABITANTE	24	13.5	12.5	11.25	11.51	9.56	10.4	9.1	9.	9.	9.
	POR FAMILIA	24	27	36.9	45.	57.55	57.5	72.65	72.65	81.	90.	108.
TOTAL DE MTS CUADRADOS EDIFICADOS		617.064	160272	318.311	372.330	491.554,6	466.192,5	546.010,5	503.393,5	261.144	227.340	215.676
TOTAL VIVIENDAS		87.705										
POR AÑO MTS²		4.279468,40										

CANTIDAD DE VIVIENDAS POR EDIFICAR SEGUN UN PLAN DE 7 AÑOS.

Año.	CANTIDADES POBLACION			CANTIDADES VIVIENDAS			CANTIDADES Mª EDIFICADOS		
	POBLACION - 1938 AMORTIZADA HASTA - 1945	INCREMENTO ANUAL	TOTAL HABITANTES POR AÑO	VIVIENDAS - 1938 AMORTIZADAS HASTA - 1945	INCREMENTO VIVIENDAS POR AÑO	TOTAL VIVIENDAS POR AÑO	Mª EDIFICADOS - 1938 AMORTIZADOS HASTA - 1945	INCREMENTO Mª EDIF. ANUAL	TOTAL Mª EDIF. POR AÑO
Dic. 1939	53.002.	11.130	64.132	12.529	2.537	15.066	611.555	160.680	716.033
" 1940	53.002.	11.464.	64.466	12.529	2.615	15.144	611.555	110.575	721 728
" 1941	53.002	11.808	64.810	12529	2.700	15229	611.555	114.505	725.658
" 1942	53.002	12.155	65155	12.529	2777	15.306	611.555.	118.152.	729.505
" 1943	53.002	12527.	65.529	12529	2867	15396	611.555	122.597.	733.750
" 1944	53.002	12903	65.905	12529	2.955	15.484	611.555	126.597	737.950
" 1945	53.002	13290	66.292	12529	3.046	15.575	611.555	130.919	742.272

TOTAL POBLACION AL FINAL DEL AÑO 1945 : 456.315.-

TOTAL VIVIENDAS " " " " 107.204.-

TOTAL Mª EDIFICADOS " " " " " 5.109.521.-

OBRAS DE SANEAMIENTO

SERVICIO DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO

Nuestra exposición no puede prescindir del estudio de este rubro que tan vital influencia tiene en las condiciones de salud pública.

La importancia considerable que los abastos de agua potable y los servicios de alcantarillado tienen en un país, se revela principalmente por el interés que han tomado en ellos naciones como Estados Unidos, Francia, Inglaterra, etc.

Obras de saneamiento de esta clase han influído considerablemente en la morbilidad y mortalidad en general. El agua, vehículo de gérmenes de enfermedades infecciosas ha dado lugar a famosas epidemias descritas en todos los libros clásicos de higiene.

Veamos cual es el estado actual de estos servicios en nuestro país, de acuerdo con los datos que se desprenden de estudios hechos por la Dirección General de Estadística (ver cuadros N.os 1 y 2).

Ver Cuadros pájinas 68 y 69

Las poblaciones de las provincias de Arauco, Magallanes, Chiloé y Aysén no están dotadas de obras de saneamiento. Un 10% de la población total está saneada en Colchagua; del 10 al 20 por ciento en O'Higgins, Maule, Linares, Ñuble, Bío-Bío, Malleco, Cautín y Llanquihue; del 20 al 30 por ciento en Coquimbo, Curicó, Valdivia, Atacama y Aconcagua; 30 a 40 por ciento en Talca; 40 al 50 por ciento en Antofagasta y Concepción; 50 al 60 por ciento en Tarapacá y más del 60 por ciento en Santiago y Valparaíso.

En total, sólo el 39% de los habitantes de país viven en poblaciones

SERVICIOS PUBLICOS SANITARIOS

BASE: Población según censo 1930 y estado Servicios en 1938

Provincias	Población Total	Población Urbana	Población Rural	Población Saneada	Población con Serv. de Agua	Población Sin Servicio	% San.	% Solo Servicio Agua	% Población sin servicio
Tarapacá	113.331	64.319	49.012	59.598	3.460	50.273	53	3	44
Antofagasta	178.765	89.212	89.553	76.731	——	102.034	43	—	57
Atacama	61.098	24.604	36.494	18.125	2.930	40.043	30	5	65
Coquimbo	198.	69.376	128.960	55.612	9.197	133.527	28	5	67
Aconcagua	103.054	42.093	60.961	24.315	4.483	74.256	24	4	72
Santiago	967.603	776.622	190.981	702.225	33.283	41.114	73	3	24
Valparaíso	360.490	298.688	61.802	272.931	——	87.559	76	—	24
O'Higgins	170.536	57.102	113.434	29.388	7.152	133.996	17	4	79
Colchagua	126.408	24.787	101.621	13.016	1.807	111.585	10	1	89
Curicó	75.035	20.274	54.761	19.094	1.180	54.761	25	2	73
Talca	142.219	55.206	87.013	45.020	6.326	90.873	32	4	64
Maule	75.021	21.868	53.153	12.007	9.861	53.153	16	13	71
Linares	123.185	35.574	87.511	24.714	7.842	90.529	20	6	74
Ñuble	231.252	69.237	162.015	39.015	18.853	172.888	17	8	75
Concepción	268.421	171.194	97.227	128.215	30.859	143.398	48	11	41
Arauco	61.074	12.196	48.878	——	8.768	18.255	—	14	86
Bío Bío	113.390	30.174	83.216	17.202	8.850	87.338	15	8	77
Malleco	135.825	42.763	93.062	18.413	16.594	100.818	14	12	74
Cautín	315.264	79.551	235.713	35.748	13.661	265.855	11	4	85
Valdivia	236.115	76.871	159.244	56.260	2.779	177.076	24	1	75
Llanquihue	91.651	21.850	69.801	16.150	3.238	72.263	18	4	78
Chileé	92.673	8.357	84.316	——	6.522	86.151	—	7	93
Aysén	8.886	2.051	6.835	——	——	8.886	—	—	100
Magallanes	37.913	29.652	8.261	——	25.501	12.412	—	67	33
T O T A L	4.287.445	2.123.621	2.163.284	1.664.275	223.146	2.400.424	39	5	56

Provincias	Urbano %	Rural %	Provincias	Urbano %	Rural %	Provincias	Urbano %	Rural %
Tarapacó	57	43	Colchagua	20	80	Bío Bío	27	73
Antofagasta	50	50	Curicó	27	73	Malleco	31	69
Atacama	40	60	Talca	39	61	Cautín	25	75
Coquimbo	35	65	Maule	29	71	Valdivia	33	67
Aconcagua	41	59	Linares	29	71	Llanquihue	24	76
Santiago	80	20	Ñuble	30	70	Chiloé	9	91
Valparaíso	83	17	Concepción	64	36	Aysén	23	77
O'Higgins	33	67	Arauco	20	80	Magallanes	78	22

Población urbana del País

Base: Población según censo 1930

Provincias	Población Urbana Total	Población Saneada	Población con	Población sin Servicio	% Saneado	% con Agua	% sin Servicio
Tarapacá	64.319	59.598	3.460	1.261	93	5	2
Antofagasta	89.212	76.731	——	12.481	86	—	14
Atacama	24.604	18.125	2.930	3.549	74	12	14
Ciquimbo	60.376	55.612	9.197	4.567	80	13	7
Aconcagua	42.093	24.315	4.483	13.295	58	11	31
Valparaíso	298.688	272.931	——	25.757	91	—	9
Santiago	776.622	702.225	33.283	41.114	90	4	6
O'Higgins	57.102	29.388	7.152	20.562	51	13	36
Colchagua	24.787	13.016	1.807	9.964	53	7	40
Curicó	20.274	19.094	1.180	——	94	6	—
Talca	55.206	45.020	6.326	3.860	82	11	7
Maule	21.868	12.007	9.861	——	55	45	—
Linares	35.574	23.714	7.842	3.018	69	22	9
Ñuble	69.237	39.511	18.853	10.873	57	27	16
Concepción	137.143	103.183	21.840	12.120	75	16	9
Arauco	46.247	25.032	17.787	3.428	54	38	8
Bío Bío	30.174	17.202	8.850	4.122	57	29	14
Malleco	42.763	18.413	16.594	7.756	43	39	18
Cautín	79.551	35.748	13.661	30.142	45	17	38
Valdivia	76.871	56.260	2.779	17.832	73	4	23
Llanquihue	21.850	16.150	3.238	2.462	74	15	11
Chiloé	8.357	———	6.522	1.835	—	78	22
Aysén	2.051	———	——	2.051	—	—	100
Magallanes	29.652	———	25.501	4.151	—	86	14
TOTAL	2.123.621	1.664.275	223.146	236.200	78	10	12

saneadas. Otro 5% en poblaciones que sólo tienen servicios de agua potable y un 56% no tiene ningún servicio.

Por lo que a la población urbana se refiere, que suma 2.123.621 habitantes, el 78% vive en poblaciones urbanas saneadas, es decir, tienen servicios de agua potable y alcantarillado; un 10% reside en poblaciones que sólo disponen de agua potable, y un 12% en poblaciones que carecen de todo servicio.

Examinando la proporción de la población total que dispone de servicios de agua potable en cada provincia se puede formar el siguiente cuadro:

Proporción de la población con servicios de agua potable por provincias

Sin servicio: Aysén.
Hasta 10%: Chiloé.
De 10 a 20%: Colchagua, Arauco, Malleco, Cautín.
De 20 a 30%: O'Higgins, Curicó, Maule, Linares, Ñuble, Bío-Bío, Valdivia, Llanquihue, Aconcagua.
De 30 a 40%: Coquimbo, Atacama, Talca.
De 40 a 50%: Antofaagsta.
De 50 a 60%: Tarapacá, Concepción.
Más de 60%: Santiago, Valparaíso, Magallanes.

La parte de la población por provincias que no dispone de servicio alguno, oscila por consiguiente entre el mínimum de 25% que corresponde a Valparaíso y Santiago y la totalmente desprovista, que en este caso, corresponde a Aysén.

Porcentaje de población que no dispone de ningún servicio

Hasta el 30%: Santiago y Valparaíso.
Del 30 al 40%: Magallanes.
Del 40 al 50%: Concepción y Tarapacá.
Del 50 al 60%: Antofagasta.
Del 60 al 70%: Coquimbo, Atacama, Talca.
Del 70 al 80%: O'Higgins, Curicó, Maule, Linares, Ñuble, Bío-Bío, Valdivia, Llanquihue, Aconcagua.
Del 80 al 90%: Colchagua, Arauco, Malleco, Cautín.
Del 90 al 100%: Chiloé, Aysén.

Refiriéndonos a la provincia de Santiago conviene señalar que sólo el 90% de la población urbana está totalmente saneada, un 4% dispone

solamente de agua y el 6% restante no tiene ningún servicio, de tal manera que un 10% de la provincia más importante no está aún saneado.

Un panorama como el expuesto en los cuadros precedentes nos evita todo otro comentario. Pero él nos indica en una forma tan gráfica como expresiva que es urgente intensificar las obras necesarias hasta lograr que el total de la población urbana esté saneada, es decir, disponga de agua potable y de servicio de alcantarillado, y al mismo tiempo demuestra que es necesario extender estas obras de ingeniería sanitaria a los campos, por los métodos que esta rama de la ciencia tiene bien estudiados.

TERCERA PARTE

LOS PROBLEMAS MÉDICOS

I. BINOMIO MADRE Y NIÑO.

II. TUBERCULOSIS

III. ENFERMEDADES VENEREAS

IV. ENFERMEDADES COMUNICABLES

V. TOXICOMANIAS

VI. ENFERMEDADES PROFESIONALES

El hombre en sociedad, no es un ente abstracto: nace, se desarrolla, vive, trabaja, se reproduce, enferma y muere, en sujeción estricta al ambiente que lo rodea. cuyas diferentes modalidades originan modos de reaccionar diversos, frente a los agentes productores de enfermedades.

Esta condición-ambiente está determinada por el salario, alimentación, vivienda, vestuario, cultura y demás factores concretos y actuantes; orienta el análisis de nuestros problemas médicos y preside el programa de este Ministerio.

Examinemos ahora a la luz de la estadística los relieves y frecuencias de los grandes problemas médicos chilenos y los índices de morbilidad y mortalidad más relevantes, de modo que podamos obtener su gerarquización en relación con su rol en la producción de nuestras cifras de morbilidad y mortalidad.

BINOMIO MADRE Y NIÑO

MORTALIDAD INFANTIL

Frente al problema derivado del binomio Madre y Niño nos ocuparemos, en primer término de los hechos que condicionan la mortalidad infantil.

La estadística demográfica chilena exhibe una fisonomía peculiar, propia de los países socialmente desorganizados y acreedora por lo tanto al mayor interés.

Ilegitimidad. En el año 1938 nacieron según las inscripciones en el Registro Civil, 154.918 niños vivos, de los cuales 43.234 fueron ilegítimos, o sea, el 27,9, %.

El primer aspecto de este problema es entonces la ilegitimidad que implica deficientes condiciones de resistencia fisiológica ya que son hijos, —en su mayor parte,— de madres solteras privadas del apoyo económico del padre.

La inferioridad vital, de la ilegitimidad se corrobora si estudiamos los nacidos muertos. De 8.239 mortinatos, el 48.4% son ilegítimos y sólo lo son el 27% de los que nacen vivos. De ahí la preocupación de este Ministerio por el desarrollo de una política de protección a la madre soltera y la normal constitución de las familias de nuestra clase trabajadora, por lo que ella significa para el porvenir de la madre y del niño.

Mortalidad. Nuestros nacimientos y muertes en 1938, fueron los siguientes:

Nacimientos:

Vivos	154.918
Muertos	8.239

Defunciones:

Menores de un mes	Menores de un año	Mayores de un año
15.454 - 10%	36.511 - 23,6%	77.282

Según esto, corresponde a la mortalidad el 50,5 por mil del total de nacidos, es decir, que por cada 20 partos resulta un niño muerto, y su ascenso continuado y progresivo es el que sigue:

Año	N.o total	por 1.000 nacidos vivos y muertos
1903	2.543	21.6
1904	2.843	23.7
1905	2.900	23.7
1906	2.947	24.5
1913	4.013	27.8
1914	3.993	28.4
1915	3.525	25.2
1916	3.493	23.8
1923	4.521	28.9
1924	4.670	29.9
1925	4.557	29.5
1926	4.738	28.2
1927	5.203	29.9
1928	5.560	30
1929	6.036	33.2
1930	5.860	33.5
1931	5.863	33.7
1932	5.943	38.2
1933	6.489	42.1
1934	7.336	46.5
1935	7.848	48.7
1936	7.927	47.7
1937	8.223	50.9
1938	8.239	50.5

En 28 años, pasó de 21.6 en 1903, a 33.7 en 1931; y experimentó un aumento en la tasa de 12.1.

En los 7 años siguientes, la tasa de mortinatalidad sobre mil nacidos vivos y muertos aumentó en 17 unidades lo que equivale a 5 puntos más, en un período de tiempo cuatro veces menor.

El ritmo de aumento de esta importante cifra demográfica, sufrió una aceleración de cinco y media veces, con relación al período anterior. Las causas de este aumento sorprendente, en estos últimos años, deben buscarse en el desmejoramiento grave de las condiciones de vida y la

consiguiente mayor miseria fisiológica de los padres. También son factores de considerable importancia, la incorporación creciente de la mujer a las actividades industriales, la mayor explotación de que son víctimas y la protección insuficiente y en *muchos casos nula, durante el embarazo.* Esta apreciación se confirma si comparamos las cifras de mortinatalidad de países extranjeros por mil nacidos vivos y muertos:

	Países Balcánicos y Rusia	Dinamarca y España	Hungría	Suiza	Francia, Italia y Japón
Menos de 10		23	28	25	38

El aumento se observa en los países en que la mujer ha sido integrada a la producción industrial, como Francia, Japón, etc.

Mortalidad infantil. Es la que se refiere a los menores de un año y constituye uno de los grandes problemas de la salubridad chilena. En el último cuarto del siglo pasado fué constantemente superior a 300 por mil nacidos vivos. En 1899 descendió a 285o/oo y en este siglo, hasta 1927, tuvo alzas y bajas, manteniéndose siempre alrededor de 300 o/oo. Desde 1927 a 1931, descendió en forma marcada y en 1931, registró la cifra más baja de los últimos 30 años, con 34.663 fallecimientos de menores de un año, lo que representa un 232 por mil sobre el total de nacimientos. De 1933 a 1936, nuevamente asciende a cifras superiore a 250 por mil y en 1937 y 1938 experimenta un descenso, siendo respectivamente de 241 y 236 por mil.

Mortalidad infantil en cifras por mil nacidos vivos.

Año	N.°	Por mil
1927	39.047	226
1928	37.003	212
1929	39.481	224
1930	39.706	234
1931	34.663	232
1932	35.117	235
1933	38.106	258
1934	39.383	262
1935	38.432	251
1936	39.569	252
1937	36.912	241
1938	36.511	236

Enero-Junio	1937	18.373	25.7 o/oo
Enero-Junio	1938	17.352	23
Enero-Junio	1939	18.221	24.4

Como se puede apreciar, el descenso no es firme y no es posible esti-

marlo consolidado; la disminución de la mortalidad de nacidos vivos está anulada por el aumento del número de los nacidos muertos.

Es un privilegio triste tener las cifras más altas de mortalidad infantil en el mundo, en circunstancia de que en casi todos los países ha ido disminuyendo en proporciones apreciables. El cuadro que damos, está tomado del "Annuaire Statistique de la Societé des Nationes" y permite formarse un concepto claro al respecto.

Ver cuadro pájina 81

Nuestras cifras guardan estrecho paralelismo sólo con las de la Isla de Malta hasta 1935, pero, posteriormente, en 1936, el índice de mortalidad infantil de esta última descendió en forma apreciable, quedando Chile en primer lugar y a gran distancia de los países que lo siguen.

En el mundo, la mortalidad infantil más baja corresponde a Nueva Zelandia con 31 fallecidos en el primer año de vida, por cada mil nacidos vivos. Y en América del Sur, tenemos a Uruguay con 92.

Este descenso de la mortalidad infantil que se observa en tantos países, debe atribuirse al mejoramiento de las condiciones de vida y de higiene de las masas, difusión, de los conocimientos sobre alimentación y cuidado del niño, mayor educación de las madres en este sentido, y al desarrollo alcanzado en muchas partes por las instituciones que se ocupan del binomio "Madre y Niño", junto con la comprensión cada vez más clara por parte de los Gobiernos de la importancia vital que estos problemas tienen para el porvenir de sus pueblos.

En los diversos planes de las luchas realizadas contra la mortalidad infantil, junto a la influencia de los factores de orden económico social y las consecuencias favorables de las medidas generales de saneamiento y mejoramiento de la vivienda, están las acciones intensas emprendidas en el terreno concreto de la mejor asistencia de la madre y el niño. Esta materia ha dejado de ser una preocupación propia, de la beneficencia privada, para constituir uno de los mayores problemas públicos que requiere en sus grandes líneas la atención preferente del Estado.

Observemos ahora las cifras de la estadística demográfica sobre las causas de los fallecimientos ocurridos dentro del primer año de vida:

Ver cuadro pájina 81

MORTALIDAD INFANTIL COMPARADA

POR 100.000 HABITANTES

PAISES	MEDIA 21 - 25	AÑOS										
		1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Chile	265	258	251	226	212	224	234	232	235	258	262	251	252
Nueva Zelandia	43	40	40	39	36	34	34	32	31	32	32	32	31
Australia	58	53	54	54	53	51	47	42	49	40	44	40	41
Suiza	65	58	57	57	54	52	51	49	51	48	46	48	47
Estados Unidos	74	72	73	65	69	68	65	62	58	58	60	56	57
Inglaterra	78	77	72	72	68	76	63	68	68	64	59	57	59
Canadá	98	92	102	94	90	92	89	85	73	73	72	71	66
Alemania	122	105	102	97	89	96	85	83	79	77	66	69	66
Francia	95	89	97	83	91	95	78	76	76	75	69	69	67
Bélgica	100	94	97	92	87	104	93	82	87	85	82	85	86
Uruguay	105	115	93	106	100	93	100	110	99	93	96	102	92
Austria	136	119	123	124	120	112	104	103	106	94	91	98	93
Argentina	116	122	119	126	114	102	104	95	92	86	97	107	97
Italia	126	119	127	120	120	125	106	113	110	100	99	101	100
España	143	136	128	126	126	123	117	116	111	111	113	109	...
Jopón.	159	142	137	141	138	142	124	132	118	121	125	107	117
Checoeslovaquia	155	146	154	157	146	143	137	134	138	127	128	123	124
Colombia		122	148	144	129	123	106	125					
Ecuador						170	143	139	137				
México	223	216	209	193	193	167	132	138					
Hungría	187	168	167	185	177	179	152	162	184	136	148	152	139
Salvador				129	142	156	135	154	143				
Bulgaria	156	152	127	168	149	138	146	156	146	146	131	154	144
Costa Rica	234	266	170	172	169	182	155	179	149				
Egipto	144	155	146	152	151	159	151	160	175	162	166	161	164
Malta		272	261	301	268	261	297	307	257	258	277	286	190

Causas de muerte de menores de 1 año (1936)

	Total de afecciones	o/oo de causas especificadas
Neumonía y Bronconeumonía	7.953	24.7
Debilidad congénita y distrofias	6.942	21.5
Diarreas y enteritis	6.340	19.7
Meningitis simple	4.124	....
Grippe	2.396	7.4
Prematuros	1.469	4.5
Coqueluche	1.169	3.6
Consecuencias del parto	1.100	3.4
Sífilis	1.000	3.1
Tuberculosis	303	0.9
Raquitismo	88	0.3
Escorbuto	5	...
Otras causas especificadas	2.534	10.9
Causas no especificadas o mal definidas.	3.129	...

En el diagnóstico de meningitis se incluyen, de acuerdo con el lenguaje vulgar, todos los estados convulsivos, causa por lo tanto mal definida y en el diagnóstico de grippe se consideran ordinariamente todas las enfermedades por enfriamiento.

La importancia de las enfermedades del aparato respiratorio resalta de inmediato, (neumonia, bronconeumonia, grippe, etc.) y en ello intervienen las malas condiciones del vestido y el hacinamiento en las habitaciones, además, de una influencia primordial del factor alimentación, tanto materna como infantil.

A este propósito dice el Dr. Mardones:

"Es bien sabido que las enfermedades respiratorias se producen en el lactante, en relación con su estado nutritivo y que el estallido de algunas de ellas, y en especial su evolución fatal, son, en general, indicios de una distrofia que tiene su origen en defectos del régimen alimenticio. La diarrea y enteritis, por su parte, revelan una lactancia mal dirigida, en su totalidad artificial o mixta. Este grupo de enfermedades, que representa el 51,8% de las causas de muerte, traducen una hipogalactia maternal".

Tenemos entonces, como causa primera de la altísima mortalidad infantil, la ración insuficiente de leche materna de que disponen nuestros niños y también, la inadecuada alimentación artificial.

En seguida puntualiza:

"La experiencia demuestra que dentro de determinados límites el aporte de prótidos en la ración, influye de una manera decisiva sobre

la producción de leche porque el organismo es incapaz de sintetizarlos de otras substancias".

Hay que tomar en cuenta que una ración insuficiente desde el punto de vista calórico, no permite el aprovechamiento en buena forma de las proteínas, de manera que, "un régimen de bajo valor energético, se comporta como deficiente en prótidos, aún cuando su contenido absoluto no sea bajo". Esta observación conviene tenerla presente, no sólo en lo que a la alimentación de las madres se refiere, sino en la alimentación de las clases trabajadoras en general, cuya insuficiencia de calorías es definida y más aparente que la insuficiencia en aporte global diario de proteínas.

La deficiente alimentación de la madre, en aspectos tales como carencia de vitaminas, fierro, lípidos, etc., influyen en las condiciones nutritivas de la leche, aunque no en su cantidad y naturalmente pueden originar trastornos en los lactantes. Otras substancias tales como la lactosa, las sales de calcio, los fosfatos, etc., se encuentran siempre en la leche materna en proporciones más o menos constantes y su falta o escasez en la alimentación, no influye en la cantidad de la leche, sino que repercute en las reservas de la madre.

En el grupo debilidad congénita y distrofias, van incluídos los trastornos de origen alimenticio, ya que las últimas son debidas fundamentalmente a defectos de alimentación del niño; respecto a la debilidad congénita no se ha precisado la influencia que haya podido tener en ella la alimentación materna.

Nuestra altísima mortalidad infantil se refleja de consiguiente en estas cifras globales:

Por cada 20 partos nace un mortinato.

Cada 10 niños nacidos vivos muere uno antes de concluír el primer mes de vida, la cuarta parte antes de cumplir el año y casi la mitad al cumplirse nueve años

Esta elevada mortalidad infantil es debida primordialmente a causas económico-sociales, cuya expresión más saliente es el bajo standard de vida de la masa trabajadora.

MORTALIDAD MATERNA

Para completar este estudio daremos algunas cifras comparativas de la mortalidad materna en diferentes países y en Chile.

Ver cuadro pájina 84

Fallecimientos por septicemia puerperal

(Fiebre, peritonis puerperal, flebitis puerperal).

	1929	1930	1935	1936
Alemania	3.348	.....	2.511	.....
Bélgica	518	357	.....	199
Inglaterra	1.161	.....	.....	843
Italia	1.137	.....	.....	1.183
Francia	852	745	.....	.....
Suiza	128	131	90	.....
Nueva York	427	.....	392	.....
Argentina	.....	514	.....	499
Uruguay	87	.....	.....	71
Brasil	.....	.....	137	139
Chile	591	778	.....	690

Fallecimientos por otras causas puerperales del embarazo y del parto.

Alemania	2.999	.....	3.624	.....
Bélgica	394	439	.....	385
Inglaterra	1.630	.....	.....	1.458
Italia	1.854	.....	.....	1.700
Francia	1.300	1.272	.....	.....
Suiza	186	167	212	.....
Nueva York	789	.....	.....	650
Argentina	509	.....	.....	.....
Uruguay	19	.....	.....	40
Brasil	.....	.....	135	138
Chile	476	671	651	622

El cuadro precedente indica sólo cantidades globales; pero si se compara la población de Chile y la de otros países nuestra mortalidad materna presenta una desproporción manifiesta.

He aquí la tasa de mortalidad en Estados Unidos, comparada con la nuestra durante diversos años:

	EE. UU.	Chile
1933	6.19 o/oo	66.7 o/oo
1934	5.93 o/oo	67.2 o/oo
1935	5.82 o/oo	58.5 o/oo
1936	5.68 o/oo	55.3 o/oo
1937	4.88 o/oo	51.8 o/oo

La mortalidad materna e infantil es uno de los hechos demográficos

sobre los cuales se puede influir, en forma más o menos seria, porque depende, en gran medida de la calidad de los cuidados que reciban la madre y el niño, antes, durante y después del parto.

Tal aserto nos lo afirma la rudimentaria atención del binomio madre niño, establecido por la Caja de Seguro Obrero, institución que ha atendido el número siguiente de partos:

1936	13.920
1937	17.920
1938	21.870

El número de niños cuidados por el servicio ha sido el siguiente, en los años que se indican:

1936	10.903
1937	21.198
1938	34.669

La labor del Servicio Madre y Niño en la ciudad de Santiago, donde su acción puede efectuarse más o menos en buenas condiciones ha contribuido al descenso de la tasa de mortalidad en la siguiente forma:

1936	24.5	o/oo nacidos vivos
1937	19.8	" "
1938	18.4	" "

Este resultado ratifica nuestra idea de que una acción estatal de protección a la madre y al niño debe ser generalizada bajo un comando técnico único de manera que logre salvar nuestras reservas del futuro.

Aborto

El número de abortos es muy elevado entre nosotros, constituyendo un problema digno de la mayor atención, por lo que socialmente significa y porque origina una mortalidad y una morbilidad muy altas.

El Dr. Víctor Matus, da los siguientes datos tomados de los servicios de Obstetricia y Ginecología, del Hospital Barros Luco.

En ese hospital, de 307 autopsias correspondientes a mujeres fallecidas en los diversos servicios, resultó que 91 fallecieron a consecuencia directa de abortos, es decir, más del 30%.

La Asistencia Pública atendió en 1936 . . . en 1937 la cifra fué superior a 6.000.	5.600.—	
La maternidad de San Borja atendió	1.495.—	
El Hospital Barros Luco	2.000.—	
La maternidad de San Vicente	619.—	
La maternidad del Salvador	800.—	
En conjunto suman	10.514.—	abortos

Algunas enfermas pasan de la Asistencia Pública a un hospital, pero en cambio, muchas otras son atendidas por servicios de ginecología o policlínicos, no consideradas en este recuento.

Este mismo hecho hace presumir que el número verdadero de abortos, sea muy superior a estas cifras tanto más cuanto que no tenemos los datos que dicen relación con el aborto en las clases pudientes, que son tratadas en su domicilio o en clínicas privadas.

Interrogadas 816 enfermas se vió que en total habían tenido 2,615 partos y 1,453 abortos.

En otro grupo de 485 mujeres se encontró que en total habían tenido 787 abortos de los que únicamente 232 fueron atendidas en servicios médicos.

Dice el Dr. Matus que el 14% de la mortalidad en los hospitales de mujeres corresponde a abortos.

Corroboran las cifras anteriormente expuestas, algunos datos que hemos extraído del más valiente e interesante trabajo que se ha publicado sobre esta materia, cuyo autor es el profesor de Obstetricia de la Universidad de Chile, Dr. Víctor M. Gazitúa:

De un total de 1.022 abortos se constató que 571 fueron expontáneos (56,4%) y 451 PROVOCADOS (o sea 43,6%).

El 36,7 de las fallecidas en la maternidad del San Borja, lo fueron por aborto. En el hospital se practicaron en el lapso de tres años 1.900 autopsias. A consecuencia del parto fallecieron solamente 84 y por causa de aborto fallecieron 282. La mortalidad por aborto ha dado en el Hospital San Borja un 14,84% de la mortalidad general.

En la Maternidad que controla el Profesor Gazitúa se atienden, término medio, 1,400 abortos por año y de éstos se ha podido constatar que de 60% a 70% son provocados. Y, por último, debemos agregar que las más graves afecciones puerperales son producidas por los abortos provocados.

De la realidad numérica que hemos expuesto fluye que el aborto entre nosotros es un hecho candente, vinculado a problemas de índole sexual, social y especialmente económico.

Son cientos de madres obreras, las que angustiadas por la escasez de sus salarios se provocan abortos, a fin de evitar que un nuevo hijo merme sus ya insignificantes recursos.

Cientos de madres obreras pierden su vida, impulsadas por su angustiosa realidad económica.

Miles de madres obreras quedan estériles como consecuencias de las infecciones adquiridas a causa de los abortos

TUBERCULOSIS

Pese a todos los vacíos de la estadística, agravados por la frecuencia con que esta enfermedad es ocultada, figura, después de la mortalidad infantil, con la cifra más alta, lo que nos coloca en el segundo lugar de mortalidad del mundo causada por esta enfermedad. En el cuadro de la mortalidad general representa un 15%; pero si se considera únicamente a la población activa, la mayor de 16 años, esta cifra asciende al 25%.

En un trabajo publicado en "Medicina social" el año 1935 decíamos: "La tuberculosis es una enfermedad social; la consideramos así, primero, porque la mayoría de los seres que son atacados por ella viven en grupos densos y solidarios los unos de los otros; su densidad y solidaridad hacen que se sumen a los caracteres biológicos, los caracteres epidemiológicos. Segundo, la tuberculosis presente caracteres especiales, originados por el hecho de que la sociedad está dividida en grupos o clases que difieren los unos de los otros por sus medios de existencia, de donde dependen los medios de resistencia de la enfermedad. A la tuberculosis, enfermedad social, corresponde una higiene social, que es una higiene de masas, donde la aplicación de ella no puede estar asegurada por el individuo ni la familia; una higiene que, teniendo como punto de vista las desigualdades económicas de los individuos, desde el momento que existen ricos y pobres, compense la diferencia de clases.

"De estos conceptos se deduce la importancia y trascendencia de la tuberculosis, socialmente considerada, enfermedad que ataca a todas las razas, todas las edades, todas las clases de la sociedad humana y las especies animales que viven cerca del hombre. Ella no sólo extermina al ser humano, sino que lo roe y lo diezma. Es de todas las enfermedades sociales la que más atenta contra la fuerza social, por excelencia, que es el trabajo".

"Se ha definido de diversas maneras lo que debe entenderse por

enfermedad social. Nosotros estimamos que podría definirse como tal, aquella que en su gestación y desenvolvimiento está íntimamente ligada al standard de vida y las condiciones de trabajo. Por cierto que la tuberculosis es una enfermedad de ese género".

Geissler y Hofbauer, estudiando las curvas de mortalidad por tuberculosis en la población alemana, comprobaron que ella comenzó a bajar primero en las clases pudientes y encontraron que en 1900 en Hamburgo, la mortalidad media por tuberculosis era de 18 a 20 por 10.000 **mientras que en las clases más pobres era de 78,2 por 10.000. Esta cifra ha bajado en la actualidad a un 7,3 por 10,000.**

Con este criterio Hofbauer estableció dos grandes tipos de tuberculosis. Por una parte la tuberculosis de las clases favorecidas y protegidas socialmente, que denomina TUBERCULOSIS BASAL; por otra, la tuberculosis de los menos favorecidos dominados por una supermortalidad, en donde la miseria y la debilidad económica concurren para mantener cifras altas de mortalidad, que llama TUBERCULOSIS ADICIONAL.

En los países de gran capacidad económica la tuberculosis adicional ha ido descendiendo hasta desaparecer. La tuberculosis se ha transformado en un endemia, con una mortalidad de 6-8 por 10.000, que puede considerarse como el punto crítico de esta transformación.

Por su parte Flatzeck-Hofbauer, Geisller, Brauning, representantes de la moderna escuela funcional epidemiológica alemana, hicieron declarar al Congreso de Badkreuznach, en 1935 que: "una enfermedad es social cuando los factores inespecíficos de la civilización e higiene son más importantes que los de contagio y etiología. En ellas entran dos componentes, uno inherente a la afección (virulencia, defensas individuales, etc.) que determinan la existencia de la forma endémica y que corresponde a la tasa basal y otro que está en relación con los factores de salario, habitación. diagnóstico precoz, terapéutica oportuna, etc. que aumentan las defensas individuales y colectivas y cuya deficiencia provoca la forma epidémica de la afección".

Este es, precisamente el caso de la tuberculosis, cuya difusión enorme en nuestro país corresponde al bajísimo nivel de vida y a la extensión de la miseria.

En Chile no existe ninguna estadística que permita establecer el número real de enfermos y de muertes causados por la tuberculosis. Por una parte hay resistencia a confesar la enfermedad o a declararla como causa de la muerte; por otra, un gran número de individuos son portadores incluso de formas graves y avanzadas de la tuberculosis, constituyéndo la "tuberculosis impercepta" de Braeuning. De todas maneras se ha estimado que anualmente mueren 25.000 individuos a causa de la tuberculosis y que hay una masa de enfermos apreciable entre 140 y 200.000. La tasa de mortalidad por tuberculosis fluctuaría alrededor **de 40 por 10.000 habitantes.**

A título de información y dejando nuevamente establecido que ellas se estiman inferiores en un 50% a las verdaderas, damos las cifras de mortalidad por tuberculosis proporcionadas por el Departamento de Estadística de la Dirección General de Sanidad, constituída con datos suministrados por la Oficina del Registro Civil. Comprende 25 años.

Examinando el cuadro que insertamos a continuación, se puede comprobar que las cifras de mortalidad por tuberculosis anotadas por la estadística demográfica han permanecido prácticamente estacionarias, lo que contrasta en forma resaltante con lo ocurrido en casi todos los demás países, como lo señala un cuadro que también se incluye.

Ver cuadro página 90 y 91

Las variaciones que se observan, no pueden en ningún caso, estimarmarse de importancia; son más bien atribuíbles, a alteraciones en el número de declaraciones y de certificaciones hechas, que a causas efectivas.

En el detalle por provincias, de la mortalidad causada por la tuberculosis, que exponemos en seguida, sobresalen las cifras de Magallanes, Iquique, Valparaíso y Santiago.

Vér cuadro página 92

Con el fin de motivar una comparación, ofrecemos un cuadro que comprende el número de muertos por tuberculosis por 100.000 habitantes, en 1934, en diferentes países y otro referente al porcentaje en que ha decendido la tasa de mortalidad por tuberculosis, en un periodo de 30 años.

Cuadro de proporción de fallecimientos por T. B. C.

Holanda	54
EE. UU.	57
Alemania	73
Inglaterra	76
Italia	92
Francia	139
Chile	400

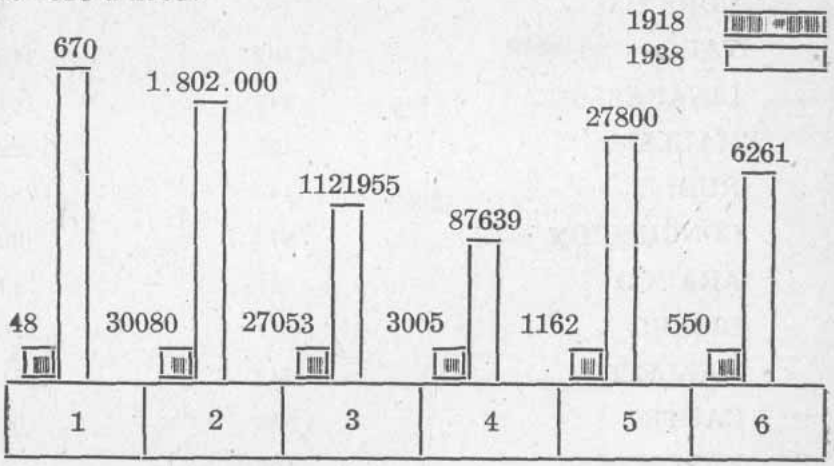
Estadística de mortalidad por tuberculosis tomada del Registro Civil.

Años	MORTALIDAD	
	Cifras absolutas	Tasas o/ooo habitantes
1914		270,3
1915		263,5
1916		254,0
1917		239,6
1918		257,2
1919		265,2
1920		248,8
1921		239,6
1922		223,8
1923		231,4
1924		225,8
1925		230,6
1926		251,1
1927		255,8
1928		241,5
1029		254,6
1930		261,9
1931		249,4
1932	11.155	253,7
1933	11.598	262,0
1934	9.958	224,2
1935	10.079	225,8
1936	10.658	236,4
1937	10.973	241,0
1938	11.388	247,7

Declinación de la tasa de mortalidad por tuberculosis de 1904 a 1934, en diversos países.

Estados Unidos	67,8 %
Holanda	66,8 %
Dinamarca	66,3 %
Alemania	64,7 %
Checoeslovaquia	59,2 %
Suiza	56,3 %
Inglaterra	53,1 %
Noruega	46,5 %
Bélgica	47,7 %
España	39,6 %
Italia	39,2 %
Suecia	39,2 %
Francia	38,4 %
Chile	0 %

Desenvolvimiento del armamento anti-tuberculoso francés y su rendimiento de 1918 a 1938.



1, Dispensario. 2, Consultas dadas por los Dispensarios. 3, Visitas hechas a domicilio. 4, Colocación de enfermos hecha por los Dispensarios. 5, Camas de Sanatorio para tuberculosos pulmonares. 6, Niños colocados en la obra Grancher.

Proporción de muertes por T. B. C. por 100.000 habitantes, en 1934

Holanda	54	Inglaterra	76
Estados Unidos	57	Italia	92
Alemania	73	Francia	131
Chile	400		

Provincias	Mortalidad	
	Cifras absolutas	Tasas o/o ooo habitantes
TARAPACA	382	475,3
ANTOFAGASTA	303	239,8
ATACAMA	204	273,9
COQUIMBO	453	181,7
ACONCAGUA	260	214,9
VALPARAISO	1.329	393,8
SANTIAGO	3.832	344,9
O'HIGGINS	256	127,5
COLCHAGUA	186	141,0
CURICO	198	265,9
TALCA	462	312,3
LINARES	243	201,9
MAULE	155	222,0
ÑUBLE	443	183,7
CONCEPCION	873	290,6
ARAUCO	81	144,3
BIO-BIO	217	176,8
MALLECO	247	171,5
CAUTIN	353	96,2
VALDIVIA	428	172,7
LLANQUIHUE	230	208,7
CHILOE	56	49,3
AYSEN	9	69,6
MAGALLANES	188	535,0
REPUBLICA 1938	11.388	247,7
" 1937	10.973	241,0
" 1936	10.658	236,4

Declinación de la tasa de mortalidad por T. B. C. desde 1904 a 1934.

EE. UU.	67,8%
Holanda	66,8%
Dinamarca	66,3%
Alemania	64,7%
Checoeslovaquia	59,2%
Suiza	56,3%
Inglaterra	53,1%
Noruega	46,5%
Bélgica	47,7%
España	39,6%
Italia	39,2%
Suecia	39,2%
Francia	38,4%
Chile	oo/oo

BIBLIOTECA NACIONAL
SECCIÓN CHILENA

ENFERMEDADES VENEREAS

Aunque en el gremio médico es un hecho común el conocimiento de la importancia de las enfermedades venéreas, no puede precisarse, todavía, su exacta influencia en nuestra mortalidad y morbilidad, por la falta de datos estadísticos.

SIFILIS

En lo que respecta a la sífilis, se comprende, hasta cierto punto, tal falta de datos por ser ella una afección crónica de marcha lenta y progresiva y cuyas manifestaciones clínicas directas no causan, durante su desarrollo grandes molestias al individuo afectado, ya que se hacen evidentes solamente en sus períodos primario y secundario. La sífilis latente y terciaria que conduce a las lesiones de los órganos productores e invalidez y muerte, no se hace notar, a pesar de su tendencia persistente, progresiva y fatal.

Del hecho enunciado se desprende que la sífilis se encontrará como causa poco visible de lesiones graves de diferentes órganos, principalmente, en el aparato cardio vascular y en el sistema nervioso. Su acción sobre las células germinales acarrea graves consecuencias para la descencendencia, pudiendo afectar cualquiera de sus organos. De ahí la importancia de descubrir la enfermedad lo más precozmente que sea posible.

Con este criterio general analicemos los datos estadísticos nacionales y extranjeros. Lo primero que observamos en los nacionales, es que son fragmentarios; pero así y todo, sirven para formarse un concepto bastante aproximado de la realidad, porque unos con otros se complementan.

Una de las principales consecuencias de la sífilis es el efecto que tiene en el proceso de la gestación.

Influencia de la sífilis en el embarazo

La acción de la lúes en el embarazo es de la mayor gravedad. De acuerdo con su virulencia va a producir el término anormal él, causando abortos, mortinatos y partos prematuros con niño vivo.

En su forma hereditaria, es una de las causas de la mortalidad i fantil.

En Inglaterra, en la ciudad de Londres, se produjeron, en 192 20.000 abortos y partos prematuros atribuíbles únicamente a la sífilis en 1932 se atribuyó a la misma causa la muerte de 27.000 fetos entr el 8.o y 9.o mes del embarazo. En los distritos rurales, la muerte de lo recién nacidos entre la segunda y tercera semana se debía en un 25% a esta misma afección.

En Estados Unidos, en la ciudad de Baltimore, de una serie d 10.000 partos consecutivos atendidos en el John Hopkins Hospital, el 32% de las muertes hasta los diez días después del nacimiento se debía a l sífilis, mientras en el Hoane Hospital de New York, el 90% de los partos prematuros podían atribuirse a esta enfermedad.

En Alemania, en el Hospital de Mujeres de la Universidad de Kiel, se estudió a 221 embarazadas luéticas en diversos períodos de la enfermedad. De ellas 186 dieron a luz hijos vivos, o sea, el 85,33%; 124 de éstos tenían signos de heredo lúes, y en un 13% se trató de partos prematuros. En el resto de los casos, o sea un 14,75% el embarazo terminó en aborto o con niño nacido muerto.

358 madres sifilíticas de los mismos registros, sus historias clínicas revelaron que habían tenido 1,339 embarazos. A la fecha de su revisión sólo vivían 367 de estos hijos, es decir, un 27,4%; 292, o sea el 21,8% habían fallecido en la primera infancia y la suerte de las otras gestaciones fué la siguiente: 557 abortos, que representan el 41,6% del total y 123 mortinatos, 9,2% del total.

Veamos algunas informaciones de nuestro país. En la Clínica Obstétrica Universitaria, a cargo del Dr. Monckeberg, en un total de 2,91 embarazadas atendidas en 1930, 1,309 fueron partos prematuros y abortos (662 y 647, respectivamente), lo que revela un total de 45% de embarazos anormales contra un 55% de partos de término normal.

De acuerdo con lo dicho por el Director General de Sanidad, Dr. Leonardo Guzmán, en 1934, en un total de 706 embarazos atendidos en u Dispensario de la ciudad de Santiago, se produjeron 238 abortos imputables a antecedentes luéticos o blenorrágicos, **o sea, el 33,5% del total.** En el Dispensario Antivenéreo N.o 9 de Valparaíso, de 373 embarazadas atendidas, se produjo el aborto en 239, o sea, en el 61,4%; en 53 casos el niño nació muerto, o sea el 14,2% y solamente el resto, terminaron con parto normal y niño vivo, **lo que significa que solamente se aprovechó el 24,5% del capital humano representado por dichos niños.**

Estas cifras son suficientes para demostrar la influencia de la sífilis sobre el embarazo y el parto y se confirma con las que damos a con

tinuación sobre la coexistencia de sífilis en embarazadas examinadas por diferentes servicios nacionales.

Los Centros Preventivos de la Madre y del Niño de la Dirección General de Sanidad atendieron en 1937, 10.112 embarazadas de las cuales eran luéticas 2.830, o sea, aproximadamente, **el 27%.**

Según el Dr. José Vizcarra, en los Consultorios del Seguro Obrero de Valparaíso, en los 4 años que van de 1931-1934 inclusive, se atendieron 4,246 embarazadas, de las cuales 931 eran portadoras de sífilis y 436 sufrían de blenorragia, lo que nos da respectivamente **un 21% y un 10% de morbilidad** por dichas afecciones.

Las cifras que acabamos de examinar confirman plenamente la gravedad que tiene la lúes para el desarrollo normal del embarazo y el parto, y comprueban, además, que una parte considerable de la población sufre de sífilis.

Mortalidad provocada por la sífilis

Nuestras estadísticas no pueden reflejar la verdadera importancia de la lúes como causa de muerte, pues, como ya hemos dicho, su acción se ejerce sobre todo provocando lesiones en el aparato circulatorio y en el sistema nervioso y por lo tanto, aparecen consignadas en tales rubros las muertes de etiología luética.

Interesa averiguar la proporción de enfermos cardio-vasculares que deben su afección a una antigua infección luética. Existen al respecto diversas apreciaciones.

En Alemania el Prof. Romberg atribuye a la lúes el 15,5% de ellas.

Autores franceses fijan en 26% la proporción media de las cardiopatías de origen luético.

En Norte América ha sido avaluada desde un 5% a un 28%, según los Estados.

En Chile se han hecho también algunos estudios sobre la materia.

El Prof. de Clínica de la Universidad de Chile, Mauricio Brockman, en un interesante estudio presentado a la Cuarta Reunión Anual de Medicina, el 29 de diciembre de 1932, dice lo siguiente:

"Entre 4,075 observaciones archivadas en la Clínica a su cargo desde marzo de 1928 hasta septiembre de 1932, encontró que 529 correspondían a enfermos del aparato cardio-vascular. De estos 529 enfermos, 319 eran sifilíticos, o sea, **de cada 3 enfermos del aparato cardio-vascular 2 eran sifilíticos,** lo que habla de la alta proporción en general de sífilis entre nosotros. El Prof. Brockman hace a este propósito la justa observación de que no todos los enfermos cardio-vasculares portadores de una sífilis deben su lesión a esta última enfermedad y no siempre se puede establecer la relación de causa a efecto.

Analizados por él rigurosamente esos 319 sujetos se confirmó como enfermos del aparato cardio-vascular con etiología sifilítica a 155, es decir, el 29,48% del total de pacientes del aparato cardio-vascular; el

resto de esos 319 enfermos se divide en 107, en los cuales la etiología sifilítica es probable, o sea, un 20,2% y 55 sifilíticos en los cuales su afección cardíaca corresponde a otra etiología.

La proporción de 29,48% de enfermedades del corazón y de los vasos de origen sifilítico establecida por el Prof. Brockman, tiene en este caso un gran valor, porque fué confirmada en la autopsia por el Prof. de Anatomía Patológica de nuestra Facultad de Medicina, Dr. Croisset.

El Prof. Aldo Contrucci, en un estudio detenido de las estadísticas del Hospital San Borja, concluye, que en un total de 4,832 observaciones, el 26,7% de los enfermos cardio-vasculares, debe esta afección a la lúes.

Otras investigaciones nacionales encuentran cifras que van del 15% al 28%.

De todos estos antecedentes se puede concluir **que la lúes origina hasta un 30% de los enfermos cardio-circulatorios.**

En cuanto a las enfermedades del sistema nervioso, en la edad activa, se puede estimar, de acuerdo con la clínica, que un porcentaje elevado de ellas son debidas a la lúes.

Tenemos entonces, que debe atribuirse a la sífilis la totalidad de muertes anotadas directamente como tales en nuestra estadística; el 30% de las muertes causadas por afecciones cardio-vasculares y gran parte de los fallecimientos provocados por afecciones nerviosas hasta los 50 años de edad.

Con este criterio, el Dr. Manuel de Viado analiza las cifras de la mortalidad en edad activa para los años 1936 y 1937 y encuentra el siguiente número de muertes de etiología luética:

Año	Mortalidad total	Mortalidad por lúes	%
1936	55.030	4.760	8.6
1937	54.824	3.515	6.5

Morbilidad

También en este aspecto disponemos únicamente de datos parciales por la insuficiencia de las estadísticas que se refieren solamente a algunos servicios hospitalarios.

Ya hemos mencionado en párrafos anteriores la proporción de sifilíticos encontrados entre las enfermas atendidas en las maternidades, que oscila entre el 20 y 30 por ciento.

El Prof. Aldo Contrucci sostiene que en forma muy aproximada puede estimarse en un 35% la frecuencia de la lúes en las enfermas que han pasado por su servicio.

En el servicio del Prof. González Cortés, en un período de 4 años,

de 1934 a 1937 inclusive, se encontró que el 10.6% del total de los enfermos había una sífilis comprobada.

En Coquimbo sobre un total de 345 enfermos encuestados por el Seguro Obrero, un 20.3% tenía una sífilis comprobada clínicamente.

En el Policlínico N.o 1 de la Caja de Seguro Obrero, sobre un total de 25.224 examinados en el año 1936, 2.620 tenían una lúes serológica. A fines del año 1938, la Caja de Seguro Obligatorio tenía un total de 38.841 hombres y 19.903 mujeres inscritas en sus registros venéreos.

En el examen médico practicado a los estudiantes que ingresan a la Universidad, medio social de cierta cultura, el Dr. Miguel Acuña ha encontrado un 1% de sifilíticos que desconocían su afección, en un total de 2.823 alumnos.

Tenemos, por otra parte, para avaluar la proporción de nuestra población infectada por lúes, los exámenes de salud que se practican en las Cajas de Previsión a sus imponentes.

En estos exámenes se ha encontrado la siguiente proporción de sifilíticos:

Caja de Empleados Públicos	5.2 %
Caja de Empleados Particulares	8 %
Caja de Carabineros	16.57%
Caja de Obreros Municipales	24.5 %
Caja de Seguro Obrero	12.8 %

Generalizando con prudencia estas estadísticas fragmentarias es posible estimar, sin incurrir en exageraciones, **que el 8% del total de la población padece de lúes, es decir, sobre un total de 4 6[illegible] 000 habitantes existiría de 370 a 380 mil.**

BLENORRAGIA

Además de la sífilis, son enfermedades clasificadas como venéreas, la blenorragia, el chancro blando y el ninfo granuloma, o enfermedad de Nicolás Favre.

La primera de éstas, es la de mayor importancia, en razón de su extensa difusión y porque además tiene consecuencias particularmente graves.

El Prof. Rosenau, con una expresión feliz, dice que la gonorrea puede ser caracterizada como el mayor preventivo y la sífilis como el gran destructor de la vida.

La blenorragia tiene consecuencias graves, pero, a diferencia de la sífilis, sólo afecta excepcionalmente a la descendencia del que la ha contraído.

El más alto porcentaje de los casos de esterilidad de las mujeres se

debe a la blenorragia y muchos de los cuadros patológicos que llegan a manos de los ginecólogos son también el resultado de ella, provocando muchas intervenciones quirúrgicas de carácter mutilante.

Una de las consecuencias más lamentables de la gonorrea en la mujer embarazada, es la infección de los ojos del niño en el momento de nacer, lo que hace que esta enfermedad sea en amplia proporción, causante de cegueras.

De 3.000 ciegos existentes en el país, más o menos 1.500 deberían su desgracia a la blenorragia.

La extensión de la blenorragia en la población es desconocida y aún el dar datos aproximativos resulta difícil a consecuencia de la actitud indiferente hacia esta grave enfermedad que es común a casi todos los sectores sociales. Por este motivo las cifras estadísticas son muy indeterminadas.

De acuerdo con datos proporcionados por el Director General de Sanidad, doctor Leonardo Guzmán, la blenorragia provocaría:

el 25% de los casos de esterilidad femenina;

el 50% de las afecciones inflamatorias de la pequeña pelvis;

el 75% de las operaciones mutilantes en los genitales femeninos.

En el hombre determina muchos casos de esterilidad, lesiones articulares que muchas veces producen anquilosis definitivas con la consiguiente menor capacidad le trabajo, etc.

En resumen, se puede afirmar que la blenorragia está enormemente difundida en casi todas las edades y en casi todas las clases de la sociedad. Es causa de muchas afecciones crónicas de las articulaciones y de los órganos de la generación. Afecta prácticamente a todas las prostitutas, incluso las clandestinas; y, por último, disminuye grandemente la capacidad del individuo enfermo.

CHANCRO BLANDO Y ENFERMEDAD DE NICOLAS Y FAVRE

Como en esta exposición queremos únicamente hacer resaltar los aspectos más relevantes de la salubridad chilena y de los factores que influyen fundamentalmente en nuestra morbo-mortalidad, nos limitamos a citar estas dos afecciones dejando constancia que sobre ellas existen aún muy pocos datos estadísticos.

Las enfermedades venéreas y en especial la sífilis constituyen uno de los mayores factores que determinan nuestra deplorable estadística demográfica y son uno de los puntos esenciales en los cuales ha de concentrarse una acción inteligente en el sentido médico y sanitario.

Como una comprobación de la poca o ninguna importancia que generalmente se atribuye a los males venéreos, señala el Departamento de Higiene Social, de la Dirección de Sanidad, que de 587 hombres inscritos en sus policlínicos en el trascurso de 12 meses, 390, o sea el 66%, no

volvieron después de la primera visita, conducta que igualmente observaron 193 mujeres de 401 inscritas (48.1%).

Del grupo de 390 hombres se investigó los motivos que pudieron haber tenido 138 y se encontró que:

51 falsearon su domicilio.

49 se excusaron alegando causas diversas y quedaron de iniciar su tratamiento.

5 se ausentaron de Santiago.

14 habían cambiado de domicilio.

10 manifestaron que sus ocupaciones les impedían tratarse, y, finalmente,

9 se negaron rotundamente a recibir tratamiento.

Aparecen evidentes, la negligencia y descuido criminales con la salud y la vida, propias y agenas y la urgencia de una legislación como la que hemos propuesto. **(Proyecto de la ley sobre el delito de contagio venéreo y obligatoriedad del tratamiento).**

Ver cuadro página 102

PROSTITUCION

Estrechamente unido a la difusión de las enfermedades venéreas está el problema de la prostitución, que no analizaremos en su esencia ni en sus proyecciones, ya que el hacerlo requeriría más de un volumen de largo y acucioso estudio. Nos limitaremos a dar unos pocos datos extraordinariamente elocuentes, que reflejan el hondo problema social que él encierra y que dicen relación con la índole de este trabajo.

Hay inscritas, en Santiago, cerca de tres mil mujeres dedicadas al comercio sexual. Del examen de 132 fichas, tomadas al azar, según datos del Departamento de Higiene Social, se desprende que la falta de recursos, mejor dicho, la miseria, han sido la causa determinante, en más de dos tercios de los casos, a menudo en edad muy temprana.

En las 132 fichas examinadas se encuentra que estas mujeres tuvieron su primera relación sexual en las edades de que indican:

32 (24.2%)	entre 10 y	14 años.
30 (22.7%)	a los	15 años.
21 (15.9)	„ „	16 años.
19 (14.3)	„ „	17 años.
17 (12.9%)	después de los	20 años.
1	ingresó virgen al prostíbulo.	

En resumen, **83 mujeres, es decir, el 62,8% se prostituyeron antes de cumplir dieciséis años.**

Del total, 47 (el 35,6%), eran analfabetas.

ESTADISTICA DE AFECCIONES VENEREAS

SANTIAGO Y PROVINCIAS

AÑO 1937

ESTADISTICA TOMADA DEL TOTAL DE ENFERMOS NUEVOS

PROVINCIAS	POLICLINICOS	GONORREA AGUDA H	GONORREA AGUDA M	GONORREA CRONICA H	GONORREA CRONICA M	SIFILIS 1ria H	SIFILIS 1ria M	SIFILIS 2 ria H	SIFILIS 2 ria M	SIFILIS 3ria. H	SIFILIS 3ria. M	SIFILIS SEROLOGICA H	SIFILIS SEROLOGICA M	SIFILIS HEREDITARIA H	SIFILIS HEREDITARIA M	CHANCRO BLANDO H	CHANCRO BLANDO M	SARNA H	SARNA M	LINFOGRANULOMATOSIS H	LINFOGRANULOMATOSIS M	OTRAS AFECCIONES H	OTRAS AFECCIONES M	ENFERMOS NUEVOS H	ENFERMOS NUEVOS M	TOTAL DE ATENCIONES H	TOTAL DE ATENCIONES M
TARAPACA	6 IQUIQUE	34	4	4	69	15	3	17	15	213	73	5	4	-	-	2	-	3	1	1	-	2	5	296	168	4 289	4 032
ANTOFAGASTA	7 ANTOFAGASTA	21	14	19	18	13	6	8	11	4	5	8	9	3	4	-	-	5	8	-	-	32	20	119	111	6 909	7 941
"	26 TOCOPILLA	20	18	9	66	1	-	-	-	-	-	-	12	1	-	2	1	1	-	-	-	6	1	48	143	3 219	11 546
ATACAMA	8 COPIAPO	34	3	6	-	20	-	14	18	2	1	12	29	1	1	5	2	33	14	-	-	1	-	110	63	4 172	1 213
COQUIMBO	22 COQUIMBO	13	25	11	30	13	3	12	22	4	8	-	6	-	1	-	-	7	11	-	-	6	8	73	135	8 558	17 907
"	23 BRIG. ANDACOLLO	40	37	14	27	14	3	22	21	2	1	6	5	-	-	12	-	13	7	1	1	13	8	123	91	9 360	12 968
VALPARAISO	9 VALPARAISO	131	22	27	82	121	3	30	35	7	-	42	42	1	1	21	8	45	11	-	-	35	9	452	160	17 040	9 079
"	13	92	43	33	31	53	14	40	42	2	1	31	26	1	1	61	2	36	37	10	1	33	32	346	169	8 710	10 624
"	88 CASABLANCA	16	-	2	-	19	-	8	-	3	-	2	-	-	-	4	-	34	-	4	-	4	-	113	-	794	
SANTIAGO	1 SANTIAGO	358	23	74	76	68	21	194	78	15	02	35	75	10	1	231	13	108	23	24	1	173	12	1213	471	33 524	13 091
"	2 "	145	28	42	54	52	4	45	27	6	2	23	7	1	1	33	3	37	28	3	53	65		390	254	17 633	8 713
"	3 "	253	37	30	4	71	19	64	88	5	21	63	50	-	2	153	7	41	16	40	-	140	107	748	291	23 637	11 666
"	4 "	69	39	53	38	49	14	32	55	4	14	51	29	1	3	88	10	34	17	7	-	47	38	428	288	15 245	14 131
"	5 "	110	8	6	43	30	7	23	47	2	45	10	29	-	3	25	4	29	18	7	-	44	5	295	186	10 999	6 477
"	11 "	95	3	6	79	42	26	54	44	11	17	1	14	2	5	144	6	40	40	13	3	88	86	417	314	17 906	6 771
"	37 " (NOCTURNO)	158	-	21	-	61	-	55	2	2	-	30	2	-	-	64	-	68	1	7	-	52	2	498	3	9 697	38
"	14 S. ANTONIO	56	78	6	3	31	2	88	63	9	24	5	6	4	5	11	-	56	28	7	-	56	27	225	124	11 021	12 013
B. HIGGINS	19 RANCAGUA	103	-	21	-	61	21	31	51	11	9	4	15	-	1	35	2	2	-	2	-	4	1	288	146	13 785	28 153
CURICO	34 CURICO	7	7	2	1	13	-	19	28	1	-	-	2	-	-	8	-	3	-	1	-	4	4	80	45	2 884	1 224
TALCA	24 TALCA	39	20	2	2	12	2	21	17	4	2	16	26	-	7	21	7	1	1	1	-	2	2	114	90	3 776	2 978
LINARES	33 LINARES	61	41	3	47	11	1	108	198	-	-	-	-	-	1	3	6	4	13	-	-	16	19	106	169	1 899	6 247
MAULE	39 CONSTITUCION	13	9	-	-	-	-	1	-	4	11	-	-	-	-	-	-	15	18	-	-	-	2	33	40	624	563
NUBLE	15 CHILLAN	49	28	21	50	17	4	40	55	1	2	11	12	-	-	40	5	6	2	-	-	24	12	230	143	7 679	9 864
CONCEPCION	17 CONCEPCION	110	50	20	16	56	23	58	95	11	41	15	21	1	-	27	1	75	57	9	-	160	259	525	672	10 793	13 730
"	10 TALCAHUANO	111	82	7	23	67	48	18	109	-	6	12	29	-	-	37	20	12	50	2	1	34	50	234	305	6 998	11 274
"	20 CORONEL	51	34	37	5	5	1	-	5	-	-	-	2	-	1	22	-	1	1	-	-	4	2	122	69	8 507	3 995
"	28 LOTA	94	16	20	17	29	2	44	24	2	9	388	87	2	-	42	2	1	-	1	-	84	10	781	171	34 618	13 283
BIO-BIO	32 LOS ANGELES	61	14	13	40	46	28	4	1	2	-	6	8	1	-	14	1	1	2	-	-	7	4	174	100	6 336	5 032
MALLECO	31 TRAIGUEN	37	15	6	3	16	7	6	22	-	1	2	-	-	-	14	-	-	4	-	-	4	2	102	52	7 676	10 257
"	38 VICTORIA	4	-	7	4	9	1	18	4	1	-	6	2	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	36	9	264	71
CAUTIN	16 TEMUCO	50	54	18	25	18	5	32	50	1	3	13	30	1	-	62	9	3	-	-	-	36	4	248	159	7 304	4 199
VALDIVIA	18 VALDIVIA	120	25	33	78	35	4	41	18	3	1	2	17	-	-	20	5	5	18	2	2	35	19	288	181	7 064	7 998
"	30 LA UNION	7	4	-	3	13	7	9	8	14	5	-	-	-	1	2	2	-	-	2	-	2	3	132	-	6 427	-
"	27 OSORNO	22	2	10	54	34	8	36	72	-	1	1	-	-	5	2	1	8	29	-	-	5	75	104	154	4 905	10 324
LLANQUIHUE	21 PTO MONTT	52	4	24	12	29	8	26	25	7	1	3	11	-	2	15	-	1	-	2	-	6	1	168	64	7 851	3 011
"	PTA. ANGELMO	8	7	20	13	14	3	11	11	-	-	3	3	-	3	3	-	-	1	1	-	1	2	66	42	3 115	1 620
CHILOE	29 ANCUD	20	4	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	6	25	7	709	289
MAGALLANES	25 MAGALLANES	48	15	12	27	8	3	3	3	-	1	7	7	-	-	4	-	-	1	-	-	18	4	110	92	7 785	11 410
TOTAL DE ENFERMOS		2712	813	659	1040	1166	301	1232	1366	353	407	813	617	30	48	1237	117	728	457	147	62	1241	841	9860	5681	353712	293732

TOCOPILLA ENVIO ESTADISTICAS HASTA NOVIEMBRE
LOTA " " " OCTUBRE

39 habían perdido a ambos padres, es decir, el 29,5%, (el 17,3%) a su padre y (el 12,1%) a su madre.

En cuanto a las causas que aparecen como determinantes en 72 casos las muchachas se prostituyeron impulsadas por la miseria, es decir el 54,5%; 21 lo hicieron por haber tenido que abandonar sus hogares estando embarazadas y no encontrar otro medio de vivir.

40 por no haber pedido encontrar ocupación.

3 se vieron inducidas por sus propias madres y 2 lo fueron por sus amantes.

La fría y trágica crudeza de las cifras anteriores penetra hasta lo más profundo del drama social y hará meditar a los que niegan la injusticia y a los que tenemos la obligación de combatirla.

"A continuación incluímos datos estadísticos sobre una parte de las mujeres que ejercen el comercio sexual en el país, proporcionados por el Departamento de Higiene social. Ellos nos ahorran muchos argumentos, pues explican la extensión de las enfermedades venéreas.

Ver cuadro página 104 y cuadro grande al final del Libro

DEPARTAMENTO DE HIGIENE SOCIAL

MOVIMIENTO DE MUJERES QUE EJERCEN EL COMERCIO SEXUAL

SANTIAGO Y PROVINCIAS

PROVINCIAS	CENTROS ESPECIALES		CENSO						
			INSCRITAS		PASARON VISITA TERMINO MEDIO MENSUAL		ABANDONARON EL SERVICIO	CAMBIARON DE RESIDENCIA	ABANDONARON EL OFICIO
			ACTUALMENTE	NUEVAS 1937	SANAS	ENFERMAS			
TARAPACA	81	IQUIQUE	411	73	15	96	201	110	19
"	70	POZO ALMONTE	-	-	-	-	-	-	-
"	71	BUENAVENTURA	-	-	-	-	-	-	-
"	72	HUARA	-	-	-	-	-	-	-
ANTOFAGASTA	67	ANTOFAGASTA	-	73	36	41	37	57	18
"	73	TOCOPILLA	67	66	-	59	35	68	2
ATACAMA	75	COPIAPO	307	106	63	8	8	118	1
"	35	CUBA CHAÑARAL	39	11	45	3	13	13	5
COQUIMBO	60	COQUIMBO	315	76	21	68	127	48	8
"	61	BRIG. ANDACOLLO	246	76	72	9	-	67	37
ACONCAGUA	82	S. FELIPE	140	50	-	-	-	-	-
SANTIAGO	50	SANTIAGO	111	46	14	47	32	2	3
"	51	"	125	209	63	78	303	81	14
"	52	"	436	123	84	51	-	54	5
"	53	"	129	168	40	83	144	11	-
"	54	"	122	96	12	86	-	4	1
"	55	"	106	159	55	56	24	86	-
"	56	"	110	175	70	63	42	-	1
"	57	"	-	94	35	89	159	102	-
"	58	"	-	71	62	9	32	103	11
"	59	"	122	12	15	42	10	10	1
"	78	"	91	136	50	20	27	128	12
"	79	"	85	125	63	48	113	43	7
"	80	"	102	296	21	82	169	11	7
"	86	"	92	135	13	39	-	-	1
"	91	"	176	82	11	20	69	-	2
"	36	S. BERNARDO	60	10	1	2	9	16	3
"	62	S. ANTONIO	297	59	23	10	47	-	-
O'HIGGINS	85	RANCAGUA	505	222	77	15	24	224	6
COLCHAGUA	77	S. FERNANDO	-	-	-	-	-	-	-
CURICO	34	CURICO	393	169	75	85	187	229	30
TALCA	24	TALCA	704	197	97	89	79	7	1
LINARES	33	LINARES	-	-	-	-	-	-	-
"		S. JAVIER	19	10	3	1	8	-	1
"		PARRAL	55	21	18	14	6	18	-
MAULE	39	CONSTITUCION	39	29	9	2	9	48	-
"	84	CAUQUENES	133	100	4	2	3	7	-
NUBLE	74	CHILLAN	170	163	44	119	471	233	49
CONCEPCION	64	CONCEPCION	613	107	134	20	8	50	9
"	65	TALCAHUANO	409	56	51	31	66	21	10
"	66	CORONEL	280	69	26	13	73	17	-
"	28	LOTA	243	68	48	19	28	79	2
BIO BIO	32	LOS ANGELES	113	78	20	6	9	54	4
MALLECO	31	TRAIGUEN	144	78	35	11	19	47	24
"	38	VICTORIA	95	46	2	19	59	65	7
CAUTIN	63	TEMUCO	558	187	120	38	108	175	9
VALDIVIA	83	VALDIVIA	103	103	13	58	43	41	26
"	30	LA UNION	135	60	3	28	8	56	4
"	27	OSORNO	-	100	-	-	-	-	-
"	87	RIO BUENO	-	-	-	-	-	-	-
LLANQUIHUE	68	PTO. MONTT	439	174	27	64	79	51	6
CHILOE	29	ANCUD	21	8	1	-	-	11	1
AYSEN		PTO. AYSEN	55	32	15	3	-	27	3
"		BAQUEDANO	41	17	-	-	-	9	8
MAGALLANES	25	MAGALLANES	226	70	54	76	-	125	28
TOTALES			9187	4711	1760	1822	2888	2726	386

TOCOPILLA :- ENVIO ESTADISTICAS HASTA NOVIEMBRE
CUBA CHAÑARAL ; " " " JUNIO
S BERNARDO ; " " " AGOSTO

ENFERMEDADES COMUNICABLES

El desarrollo de estas enfermedades que analizaremos someramente, constituye un reflejo más de las condiciones económico-sociales del país. Algunas, como el tifus exantemático, son un índice del estado de pauperización de las masas, otras están en proporción directa con el estado de saneamiento de las ciudades y campos, como las enfermedades de origen hídrico; o bien, la realidad sanitaria de las minas de carbón, la anquilostomiasis.

TIFO EXANTEMATICO

La historia del tifo exantemático se encuentra ligada a las épocas más calamitosas porque ha pasado la Humanidad. Ha sido el cortejo obligado y de siempre de guerras, revoluciones y catástrofes.

A nosotros nos ha tocado como acompañante de nuestra vida nacional, sin necesidad de mediar tales circunstancias. Han bastado únicamente los quebrantos económicos motivados por la crisis de la postguerra, en 1919, y, posteriormente, la sensible disminución de ventas de nuestros productos extractivos, cobre y salitre, para que haya adquirido un notorio carácter epidémico; fenómenos de crisis que, en países como el nuestro, extructurados social y políticamente sobre el latifundio y con una economía dependiente, repercuten de manera extrema en el standard de vida de la clase trabajadora.

Desde el año 1919 hasta 1938 inclusive, esta terrible enfermedad ha determinado una morbilidad de 85.181 casos constatados, con una mortalidad de 17.815. Tomando en cuenta que muchos casos han escapado al control estadístico, es prudente redondear estas cifras en 100.000 enfermos y 20.000 fallecidos por esta causa. Bastan estos números para apreciar la pérdida económica considerable que esta plaga, denigrante

para nuestro prestigio de nación civilizada, ha representado no sólo por el costo de la atención de los enfermos sino mucho más por el capítulo de disminución de brazos para el trabajo y la pérdida de capital humano, correspondiente a la elevada morbilidad y por la eliminación, en la época de mayor rendimiento de la vida, de un número de ciudadanos comparable a las existencias que costó la guerra del 79.

Las cifras de morbo-mortalidad de esta enfermedad, desde el año 1919, son demostrativas.

Años	MORBILIDAD			MORTALIDAD		
	Confirmados					Indice letal
	Cifras	Tasas o/ooo h.		Cifras	Tasas o/ooo habitantes	
1919	14.517	392.8		2.804	75.9	19.3
1920	7.138	190.1		1.217	32.4	17.0
1921	4.503	119.3		724	19.2	16.1
1922	4.469	117.6		1.244	32.7	27.8
1923	3.294	85.6		786	20.4	23.9
1924	3.435	88.7		663	17.1	19.3
1925	1.424	36.2		275	7.0	19.3
1926	777	19.5		150	3.8	19.3
1927	461	11.4		89	2.2	19.3
1928	264	6.4		51	1.2	19.3
1929	233	5.5		45	1.1	19.3
1930	139	3.2		27	0.6	19.4
1931	95	2.2		16	0.4	16.8
1932	754	17.3		108	2.3	14.3
1933	15.379	348.2		3.559	80.3	23.1
1934	14.691	330.8		3.271	73.6	22.3
1935	5.723	128.2		1.176	26.3	20.5
1936	4.011	89.0		762	16.9	19.0
1937	3.045	66.9		646	14.2	21.2
1938	829	18.0		202	4.4	24.4

En el cuadro precedente se puede observar el curso de dos epidemias: la que se inició en 1919, que se prolongó, más o menos, hasta el año 1925, y la que se desarrolló entre los años 1932 y 1937.

Estas epidemias se han mantenido y han alcanzado tan altas cifras de morbilidad y mortalidad a causa de las deplorables condiciones de vida del pueblo.

Ahora bien, nuestra lucha contra el tifo exantemático no ha podido eludir esta realidad y es así que las sucesivas campañas libradas con motivo de sus recrudecimientos, a duras penas han cumplido la tarea de detenerlas.

El Ministro sabe que no puede aventurar la afirmación de que nuestra reciente victoria sobre el tifo tenga carácter definitivo, por cuanto la realidad ambiente de la que es señalada expresión, no se ha modificado y permanece igual.

Es satisfactorio recalcar que, merced a las medidas tomadas por el Dr. Etchebarne, con la colaboración de los Drs. Cifuentes y Escudero, fué posible detener, con mayor rapidez, la epidemia que se desarrolló este año.

A continuación trascribimos el cuadro de la evolución de la epidemia de 1939.

TIFO EXANTEMATICO

	MORBILIDAD		MORTALIDAD	
	Confirmados		Cifras absolutas	Tasas o/oooo habitantes
	Cifras	Tasas o/oooo h.		
ENERO	85	23,8	12	3,4
FEBRERO	64	17,9	13	3,6
MARZO	44	12,3	10	2,8
ABRIL	26	7,3	5	1,4
MAYO	45	12,6	11	3,9
JUNIO	131	36,7	30	8,4
JULIO	413	115,8	63	17,7
AGOSTO	310	86,9	61	17,1
SEPTIEMBRE	148	41,5	34	9,5
OCTUBRE	113	31,7	15	4,2
NOVIEMBRE	56	15,7	10	2,8

Demuestra que la curva del tifo se inicia con los mismos caracteres y magnitud de 1933 y se observa que justamente se quiebra en el comienzo de la Primavera, con una caída brusca, al contrario de lo ocurrido en ocasiones anteriores.

Una explicación aceptable del carácter endémico que tiene entre nosotros esta enfermedad está en la existencia de portadores sanos, hecho comprobado en el trabajo del Dr. Sesnic efectuado en el Instituto Bacteriológico. Mediante la reacción de Weil Felix, practicada en la sangre de 3.000 individuos, clasificados en dos grupos, uno "de clase acomodada" (burguesía), que envía sus exámenes a laboratorios particulares, y el otro, formado por la "clientela de hospital" (proletariado), pudo observar reacciones positivas que revelan un "tifo inaparente", que tiene las mismas modalidades sociales que el "tifo enfermedad", pues arroja un porcentaje de tifo inaparente de 0,8% para la burguesía y de 15% para el proletariado.

El tifo exantemático es la expresión cumbre de la herencia de los regímenes anteriores, pesado fardo que gravita sobre el Gobierno de Frente Popular.

Ver cuadro pájina 109

ENFERMEDADES DE ORIGEN HIDRICO

Estas enfermedades son las que se trasmiten mediante el consumo de aguas infectadas o de hortalizas y productos de chacarería regadas por ellas.

Este grupo de fiebres infecciosas tiene suma importancia y es indispensable referirse a ellas porque nos indican las condiciones en que se efectúa el abastecimiento de agua potable y principalmente la disposición y tratamiento de las aguas servidas. Es decir, su extensión y desarrollo están en relación directa con el grado de saneamiento del país.

Bajo el rubro de fiebre tifoidea se incluyen también las enfermedades paratíficas.

FIEBRE TIFOIDEA

Años	MORBILIDAD Confirmados		MORTALIDAD Cifras absolutas	
	Cifras	Tasas o/ooo		Tasas o/ooo
1932	1.233	28.2 habitantes	330	7.5 habitantes
1933	911	20.6	313	7.1
1934	1.157	26.0	358	8.1
1935	1.407	31.5	447	10.0
1936	1.800	39.9	472	10.5
1937	1.873	41.1	534	11.7
1938	1.944	42.3	410	8.9

TIFUS EXANTEMATICO

PROVINCIA DE SANTIAGO - 1939

Tasas de Morbilidad y Mortalidad estacional por 100.000 habitantes calculadas en coeficientes anuales

Tasas por 100.000 habitantes	39,6	33,0	26,0	9,0	35,1	121,0	249,0	320,2	121,0	82,6	
MORBILIDAD											
Cifras absolutas	35	29	23	8	31	107,	220	283	107	73	33
Tasas por 100.000 habitantes	8,0	8,0	7,0	1,1	17,0	29,4	54,3	72,4	36,2	11,3	11,1
MORTALIDAD											
Cifras absolutas	7	7	6	1	15	26,	48	64	32	10	9
MESES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octubre	Nov.

DISENTERIA AMEBIANA Y BACILAR

	MORBILIDAD		MORTALIDAD	
	Cifras	Tasas o/ooo habitantes	Cifras absolutas	Tasas o/ooo habitantes
1932	113	2.6	56	1.3
1933	109	2.5	57	1.3
1934	105	2.4	48	1.1
1935	312	7.0	50	1.1
1936	785	17.4	82	1.8
1937	94	2.0	35	0.8
1938	74	1.6	30	0.6

De estos cuadros se desprende que hay un promedio de morbilidad anual a causa de las afecciones trasmitidas por el agua de 1.700 casos en los 7 años que van de 1932 a 1938, con una mortalidad media anual de 460. Estas cifras revelan ya la gravedad de estas enfermedades que son el resultado de la insuficiencia de nuestros sistemas de agua potable y alcantarillado y que constituyen males sobre las cuales la acción sanitaria puede infulir decisivamente, rebajándolas al mínimo.

El Consejo Nacional de Salubridad pesó debidamente la importancia de este problema y estableció la vacunación antitífica obligatoria para las regiones del país, que de acuerdo con los antecedentes recogidos revelan ser focos constantes de este tipo de enfermedades infecciosas.

A pesar de la eficacia indiscutible de esta medida es indispensable intensificar la dotación de agua potable y de tratamiento de las aguas servidas en las poblaciones que carecen de ella y de ir a la mejora inmediata de las deficiencias en aquellos que los tienen.

En los campos, en los cuales la instalación de estos servicios sanitarios es más difícil por la escasa densidad de las viviendas, adquiere mayor importancia la vacunación, mientras se procede a un plan bien estudiado de saneamiento.

Hay un número considerable de pueblos de cierta importancia por el número de habitantes que poseen, que carecen de estos indispensables servicios de urbanización y pueblos de primera importancia como Santiago que tienen servicios de agua potable insuficientes y de alcantarlilado que no tienen tratamiento final de las aguas servidas; éstas, a su vez, son utilizadas para el riego de chacras y hortalizas que se consumen frescas y, por lo tanto, en estado de contaminar.

En el capítulo destinado a obras de saneamiento hemos dado las cifras globales y en detalle de las deficiencias de los servicios de agua potable y alcantarillado en el país.

Incluímos para mayor información los datos comparativos de tifoidea y paratifoidea en varios países.

Ver cuadro página 111

TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA

DEFUNCIONES

Países	Población	1934		1935		1936	
		Cifras absolutas	Tasa sobre o/o oo por hab.	Cifras absolutas	Tasa sobre o/o oo por hab.	Cifras absolutas	Tasa sobre o/o oo por hab.
Nueva Zelandia . . .	1.492.000	1	0.07	12	0.8	8	0.5
Alemania	67.346.000	506	0.7	572	0.8	310	0.5
Inglaterra y Gales .	40.839.000	159	0.4	174	0.4	257	0.6
Australia	6.778.000	68	1.0	62	0.9	58	.0.8
Canadá	11.014.000	293	2.7	273	2.5	256	2.3
Estados Unidos . . .	128.429.000	4.131	3.2	3.435	2.7	3.113	2.4
Egipto	15.905.000	969	6.1	1.037	6.5	1.105	6.9
Italia	42.599.000	4.456	10.5	4.908	11.5	3.842	9.0
Uruguay	2.043.000	192	9.3	185	9.0	—	—
Hungría	8.967.000	1.137	12.6	1.287	14.3	847	9.4
Costa Rica	592.000	76	13.0	79	13.3	68	11.5
México	18.852.000	4.444	23.6	4.532	24.0	4.827	25.6
Chile (1)		358	8.1	447	10.0	472	10.5

(1) Hay que hacer la observación de que sólo una pequeña parte de los casos producidos en nuestro país, son denunciados por los médicos y anotados, por consiguiente, en la estadística.

DIFTERIA, COQUELUCHE, ESCARLATINA Y SARAMPION

Otras enfermedades comunicables que adquieren también importancia por su morbilidad y mortalidad, son: la escarlatina, el sarampión, la coqueluche y la difteria.

La alta mortalidad determinada por este grupo de enfermedades, que afectan especialmente a los niños, se encuentra relacionada al factor vivienda, por la promiscuidad y el hacinamiento que facilita el contagio directo y al factor alimentación y vestuario que en el período de convalescencia debe proteger al niño de las enfermedades intercurrentes como la bronconeumonía y la tuberculosis.

	MORBILIDAD		MORTALIDAD	
Años	Cifras	Tasas o/ooo habitantes	Cifras	Tasas ooo/o habitantes
1932	624	14.3	184	4.2
1933	645	14.6	234	5..3
1934	774	17.3	298	6.7
1935	600	13.4	201	4.5
1936	569	12.6	183	4.0
1937	548	12.0	139	3.0
1938	600	13.0	141	3.1
		Coqueluche		
1932	6..979	159..7	1.080	24.6
1933	7..410	167..3	1.793	40.5
1934	16..225	365..3	1.755	39.7
1935	6.062	135.8	1.555	34.8
1936	6.878	152..6	1.443	32.0
1937	3.722	81..8	921	20.2
1938	5.392	117.3	817	17.8
		Escarlatina		
1932	231	5..3	19	0.4
1933	182	4.1	27	0.6
1934	191	4.3	25	0.6
1935	252	5..6	23	0.5
1936	514	11..4	48	1.1
1937	1.512	33..2	138	3.0
1938	1..558	33.9	109	2.4

Sarampión

1932	1..123	25.7	130	3.0
1933	1.169	38.3	190	4.3
1934	9..922	223.4	1.132	25.5
1935	1..621	36..3	735	16.5
1936	2..109	46.8	249	7.7
1937	1.995	43..8	299	6.6
1938	2.449	53..3	390	8.5

Sobre algunas de ellas, como la difteria, hay métodos de prevención seguros que, aplicados oportunamente pueden reducir al mínimum su morbilidad, sobre otras, si bien es cierto que no existe esa seguridad, la acción de algunas medidas sanitarias rebajarían por lo menos su índice de mortalidad.

PALUDISMO

En la lucha contra esta enfermedad, los Servicios Sanitarios han desarrollado una eficiente labor que ha dado por resultado una disminución cada vez más acentuada como puede observarse de las cifras que se enumeran.

	MORBILIDAD		MORTALIDAD	
Años	Cifras	Tasas o/ooo . h.	Cifras	Tasas o/ooo . h.
1933	1.188	26.8	15	0.3
1934	645	14.5	8	0.2
1935	299	6.7	13	0.3
1936	246	5.4	22	0.5
1937	136	3.0	13	0.3
1938	52	1.1	5	0.1

De 1.188 casos que se registraron en 1933 con una mortalidad absoluta de 26.8, ha ido decreciendo paulatinamente hasta 52 casos con una mortalidad de 1.1, en 1938.

La campaña antipalúdica en el norte de Chile es un éxito notable de la Sanidad que hay que destacar.

TRACOMA

Esta enfermedad, que se desarrolla especialmente en las provincias del Sur de Chile, ha mantenido sus posiciones desde el año 1932.

MORBILIDAD

Años	Cifras	Tasas o/ooo . h.
1932	379	8.6
1933	82	1.8
1934	42	0.9
1935	85	1.9
1936	100	4.4
1937	218	4.8
1938	107	2.3

TOXICOMANIAS

Entendemos por toxicomanía el hábito inveterado, ansioso, de ingerir o inyectarse ciertas substancias que dan al organismo bienestar psíquico u orgánico momentáneo pero que a la larga determinan lesiones en el cuerpo o trastornos en la mente que repercuten sobre la salud, la conducta, el ambiente y hasta la descendencia del que las ingiere o inyecta

Psicológicamente la toxicomanía, cuyos vehículos más habituales son el alcohol, la cocaína o el opio y sus derivados (morfina, pantopón, heroína, láudano, etc.), se desarrolla en seres llamados **predispuestos.** Esta predisposición puede determinarse por haberse heredado una personalidad débil de la voluntad, del sentido de la responsabilidad y de la entereza para hacer frente al dolor físico o moral o porque las primeras impresiones de la infancia, la educación, grandes golpes afectivos y morales, la inclemencia económica o pragmática del medio ambiente o la desigualdad social, producen en ciertos individuos complejos, sensación de inferioridad, inconformismo, que se cree indispensable superar artificialmente por medio de los alcaloides o del alcohol.

El desarrollo de la toxicomanía obedece al entremezclamiento en mayor o menor proporción en cada caso, de factores propios del individuo, con los que nace, se desarrolla y enfrenta a la vida y factores del ambiente que al repercutir sobre él lo empujan, mantienen o sumergen en los tóxicos.

Creemos interesante consignar lo anterior porque nos muestra que para abordar la solución del problema son dos tipos de factores con los que hay que estrellarse decidida y paralelamente.

El del alcoholismo merece un capítulo aparte. Lo trataremos a continuación.

El de la cocaína, morfina y derivados, etc., substancias que se engloban bajo el término general de **alcaloídes,** es un tipo de toxicomanía cuyo prendimiento obedece a circunstancias individuales y sociales, y en ge-

neral se observa en individuos de la burguesía y aristocracia. Es rarísimo un proletario cocainómano o morfinómano; generalmente, cuando se produce, es un toxicómano de las otras clases sociales el que no sólo lo inicia sino le mantiene el hábito.

Los individuos de la burguesía y, especialmente, de la aristocracia son los cultores habituales del alcaloidismo porque en ellos, el factor individual—la falta de voluntad, sensación de irresponsabilidad y miedo a la vida— toma ciertas características intelectualizadas, imaginativas, cuya regulación concuerda mejor con el tipo de excitación, o falsa vitalidad que dan los alcaloides.

Por otra parte los alcaloides son substancias caras y su adquisición habitual es clandestina, lo que necesita una organización de compra y venta cuya ilegalidad la hace más cara aún. Sólo gente de cierta solvencia económica puede, por lo menos al iniciar el hábito, ingresar a la cofradía del alcaloidismo.

La clandestinidad, de adquisición y consumo, lo especialmente vergonzante que se considera al cultor de la cocaína, de manera que hay muchos que jamás confiesan su hábito y, otros, casi todos, que engañan respecto a dosis y estado de intensidad de intoxicación en que se encuentran, hace muy difícil el control, tratamiento y estadística de ellos con las armas legales y de readaptación que actualmente tenemos.

Los que se ponen en tratamiento, o lo hacen por su cuenta, escapan al control estatal, en clínicas privadas que generalmente no llevan una estadística en buena forma. Además, como los médicos no tienen obligación de denunciar las toxicomanías, se cierra el ciclo de las circunstancias que no nos permiten tener un censo preciso de los toxicómanos.

Para nuestras afirmaciones, pues, tenemos que contentarnos con declaraciones cuyo valor deriva de ser el fruto de la experiencia correlacionada de varios especialistas y durante varios años.

Resumiendo, podríamos decir que el número de morfinómanos y cocainómanos que se pone en tratamiento es escaso y lo corriente, por ser empujado por vendedores de drogas o amigos proselitistas, es que vuelvan a recaer. El número de cocainómanos que se ponen en tratamiento es 10 veces menor que el de morfinómanos. De los habituales a las drogas podría decirse que en general el 50 a 60 por ciento de los morfinómanos tienden a ponerse en tratamiento aunque por las malas condiciones de la readaptación posterior, generalmente fracasan. De los cocainómanos sólo el 5 a 7 por ciento buscan expontáneamente el tratamiento liberador y precoz. El número de cocainómanos es 4 a 5 veces mayor que el de morfinómanos.

Lo que hace grave el problema del alcaloidismo es el afán proselitista de sus cultores y la correlación que por tal camino tiene con las fuentes de prostitución, con la extensión del alcoholismo y con la delincuencia, por la pérdida del sentido de responsabilidad social y respetabilidad personal que producen las drogas y la tendencia a conseguirse el tóxico a cualquier costo. Por estas mismas razones, si el

padre o la madre son toxicómanos, la organización familiar y educación de los hijos se resiente, como igualmente la herencia nerviosa que reciben.

ALCOHOLISMO

Se considera como tal, la intoxicación voluntaria a que se somete el ser humano por medio del consumo del alcohol etílico. Puede revestir caracteres agudos o crónicos.

Kopelin dice que se hace alcohólico el que ingiere una nueva dosis antes que la anterior haya dejado de producir efectos.

El Dr. Germinal Rodríguez, Profesor de Higiene de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, insiste en el efecto acumulativo de las pequeñas dosis y estima que para un individuo en buena salud, de peso medio, las dosis superiores a 40 gramos de alcohol puro en 24 horas ya tienen efecto patológico (3|4 de gramo por kilo de peso están contenidos en 400 gramos de vino corriente).

De tal manera que deben considerarse individuos alcohólicos, incluso muchos que no han llegado nunca a caer en el estado de embriaguez, lo que hace que el número de alcohólicos sea muy superior al de los ebrios.

Sin embargo en Chile podemos afirmar categóricamente que el problema candente es el de la embriaguez y no el del alcoholismo, como lo probaremos con los datos que damos más adelante.

En el año próximo pasado, un cuarenta y cuatro por ciento de los detenidos por diversas infracciones, lo fueron por ebriedad. Tal relación se mantiene más o menos en las estadísticas de los años anteriores como lo acredita el cuadro que sigue:

Año	Total de detenidos	Detenidos por embriaguez
1935	251.452	104.138
1936	274.105	117.991
1937	327.927	147.718
1938	314.560	138.607

Podemos agregar que de los ciento treinta y ocho mil detenidos por ebriedad el año 1938, 15.162 fueron también acusados de ser autores de lesiones.

El mismo año, de 137.963 causas criminales que instruyeron los distintos Juzgados de la República, 45.171 se refirieron a delitos de ebriedad y 29.563 se incoaron por expendio ilegal de bebidas alcohólicas. Estas cifras han ido en constante aumento durante los últimos años, según se establece por el detalle siguiente:

Años	Ebriedad	Expendio de alcoholes
1932	18354	10289
1933	26025	17055
1934	31138	21795
1935	36731	24098
1936	38478	24302
1937	52908	27396
1938	45171	29563

El mayor porcentaje de detenciones por ebriedad con relación al número de habitantes se registra en las provincias de O'Higgins, Curicó y Talca.

Ahora bien, frente a estos desalentadores datos sobre la embriaguez de los individuos en el país, coloquemos las cifras que arroja la estadística sobre la producción y el consumo de bebidas alcohólicas por habitante.

La producción de vino y demás bebidas alcohólicas del año 1937 fué la siguiente:

	Litros
Vino	355.000.000
Aguardiente	1.052.000
Pisco	648.000
Licores destilados	2.199.000

El consumo por habitante fué ese mismo año, de acuerdo con la producción anotada, de

Vino	77	litros.
Aguardiente	830	gramos
Pisco	140	"
Licores destilados	500	"

Lo que da un total de consumo de setenta y ocho litros, por habitante en un año, y que equivalen a 9 litros de alcohol puro.

Si se compara las cifras señaladas con el consumo por habitante de países como Francia, Alemania, España e Italia que son muy superiores, tenemos que concluir, como lo enunciamos más arriba, que el nuestro no es un problema de alcoholismo, sino que de embriaguez.

Como un dato revelador agregamos el cuadro siguiente, en el cual se consignan las cifras de bares, hoteles, clubs, depósitos de alcoholes, etc. en Santiago, ciudad que tiene el mayor consumo, y su relación con el número de habitantes, de locales escolares y panaderías.

En este cuadro se dan las cifras por distrito de acuerdo con la división en 51 distritos de la Comuna de Santiago.

Conviene hacer presente que el "depósito de licores" es el más importante de los negocios de comercio de alcoholes y su alto porcentaje dentro de la Comuna indica la magnitud del problema.

Ver cuadro página 120

CAUSAS DE LA EMBRIAGUEZ EN CHILE

Las causas de orden individual o patológico, como el espíritu de imitación, la falta de cultura, la dipsomanía y la degeneración mental, existentes en todos los países, en Chile adquieren una importancia insignificante si se les compara con las causas que podemos llamar sociales y que pasamos a exponer brevemente.

Ya en los capítulos anteriores trazamos un cuadro más o menos aproximado de las misérrimas condiciones de vida del individuo del pueblo. Vimos como su salario, apreciablemente inferior al vital, no alcanzaba a proporcionarle el vestuario indispensable, los obligaba a habitar viviendas inadecuadas, insalubres y absolutamente inhospitalarias y le servía para alimentarse en forma de tal modo deficiente que no alcanzaban a ingerir alimentos que le produjeran el mínimo de energía calórica necesaria para compensar el desgaste normal de su organismo. Agréguese a eso el trabajo pesado que debe desarrollar el obrero, la falta de distracciones y entretenimientos populares y se llegará a la conclusión de que para él ir a la Cantina y embriagarse constituye la aparente solución de todos esos problemas. En la cantina encuentra un local alumbrado y calefaccionado y amigos que pueden distraerlo, haciéndole olvidar la miseria del hogar. En fin, como muy bien lo expresa el Dr. Hugo Grove, el alcohol para el obrero chileno no es un estimulante sino un anestesiante que le permite un sobreesfuerzo al actuar sobre órganos ya fatigados y semiagotados.

EFECTOS DEL ALCOHOLISMO Y DE LA EMBRIAGUEZ

No es ésta la oportunidad para insistir sobre las consecuencias de orden moral que el alcoholismo, ya sea agudo o crónico, produce en el individuo. Tampoco creemos necesario hacer presente la forma en que la práctica de este vicio influye en la producción general del país, debido al tiempo que deja de trabajar el que se encuentra afectado por él. Aquí queremos solamente exponer someramente la forma como el alcoholismo gravita sobre nuestros índices de morbilidad y mortalidad.

Refiriéndonos primeramente a la intoxicación alcohólica crónica, podemos señalar que su consecuencia directa son los trastornos gástricos

Cuadro comparativo de las densidades de negocios de alcoholes con la de las escuelas y panederías.

Distrito	Total de negocios de alcoholes		Densidad de habitantes por negocios de alcoholes.		Locales escolar.	Densidad de neg. alc. por locales de escuelas.	Panaderías	Densidad de negocios de alcoholes por panaderías
	1932	1937	1932	1937	1937			
1	114	74	99	153	15	4,9	..	..
2	171	154	52	58	10	1,71	1	171
3	76	74	177	181	5	14,8	4	18,5
4	60	69	174	152	7	9,9	2	34,5
5	17	9	380	716	5	9,9	..	..
6	22	32	397	272	7	4,5	..	..
7	101	96	153	142	6	16	4	24
8	36	29	277	370	9	3,2	1	29
9	99	84	161	190	11	7,6	3	28
10	95	102	170	157	9	11,3	6	17
11	61	58	134	141	4	14,5	4	14,5
12	50	41	185	227	4	10,2	3	13,3
13	68	66	195	200	6	11,0	3	22,0
14	42	49	231	298	4	12,2	2	24,5
15	26	24	294	319	2	12,0	1	24
16	36	47	231	172	3	15,6	2	23,5
17	27	27	283	283	5	5,4	..	..
18	62	60	144	149	3	20,0	2	30
19	115	89	96	124	7	12,5	3	27,6
20	35	32	320	344	5	6,4	2	16
21	41	40	238	244	3	13,3	2	20
22	31	27	280	332	8	3,3	2	13,5
23	68	58	145	171	12	4,8	1	68
24	75	78	164	158	7	11	2	39
25	55	39	154	217	2	19,5	4	9,7
26	67	53	144	179	5	10,6	2	26,5
27	74	89	168	139	9	9,8	3	29,6
28	59	52	168	190	8	6,5	2	26
29	95	85	155	173	9	9,6	3	28,3
30	81	83	135	132	4	20,7	4	20,7
31	102	97	172	181	6	16,1	5	19,4
32	100	105	178	170	4	26,2	4	26,2
33	105	121	178	155	5	20,2	7	17,2
34	68	52	152	200	5	10,4	2	26
35	53	50	190	222	6	8,3	2	25
36	51	49	275	286	10	4,9	5	9,8
37	36	33	260	284	5	6,6	1	36
38	45	36	158	198	7	5,1	4	9
39	36	20	218	393	4	5	2	10
40	21	14	258	389	4	3,5	..	..
41	15	12	327	409	2	6	2	6
42	45	67	215	145	4	16,9	1	67
43	31	43	261	226	2	21,5	3	14,3
44	45	44	179	183	4	11	3	14,6
45	45	40	219	244	4	10	2	20
46	73	82	231	204	12	6,8	5	16,4
47	62	61	192	195	8	7,6	7	8,7
48	35	33	330	351	7	4,7	3	11
49	75	65	114	132	3	28,3	3	28,3
50	35	39	281	252	10	3,9	2	19,5
51	25	27	247	228	2	13,5	1	27
Santiago	3.062	2.924	177	185	215	13,5	132	22

y hepáticos y alteraciones nerviosas (parálisis alcohólica) que pueden llegar hasta la llamada demencia alcohólica.

El anuario demográfico de Chile correspondiente a 1937 señala que en un total general de 109.795 defunciones se debieron por ejemplo, a cirrosis hepáticas, 403 y al alcoholismo agudo 142; 130 eran hombres y 12 mujeres.

En seguida, en el rubro en que están incluídos los delirium tremens aparecen en el año 1937, setenta y cinco defunciones.

Pero tenemos otro capítulo de la mortalidad general y de la morbilidad, en el cual la intoxicación alcohólica, especialmente la aguda, juega un papel preponderante, y es el de los accidentes.

En 1937 se anotaron en todo el país 4.850 muertes accidentales, de las cuales 381 se debieron a suicidio; quedan 4.500 muertes provocadas por homicidios, envenenamientos agudos, quemaduras, sumersión, traumatismos de diferentes órdenes, etc., que de acuerdo con las observaciones hechas en la Asistencia Pública y en los Hospitales están vinculados en su origen a un estado de embriaguez, ya sea del accidentado o del causante, en una proporción que algunos hacen subir a un 90 por ciento.

En cuanto a la morbilidad causada por accidentes, el número de atendidos en los Hospitales de la República por este motivo alcanza a la cifra de 22,665 en el año 1937, con 985 fallecimientos.

Como el número total de fallecidos por esta causa es casi 5 veces superior al de los decesos ocurridos entre los hospitalizados, es lógico estimar que el número total de accidentados en el país es también casi 5 veces superior al de los hospitalizados; lo que elevaría el número de accidentes producidos en ese año a más de cien mil. Este cálculo es tanto más prudente, cuanto que se presume que sólo los accidentados graves llegan al Hospital.

De tal manera que el capítulo más importante de la patología alcohólica sería el de los accidentes.

Ya hemos aludido anteriormente, en el capítulo referente al vestuario, al porcentaje tan elevado de neumonías existentes en nuestro país. Es bien sabido que la intoxicación alcohólica, según lo dicen las observaciones clínicas, es la causa coadyuvante más frecuente de neumonía.

Es también forzoso referirse, al estudiar los efectos mórbidos del alcohol, a la relación que existe entre la embriaguez, tan frecuente en nuestro país, y la difusión de las enfermedades venéreas.

A este propósito citamos como ejemplo tomando al azar de nuestros documentos que en el Profilactorio Antivenéreo de la ciudad de Iquique se hizo una estadística sobre el estado de sobriedad de los que concurrieron a él.

En una cifra de 1.139 asistentes controlados desde marzo a mayo de 1938, se encontró lo siguiente:

Embriaguez máxima, 38; igual, 3,3%.

Embriaguez mediana, 241; igual, 21,1%.
Achispados 351; igual, 30,8%.
Sobrios, 509; igual, 44,8%.

La proporción de individuos embriagados en diferentes grados llega al 56% y conviene observar que esta cifra es inferior a la real, ya que justamente concurren a estos centros preventivos los individuos que no han perdido el control de sus actos y que tienen una mayor cultura.

Igualmente es útil dejar constancia que muchas veces el acto de la concepción se verifica estando, por lo menos el padre en estado de embriaguez, y son conocidos los efectos que tiene la intoxicación alcohólica aguda y también la crónica sobre el producto de la concepción.

La herencia alcohólica determinada por la influencia del tóxico en las células sexuales de ambos padres, o de uno de ellos, se distingue, desde el punto de vista de los caracteres físicos, por diversos tipos de distrofias y aún monstruosidades. Como caracteres mentales de ella hay que anotar: el **retardo mental, la idiotez,** debilidad moral, propensión a las neurosis (histeria, epilepsia, dipsomanía, etc.).

De una encuesta relatada por el Dr. Grove en un discurso pronunciado en el Senado en 1937, anotamos:

En 219 hijos de padres bebedores ocasionales hubo 2,3% de heredo alcohólicos.

En 130 hijos de padres bebedores moderados hubo 4,6% de heredo alcohólicos.

En 67 Id. habituales hubo 9%.

En 53 hijos de ebrios consuetudinarios, 19%.

La tuberculosis también pesa más duramente sobre los hijos de los alcohólicos.

Según Knopf, el 8% de los hijos de padres bebedores ocasionales fueron tuberculosos; 15% de bebedores habituales; 21,7% de los ebrios consuetudinarios.

Los datos y cifras consignadas en este capítulo demuestran cuan apreciable es la influencia de la intoxicación alcohólica en los cuadros de morbilidad y mortalidad del país, y por consiguiente, cuan agudo es el problema que se plantea al Gobierno, dentro de un plan serio de mejoramiento del estado sanitario.

LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

Las enfermedades profesionales están contempladas en nuestra legislación social, en el Art. 258 del Código del Trabajo, la Ley 6174 y el Reglamento N.o 581 del año 1927, mediante el sistema indemnizador denominado "de lista enumerativa", pero en la práctica tales disposiciones legales no tienen una aplicación útil.

El problema de las enfermedades profesionales no ha sido abordado ampliamente por nuestros técnicos, ya que sólo se han hecho algunos estudios en tesis de prueba y en las empresas mineras del Norte y carboníferas del Sur.

El análisis de los escasísimos datos que se poseen, nos demuestra que el riesgo de los trabajadores afectados por enfermedades profesionales—que de acuerdo con la teoría del riesgo profesional es de la exclusiva incumbencia del patrón—gravita, en parte no pequeña, sobre el seguro obrero obligatorio de enfermedad y es motivo de frecuentes discusiones y litigios.

La revisión de los datos estadísticos de los últimos cinco años da los resultados siguientes:

Año	1934	1935	1936	1937	1938
Obreros indemnizados	48	132	54	79	96

o sea, que solamente un total de 419 obreros han sido indemnizados legalmente por afecciones profesionales, en circunstancia de que el total de accidentados del trabajo en el mismo quinquenio ha sido de 238.431, es decir que las enfermedades profesionales representan el 0,175% del total de indemnizaciones pagadas.

Damos a continuación algunas cifras comparativas: Francia, con una lista de 6 enfermedades, registró una enfermedad por cada 1,300 accidentes; Gran Bretaña, con 36 enfermedades registró una enfermedad

por cada 26 accidentes y Alemania con 22 enfermedades indemnizables registra una enfermedad por cada 400 accidentes, mientras que nosotros con 36 afecciones, tenemos una enfermedad por cada 569 accidentes del trabajo.

Las cifras mencionadas nos revelan que en realidad, el problema de las afecciones profesionales, entre nosotros, está iniciándose, en su fase de estudio, no habiendo llegado todavía a soluciones prácticas.

La atención preferente ha sido otorgada a la silicosis y a la anquilostomiasis, por la mayor importancia que estas afecciones adquieren para los intereses privados a que ya nos hemos referido.

Los trabajos sobre anquilostomiasis han sido efectuados en Chile por Noé, Fernández, Wilhem, Neghme, etc., y sobre una población de más o menos 15,000 hombres, en las distintas minas de Concepción, no menos de 2,000 albergan el parásito en su intestino. Si tomamos en cuenta que según las normas de la Oficina Internacional del Trabajo, el rendimiento del obrero infestado llega a la mitad y aún a un sexto del obrero normal se comprenderá la importancia que tiene esta afección en la producción nacional ya que representa una fuerte lesión del capital humano.

La silicosis, por su parte, ha constituído la pneumoconiosis más estudiada.

Una encuesta efectuada entre los obreros de la Andes Copper Minning, por los propios médicos de la Compañía, revela que un 10% de los obreros están afectados por esta enfermedad profesional.

Basta el enunciado de estas dos afecciones, y quedan todavía muchas de ellas por analizar, para darse cuenta del rol, generalmente hoy ignorado, que desempeñan las enfermedades del trabajo en nuestros problemas médicos.

Se hace, pues, necesario el abocarse seriamente al estudio sistemático y planificado de este aspecto de nuestra patología social.

MEDIOS DE LUCHA

I. BENEFICENCIA Y ASISTENCIA SOCIAL

II. EL SERVICIO NACIONAL DE SALUBRIDAD (Sanidad).

III. SERVICIOS MEDICOS DE LAS CAJAS

IV. LOS SERVICIOS FUSIONADOS DE SALUBRIDAD EN LA ZONA AFECTADA POR EL TERREMOTO.

V. PREVISION SOCIAL
- El Seguro Social
- El Seguro de Accidentes del Trabajo
- Ley de Medicina Preventiva

VI. CRITICA DE CONJUNTO A LA LABOR DE LOS SERVICIOS MEDICOS.

VII. IMPORTACION, DISTRIBUCION Y FABRICACION DE MEDICAMENTOS.

BENEFICENCIA Y ASISTENCIA SOCIAL

La Beneficencia Pública, denominada ahora Beneficencia y Asistencia Social, es una Institución autónoma y semi-fiscal.

Su importancia resalta dentro de los Servicios de Salubridad, si se considera que en sus manos se ha monopolizado prácticamente la atención hospitalaria del país. En efecto, es escaso el número de hospitales que dependen de otros organismos (Militar, Naval, Clínico y de unas pocas empresas particulares).

En los establecimientos asistenciales de la Beneficencia, se atiende tanto al enfermo que se hospitaliza, como al deambulatorio que concurre a sus policlínicos o consultorios.

El monopolio se refiere a la primera de estas atenciones. La segunda es actualmente compartida con servicios similares creados por las Cajas de Previsión o por otras entidades de índole particuar (sociedades y empresas industriales, etc., etc.).

ORIGEN Y EVOLUCION

La Beneficencia inició sus actividades en forma inconexa en el año 1819 con la fundación de Juntas Locales, estimuladas y encauzadas por el Gobierno, mediante ordenanzas y decretos sucesivos.

Su base financiera se generó en las donaciones o legados de filántropos y en la caridad privada en general.

Así se constituyeron los bienes de origen particular que posee la Beneficencia a nombre de sus Juntas Locales y que forman su patrimonio propio que asciende a $ 373.546.918.09.

El concepto caritativo que presidió los albores de la Institución, estaba en relación con las condiciones ambientales de esa época.

Desde entonces se producen notables cambios en lo económico, en lo social y en lo cultural. Igualmente en la técnica médica que experimentó un considerable progreso.

Y esta evolución que transforma lentamente el concepto caritativo en deber social, repercute en la forma de financiamiento y en la organización de la Beneficencia.

En el primer aspecto, las entradas que derivan del patrimonio propio son ampliamente superadas por la ayuda estatal, que se materializa con subvenciones y otros recursos autorizados por leyes.

En cuanto a la organización, ésta experimenta trascendentes reajustes por etapas:

En el año 1886 se dicta el primer Reglamento Orgánico General de la Institución, por el cual se crea una Sección de Beneficencia en el Ministerio del Interior, destinada a informar y supervigilar el funcionamiento de las Juntas Locales.

En el año 1917 aparece la primera manifestación de unidad y de coordinación de las Juntas Locales, bajo una dirección autónoma central, al decretarse la formación de un Consejo Superior de Beneficencia, el que 10 años más tarde se transforma en Junta Central de Beneficencia.

La autonomía trae consigo la creación de oficinas administrativas, como organismos ejecutivos del comando superior. Así se inicia la actual Dirección General.

Por último, en el año 1932 se aprueba el Reglamento Orgánico que rige ahora a la Institución.

Este Reglamento modifica el nombre primitivo de la entidad que pasa a denominarse "Beneficencia y Asistencia Social", simbolizándose con esto la transformación del concepto caritativo en deber social.

Finalmente y por lo que concierne a las Juntas Locales, éstas persisten a través de todas las etapas, por razón de la existencia del patrimonio privado.

DESARROLLO ALCANZADO

En la exposición de algunas cifras se puede apreciar la importancia actual de esta institución.

Patrimonio privado

Manifestamos anteriormente que los bienes de origen particular que posee la Beneficencia a nombre de las Juntas Locales ascendían a $ 373.546.918.09.

Presupuesto de Entradas en el año 1939

$ 11.134.318.12,	Bienes de la Beneficencia	7,0 %
18.970.465.—,	Servicios Pagados	11,9 %
16.804.606.19,	Caja de Seguro Obligatorio	10,5 %

10.139.000.—,	Apuestas Mutuas	6,4 %
1.373.5[illegible].07,	Patentes Municipales	0,9 %
3.031.083.—,	Otras Leyes	1,28%
50.064.129.—,	Subvención Fiscal Ordinaria	31,4 %
11.000.000.—,	Subvención Fiscal Extraordinaria	6,9 %
95.160.—,	Subvención Municipal y Particular	0,07%
1.9[illegible]1.230.80,	Entradas Varias	1,9 %
5.[illegible]31.126.88,	Resultas del Presupuesto anterior	3,35%
29.306.578.13,	Construcciones (fiscal)	18,4 %
$ 159.131.291.19	TOTAL DE ENTRADAS	100 %

De este cuadro se desprende que la participación Fiscal sumada a la de otros recursos legislativo-estatales, asciende al 72,22% del Presupuesto de Entradas.

Presupuesto de gastos

$ 50.769.910.75	Sueldos	31,9 %
25.454.800.—	Artículos alimenticios	16,0 %
9.741.473.26	Farmacia	6,1 %
6.417.135.—	Luz y Lumbre	4,0 %
2.694.200.—	Ropería	1,7 %
825.790.—	Lavandería	0,5 %
14.552.801.43	Gastos diversos.	9,1 %
7.061.611.60	Bienes raíces y Muebles	4,4 %
1.961.314.86	Servicio de Obligaciones	1,2 %
49.949.50	Resultas del Presupuesto anterior	
1.420.521.66	Imprevistos generales	0,9 %
8.975.205.—	Servicio de Empréstitos	5,6 %
29.306.578.13	Construcciones	18,4 %
$ 159.231.291.19	TOTAL DE GASTOS	100 %

Establecimientos curativo - asistenciales

La Beneficencia posee un total de 163 establecimientos curativo-asistenciales, clasificados de la siguiente manera:

106	Hospitales.
5	Maternidades.
24	Servicios Varios (Asilos y Primeros Auxilios independientes).
28	Casas de Socorros.
163	Establecimientos curativo-asistenciales.

El cumplimiento del plan de construcciones de la Beneficencia está orientado hacia la construcción de Hospitales regionales que serán el centro de la atención en las zonas respectivas y está financiado por las leyes que a continuación se enumeran.

Su realización no significa un gran aumento del número de camas sino más bien el reemplazo de las que ahora funcionan en edificios inadecuados.

Ver cuadro página 131

Número de camas en los hospitales y su clasificación

Las camas que poseen los establecimientos de la Beneficencia son de dos clases: camas de salas comunes y camas de pensionados. Ambas clases de camas corresponden tanto a los hospitales propiamente dichos, como a los establecimientos de asilo y de primeros auxilios independientes. De acuerdo con estas consideraciones, exponemos el número de camas en el siguiente cuadro:

	Camas de salas comunes	Camas de Pensionados	Total
Hospitales	14.428	1.070	15.498
Asilos y Primeros auxilios independientes	6.476	546	7.022
TOTALES	20.904	1.616	22.520

Veamos a continuación la distribución de las 14.428 camas de Sal. Comunes de Hospitales, por especialidades:

5.357	camas de Medicina Interna
3.649	camas de Cirugía.
1.459	camas de Obstetricia.
1.343	camas de Tisiología.
242	camas de Ginecología.
420	camas de Urología.
836	camas de Piel y Venéreas.
135	camas de Oftalmología.
96	camas de Otorinolaringología.
58	camas de Neurología.
437	camas de Psiquiatría.
396	camas de Infecto-contagiosos.
14.428	camas comunes de sospitales.

PRESUPUESTO DE CONSTRUCCIONES Y LEYES QUE LO FINANCIAN

	LEY N.° 4678	LEY N.° 5564	LEY N.° 5711	LEY N.° 6022	LEY N.° 6259	T O T A L
Fondos autorizados	48.000.000.—	53.900.000.—	97.700.000.—	28.000.000.—	10.000.000.—	237.600.000.—
Fondos recibidos a la fecha	45.964.134.98	36.633.851.98	46.000.000.—	15.023.598.07	4.600.000.—	148.221.585.03
Fondos por recibir hasta el 31 de diciembre conforme a contratos celebrados		2.800.000.—			4.400.000.—	7.200.000.—
Total de fondos por recibir	2.035.865.02	14.466.148.02	51.700.000.—	12.976.401.93	1.000.000.—	82.178.414.97

NOTA.—Los fondos de la Ley 4678 se colocarán en 1940.

Los fondos de las Leyes 5564 y 6022 deberán ser dados en préstamo por la Caja de Seguro Obligatorio y Caja de Empleados Públicos, de acuerdo con la Ley 6259, y se calcula que estos préstamos estarán totalmente cubiertos en el año 1942.

El $ 1.000.000.— que falta por recibir de la Ley 6259 será entregado por la Caja de Empleados Particulares el 10 de Enero de 1940, según convenio.

BIBLIOTECA NACIONAL
SECCIÓN CHILENA

Servicios Técnicos en los Hospitales

En un total de 106 hospitales encontramos que muchos carecen de algunos servicios técnicos, cuya existencia es un buen índice de eficiencia curativo-asistencial.

Damos a continuación el número de hospitales que poseen esta clase de servicios:

Pabellones de Cirugía, en	81	hospitales
Laboratorios, en	47	"
Servicios de Rayos X, en	31	"
Servicios de Anatomía Patológica, en	19	"

Las cifras globales que indicamos pueden a su vez parcializarse en cuanto a la calidad de estos servicios (Tipos 1, 2 y 3); es decir, según la importancia de las instalaciones y el número de técnicos que los sirve.

Movimiento de hospitalizaciones en el año 1938

Existencia de enfermos el 31 de diciembre de 1937 . . .	11.433
Número de hospitalizados en 1938	213.908
TOTAL de atendidos en 1938	225.341

Movimiento en los Policlínicos

No hemos encontrado resúmenes sobre el número de atenciones anuales en los Policlínicos de la Beneficencia. La cifra que expone la Dirección General de Estadística se refiere al conjunto de instituciones que dispensan esta clase de servicios.

Sin embargo, dada la mayor frecuencia de estas atenciones, debe suponerse que el número de enfermos nuevos que acuden a los Policlínicos, es 5 y más veces superior que el de los hospitalizados. Y esto, sin contar los enfermos antiguos.

El personal de los hospitales

Si se exceptúan los establecimientos de la zona afectada por el sismo, la planta de los hospitales acanza a 10.500 empeados. Y si se incluyen, el total pasa de 11.331.

Este personal está clasificado en cuatro categorías: técnica, adminis-

trativa, auxiliar y de servicio. Los que pertenecen a las tres primeras, imponen a la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, y los de la última, a la Ley 4054.

A la categoría técnica representada por 2.007 funcionarios, pertenecen aquellos que poseen un título universitario en relación con las actividades asistenciales: médicos, dentistas, farmacéuticos, enfermeras, matronas y visitadoras sociales. El número de médicos alcanza a 1.237.

La categoría auxiliar está constituída por los practicantes, las cuidadoras y los auxiliares de Farmacia y de Institutos Científicos (Rayos, Laboratorios y Anatomía Patológica), con un total de 2.113 empleados.

En la categoría administrativa se incluye el personal de Contaduría, Secretaría, Dirección y Estadística, lo mismo que los Ecónomos, Bodegueros, Religiosas y Capellanes. Suman 1.541, de os cuales 499 corresponden a las Religiosas y 84 a los Capellanes.

Por último, la categoría "De Servicio" es la más numerosa. Representa 5.670 servidores, o sea, el 52% de todo el personal y comprende los cargos u oficios más variados: Cocineros, Lavanderas, Costureras, Empleados de Sala, Carpinteros, Mecánicos, Jardineros, etc., etc.

Presupuesto de sueldos del Personal de Hospitales

para el año 1939

Sueldos fijos	$	37.809.355.—
Gratificación del 25%		9.329.061.25
Asignación familiar		2.874.824.50
Otras asignaciones		.756.670.—
Total sueldos fijos, asignaciones y gratificación	$	50.769.910.75
Aportes patronales		1.975.121.30
Fondos de Previsión del personal		2.965.773.57
TOTAL PRESUPUESTO SUELDOS	$	55.710.805.62

Dividiendo los $ 50.769.910.75 por 11.331, que es el número de empleados de la Beneficencia Pública, se obtiene un promedio de $ 448.06 mensuales.

Los "Sueldos Bases" mensuales del personal de los Hospitales, según categorías

	Pormedio	Mínimo	Máximo
Administrativos (no religiosos)	$ 498.—	$ 250.—	$ 3.500
Técnicos	484.—	150.—	2.500
Auxiliares	260.—	150.—	700
De Servicio	144.—	60.—	500
Pers. de Hospitales en general	245.—	60.—	2.500
Médicos en particular	472.—	150.—	2.500

Los sueldos máximos de $ 3.500 que aparecen en el cuadro son muy escasos.

Los médicos que trabajan "full-tim" como es el caso de algunos Médicos-Directores y Anátomo Patólogos, son los únicos que reciben $ 2.500.

En Santiago, los sueldos bases que perciben los médicos tratantes de salas y de policlínicos, son:

$ 275.— Los Ayudantes 2.os.
350.— Los Ayudantes 1.os.
450.— Los Jefes de Servicios.
525.— Los Jefes de Sección.

Para alcanzar esta última jefatura se requieren de 10 a 20 años de antigüedad y de méritos en el cargo. La jornada de trabajo para los médicos es de 3 horas diarias.

Sin embargo, lo más digno de consideración es la situación del personal inferior que trabaja 10 y más horas diarias y cuyos promedios de sueldos bases mensuales son de **$ 260 para los auxiliares y de $ 144 para el personal de servicio.**

Hemos estimado importante exponer los bajos sueldos que percibe el personal de los hospitales, porque es indudable que ello constituye un factor negativo en la marcha de los servicios, aparte de lo que ello significa frente al derecho que les asiste de gozar la remuneración que corresponde de acuerdo con sus necesidades vitales.

ORGANIZACION DIRECTIVA ACTUAL

El Reglamento Orgánico que rige la Beneficencia, proviene de la Ley 5115 del año 1932.

Según esta Ley, la dirección superior de los Servicios de Beneficencia y Asistencia Social, corresponde a una Junta Central compuesta de 10 miembros: El Ministro de Salubridad que la preside, el Director de Beneficencia y Asistencia Social, el Director de Sanidad, el Decano de

la Facultad de Medicina, un representante del Consejo del Seguro Obrero y cinco miembros más designados por el Presidente de la República.

Para la ejecución de sus funciones, la Junta Central cuenta con una Dirección General a cargo del Director y constituída por ocho departamentos, a saber: Secretaría General; Asesoría Jurídica; Departamento Médico; Departamento de Contabilidad y Presupuestos; Tesorería General; Central de Compras; Departamento de Arquitectura; y Departamento Comercial (con tres secciones, Pompas Fúnebres, Agrícola). De la Junta Central depende también la Polla de Beneficencia.

Además en las funciones directivas, la Junta Central es secundada por cerca de 90 Juntas Locales, que pueden ser provinciales, departamentales o comunales. Según los casos están formadas por 3 a 5 miembros designados por el Presidente de la República y son presididas por los Intendentes o Gobernadores.

RESUMEN CRITICO

La enorme importancia que esta institución tiene está expresada sumariamente por el monopolio hospitalario que ejercita. Frente a este hecho encontramos factores negativos, a saber:

1.o El número de camas es reducido en proporción a la altísima morbilidad del país, no obstante que el enfermo lo está las 24 horas del día.

2.o Los policlínicos llenan su cometido en mala forma ya que se hospitalizan muchos enfermos que sólo requieren tratamiento deambulatorio. Esto agrava el problema de la escasez de camas.

3.o Su ritmo de trabajo es lento, entre otros motivos, porque sólo se labora en las mañanas.

4.o El rendimiento del personal es escaso, principalmente porque sus remuneraciones son muy bajas, porque carecen de escalafón, y no tienen ninguna perspectiva cierta de mejoramiento.

5.o En el mismo orden de consideraciones se observa que el número de Directores de Hospital rentados es reducido, en circunstancias de que el cargo exige una dedicación constante, permanente.

6.o La alimentación de los enfermos y del personal es insuficiente.

7.o Un porcentaje elevado de los hospitales carece de medios técnicos perfeccionados y modernos.

8.o Los hospitales no desempeñan en su integridad la función social que les corresponde, ya que no hacen obra educativa y abandonan al enfermo inmediatamente de egresado del hospital y nunca alcanza su acción al medio familiar.

9.o El presupuesto general de la Beneficencia Pública es insuficiente, lo que ha impedido la habilitación oportuna de algunos edificios ya terminados y es un obstáculo constante para la buena atención de los

enfermos. En muchas oportunidades, llegan a faltar los medicamentos indispensables.

10.o La forma lenta en que se van cumpliendo las leyes a que hemos hecho referencia, ha dificultado y retarda el plan definitivo de construcciones hospitalarias que debe ponerse en marcha.

Fuera de ésto, se hacen evidentes otros defectos de carácter orgánico que se relacionan con el origen y con las etapas recorridas por la Institución; desde las primitivas e inconexas Juntas Locales de Beneficencia hasta la actual organización de los servicios bajo un comando autónomo central.

Como secuelas de esta evolución debe mencionarse:

a) La existencia de las Juntas Locales, cuyas estructuras no son satisfactorias en el sentido técnico, las que persisten en algunas partes, porque a nombre de éllas se ha formado un cuantioso patrimonio de origen particular;

b) Este patrimonio rinde entradas muy inferiores a las que corresponden a su cuantía.

Hemos querido limitar únicamente nuestra crítica al aspecto asistencial de la Beneficencia Pública, porque el solo análisis de las formas de explotación y del rendimiento de sus propiedades agrícolas, por ejemplo, darían motivo para un extenso trabajo; e igual acontecería en otros de sus servicios comerciales.

EL SERVICIO NACIONAL DE SALUBRIDAD DENOMINADO HABITUALMENTE DIRECCION GENERAL DE SANIDAD.

La Constitución Política contempla en sus artículos 10 y 11 el Servicio Nacional de Salubridad, que ejerce sus funciones basándose en las disposiciones del Código Sanitario.

Sometido en los últimos 12 años a siete u ocho reorganizaciones que se realizaron con criterio personalista más bien que científico, adolece de vicios y errores de estructuración y funcionamiento, que en gran parte anulan su acción.

Dispone de un Presupuesto anual, reducido e insuficiente y en estos últimos cinco años ha variado en la forma que a continuación exponemos en cifras globales en las que se incluyen los presupuestos ordinarios, los extraordinarios y los suplementos.

Año	
1935	$ 7.040.791.66
1936	9.814.750.—
1937	14.971.125.—
1938	17.876.900.—
1939	21.351.900.—

(Presupuesto ordinario y extraordinario más los suplementos).

De este presupuesto más o menos el 65% se invierte en personal.

Dichas cantidades son escasas y deben ser suplementadas todos los años en diversas sumas que aumentan en los períodos de epidemias. Ello se hace más grave debido a la mala organización del Servicio, tanto

en cuanto a la distribución del material y del personal como en lo que se refiere a delimitación de las funciones de éste.

Este mal financiamiento del Servicio produce desconcierto entre el personal extraordinario a contrata y a jornal que recibe sus sueldos con 4 o 5 meses de retardo y no tiene ninguna estabilidad, por lo que debe improvisársele y en muchos casos incorporarlo al servicio sin ninguna preparación técnica y aún sin conocimientos mínimos ni solvencia moral adecuada.

Se adjunta un cuadro explicativo en el que se demuestra que casi el 50% del personal sanitario está representado por funcionarios contratados.

Personal	Planta	Contrata o Jornal
Técnicos	177	120
Auxiliares	361	143
Administivos	108	48
Servicio	98	7
	744	318

El personal técnico, auxiliar y administrativo, por las mismas razones del número anterior, es uno de los peor rentados de la administración pública, dándose el caso de vacunadores con más de 20 años de servicio, que deben cumplir sus funciones en zonas rurales, despobladas, con sueldos inferiores a $ 300.— y con viáticos de $ 8.— diarios.

Por estas razones, el personal técnico auxiliar, (matronas, enfermeras, visitadoras, etc.) abandona el servicio frecuentemente al encontrar empleos mucho mejor rentados.

La preparación del personal no es, en general, suficiente, sobretodo en lo que se refiere a conocimientos modernos de técnica sanitaria y de los fundamentos científicos de las actividades de epidemiología, saneamiento, y demás normas y métodos de profilaxis general. El personal carece de oportunidades para ser instruído en los conocimientos mínimos que como funcionarios de Sanidad deberían tener.

Por las razones ya anotadas, la Dirección General de Sanidad tiende hacia la burocratización de sus funciones, se desvía de sus verdaderas finalidades y provoca la desconfianza y el desprestigio en la opinión pública.

Pero el defecto fundamental de este servicio está en que su verdadera finalidad orgánica y técnica, las funciones específicas de Sanidad. Epidemiología, Higiene de la Alimentación, Habitación, Agua Potable y Alcantarillado, Higiene Industrial, Ingeniería Sanitaria, Sanidad Internacional, Control Biológico y Farmacéutico, Higiene Escolar, etc. aparece descuidada, especialmente en las provincias, o en segundo plano, siendo

supeditada o postergada, por actividades que no corresponden precisamente a la función sanitaria, (Dispensario y Policlínico antivenereo, Tocología, Pediatría, Cardiología, Radiología, Endocrinología, etc.), y que son de asistencia médica. Esto se puede observar claramente en el siguiente detalle sobre la distribución del personal en los diferentes Departamentos Técnicos:

	Técnicos	Aux.	Adm.	Servicio
Administración	4	—	19	—
Profilaxis	6	60	10	2
Escolar	17	31	12	3
Madre y Niño	11	9	1	—
Venéreas	24	21	5	3
Control	21	—	7	1
Nutrición	3	—	1	—
H. Industrial	1	3	1	1
Ing. Sanitaria	3	3	3	—
Propaganda	2			2

Hay que agregar un número variable de personal a contrata, la mayor parte del cual corresponde a los Departamentos de Higiene Social y Madre y Niño, y un número también variable de personal a jornal, ambas categorías sujetas a los fondos extraordinarios que se destinan cada año.

En otros términos, en lugar de intensificar las labores Técnico-Sanitarias de profilaxis y saneamiento, se ejercen funciones dispensariables y curativas impropias del servicio.

Tampoco el llamado Servicio Nacional de Salubridad reúne dentro de sus atribuciones la suma de las funciones sanitarias, ya que éstas están también a cargo de las Municipalidades, de la Inspección del Trabajo, de los Servicios de Agua Potable y Alcantarillado, de la Sección Patología animal y Vegetal de otros Ministerios, etc. y hasta ahora no ha coordinado efectivamente sus funciones con dichos organismos y las Cajas de Previsión, las instituciones particulares, la Dirección de Beneficencia y Asistencia Social, etc.

LOS SERVICIOS MEDICOS DE LAS CAJAS

Con el fin de que los lectores puedan formarse un concepto cabal sobre los servicios médicos de las Cajas, hemos considerado conveniente incluir una breve reseña de algunos de ellos, deteniéndonos de una manera especial en el de la Caja de Seguro Obrero, por ser el que atiende a un número mucho mayor de imponentes que las demás.

CAJA DE SEGURO OBRERO
PRESUPUESTO GENERAL.

En esta oportunidad hacemos también un estudio del Presupuesto General de esta institución. En él se observa que la suma destinada a servicios médicos es muy superior al aporte patronal que la ley dispone para este objeto. Ello significa, fundamentalmente, que la elevada morbilidad entre los asegurados obreros requiere cantidades mucho mayores a las calculadas por el legislador, lo que obliga a emplear en los servicios médicos parte del aporte obrero.

La cuota señalada para subsidios es insignificante y contrasta con el total destinado a gastos médicos, lo que constituye una demostración indirecta, pero evidente de lo bajo de los salarios, que sirven de base al cálculo de los subsidios.

En el activo, observamos que la suma existente en bonos es muy elevada para este tipo de inversiones que está expuesto a fuertes alternativas y de las cuales no puede esperarse valorización alguna como ocurre con otras inversiones, especialmente las efectuadas en propiedades agrícolas de buen terreno.

PRESUPUESTO 1939-40

ENTRADAS

Imposiciones de los asegurados	$ 48.989.166	21.2 %
Imposiciones patronales (Leyes 4054 y 6172)	86.398.200	37.5 %
Imposiciones Ley 6174 (Med. Prev.)	20.986.986	9.1 %
Cuotas fiscales (Leyes 4054 y 6236)	39.310.648	17.0 %
Imp. sobre cancelaciones y pagos	5.900.000	2.6 %
Producto bruto de inversiones	28.345.000	12.3 %
Otras entradas	600.000	0.3 %
TOTAL	$ 230.530.000	100.0 %

GASTOS

Administrativos		$ 28.166.657.20	15.7 %	12.2 %
Servicios médicos		129.487.154.21	72.3 %	56.2 %
Subsidios:				
Por Ley 4054	$ 11.000.000.—			
Por Ley 6174	8.000.000.—			
Hospitalización	19.914.000.—			
Sueldos	32.247.500.—			
Asignaciones, horas extr., bonificaciones, subvenciones y gratificaciones, reemplazos, etc.	18.586.778.—			
Botica	4.491.830.—			
Arriendos	3.404.628.21			
Atención maternal	800.000.—			
Aliment. infantil	3.803.990.—			
Imprevistos M. y Niño	150.000.—			
Benef. y Asis. Pública	1.600.000.—			
Subvenciones variables s/contrato	6.650.000.—			
Beneficios de Capitalización (pensiones, devoluciones de imposiciones y cuotas mortuorias)		16.525.000.—	9.2 %	7.2 %
Gestión de las inversiones		4.949.317.97	2.8 %	2.1 %
Total de gastos		179.128.129.38	100.0 %	
Excedente para acumulaciones		51.401.870.62		22.3 %
Suma igual a las entradas		230.530.000.—		100.0 %

ACTIVO AL 30 DE JUNIO DE 1939

A.—ACTIVO FIJO

BIENES RAICES	$ 150.991.328.75		
menos castigo 2%	2.969.056.03		
Líquido	$ 148.322.272.72		
Construcciones	17.632.476.94		
Postas rurales en terrenos ajenos	3.104.880.99		
TOTAL Bienes Raíces	168.759.630.65	$	168.759.630.65
BONOS Y TITULOS			
Bonos y Títulos	$ 136.940.345.43		
Acciones preferidas	10.877.200.00		
Acciones comunes	28.734.248.16		
Total B. y Títulos	$ 176.551.893.59		176.551.893.59
MUEBLES Y UTILES	$ 9.702.641.40		
ELEMENTOS DE TRASP.	2.300.183.11		
TOTAL GENERAL		$	357.314.348.75
B.—ACTIVO DISPONIBLE			6.604.242.35
C.—ACTIVO EXIGIBLE			124.005.765.45
D.—ACTIVO CIRCULANTE			34.298.077.15
E.—ACTIVO TRANSITORIO			9.463.062.99
TOTAL DEL ACTIVO		$	531.685.496.69

SERVICIOS MEDICOS

Para atender a sus imponentes la Caja de Seguro Obrero dispone actualmente de los siguientes establecimientos:

Policlínicos:	190
De los cuales 10 tienen Hospitalización propia.	
Postas Rurales:	348
Contratadas y arrendadas a la Beneficencia.	
Estaciones médico-rurales:	143

Los establecimientos mencionados están a cargo de 2.496 funcionarios que se reparten en las categorías que indicamos a continuación:

PLANTA GENERAL DE LOS SERVICIOS MEDICOS

Aumento comparativo del personal medio y auxiliar desde 1935 A 1939.

	1935	1936	1937	1938	1939
MEDICOS	396	470	550	711	929
FARMACEUTICOS	64	74	77	90	98
DENTISTAS	57	77	79	113	154
VISITADORAS SOCIALES Y ENFERMERAS SANITARIAS	17	37	54	69	77 74
MATRONAS	71	77	77	173	198
AUXILIARES MEDICOS	469	536	550	700	966
T O T A L	1.074	1.271	1.387	1.856	2.496

El personal de Médicos de la Caja de Seguro Obrero se clasifica por especialidades según el detalle siguiente:

Médicos de la Caja de Seguro Obligatorio al 1.º Diciembre de 1939, clasificados por especialidades.

Medicina Preventiva		42
Pediatras		108
Tocólogos		42
Medic. Quirúrgica:		
Ginecólogos	13	
Cardiólogos Int.	21	
Cirujanos	40	
Oculistas	19	
Otorrinolog.	19	
Cancerólogos	3	
Internistas	60	
Neuro-psiquiatras	7	
Dermatólogos	16	
Quinesiterap.	1	199

Epidemiología:		
Epidemiólogos	3	
Venerólogos-Urólogos	51	
Lúes Serológica	6	
		60
Tisiólogos		55
Educación Sanitaria		2
Laboratoristas		37
Radiólogos		38
Domiciliarios Urb. y Rur.		74
Control y Morbilidad		65
Medicina General		170
Cargos Directivos		37
Total Médicos		929

En este cuadro se puede apreciar la importancia del problema Madre y Niño que es atendido por 150 médicos; en cambio el número de tisiólogos es bajo para nuestra morbilidad por tuberculosis.

La labor realizada por el personal Médico, paramédico y auxiliar de la Caja de Seguro Obligatorio en sus diversos establecimientos está dado por el número de consultas efectuadas en las diversas agrupaciones provinciales de la Caja, según el cuadro que damos a continuación:

Los servicios médicos de la Caja de Seguro Obrero atendieron en el año 1938 el siguiente número de consultas:

PRIMERA ZONA		SEGUNDA ZONA	TERCERA ZONA
Antofagasta		**Serena**	**Valparaíso**
Habitantes	210.783	328.260	472.110
Población Obrera	53.030	56.116	91.462
Consultas	179.556	136.249	245.156

CUARTA ZONA		QUINTA ZONA	SEXTA ZONA
Santiago		**Rancagua**	**Talca**
Habitantes	1.136.195	420.372	569. 411
Población Obrera	240.194	92.693	108.991
Consultas	588.509	172.387	150.687

SEPTIMA ZONA		OCTAVA ZONA	NOVENA ZONA
Concepción		**Temuco**	**Valdivia**
Habitantes	480.624	496.407	481.350
Población Obrera	89.268	80.107	89.840
Consultas	204.208	103.160	
			116.097

DECIMA ZONA
Magallanes

Habitantes	39.377
Pob. Obrera	8.727
Consultas	15.470

El movimiento global de los servicios en 1938 puede esquematizarse en la cifras siguientes:

Consultas médicas	1.911.479
Visitas Domiciliarias	134.933
Hospitalizaciones	49.484
Consultas de embarazadas	107.257
Consultas niños sanos	326.389
Consultas niños enfermos	186.766
Consultas enferm. venéreas:	
primeras	50.538
repetidas	96.958
Consultas de tuberculosis:	
primeras	21.429
repetidas	80.740
Exámenes de salud (del 1.º de Julio de 1938 al 30 de Septiembre de 1939).	113.894

A un servicio asistencial como el de los policlínicos del Seguro Obrero debe pedírsele que la atención de los que recurran a ellos sea rápida y precisa.

Los policlínicos del Seguro Obrero cumplen estas condiciones únicamente en forma parcial. En efecto, en el medio rural, el número de postas y médicos no está en proporción con el número de imponentes; la escasa densidad de la población y las grandes distancias son inconvenientes serios.

La correcta interpretación de los casos de especialidades muchas veces no se hace porque el número de especialistas es reducido. La ayuda del laboratorio es aún escasa.

En algunos puntos se observa una plétora de enfermos. La organización del trabajo en equipos es todavía restringida, lo que disminuye la eficiencia y el rendimiento.

La estadística es incipiente.

La acción social de los servicios médicos es limitada, aunque muy superior a la que desarrollan los policlínicos de la Beneficencia. En general, los policlínicos del Seguro Obrero funcionan mejor que los que pertenecen a otras instituciones; y cuentan con más personal e instalaciones más modernas.

Los servicios de medicina preventiva todavía no cumplen con su co-

metido como lo prueba el escaso número de exámenes de salud practicados (113.894 en 14 meses) en relación con el número de imponentes, superior a un millón.

La hospitalización es difícil, por la escasez de camas; el desconocimiento que tienen los médicos del Seguro de las camas disponibles en un momento dado, y la imposibilidad de precisar con exactitud la urgencia de la hospitalización.

El servicio domiciliario no tiene el personal que necesita.

La medicina del trabajo está en sus comienzos.

CAJA DE EMPLEADOS PARTICULARES

La Caja de Empleados Particulares, desde la aplicación de la Ley de Medicina Preventiva tiene servicios médicos en las ciudades de Santiago, Valparaíso, Magallanes, Iquique y Coquimbo y está instalándolos en Antofagasta y Concepción. Posee también dos sanatorios en San José de Maipo y Villa Alemana y una Casa de Reposo marítimo en Las Cruces.

Los diversos servicios están atendidos por un personal médico, paramédico y auxiliar de 110 personas, de las cuales 62 son médicos de las diversas especialidades detalladas a continuación:

Personal Directivo	6
Radiólogos	10
Tisiólogos	10
Cardiólogos	7
Sifilólogos	7
Internistas generales	10
Laboratoristas	8
Otras especialidades	4
	62

Los recursos económicos de la atención médica alcanzan a un presupuesto ordinario de más o menos 5 millones de pesos, para el ejercicio comprendido entre el 1.o de julio de 1939 y el 30 de junio de 1940.

CAJA DE EMPLEADOS PUBLICOS Y PERIODISTAS

Esta Caja tiene servicios médicos en Santiago, Valparaíso, Antofagastata y Concepción. Sus presupuestos de 1938 alcanzaban a una suma aproximada de $ 2.800.000 y para el primer semestre del presente año, con la vigencia de la ley 6174 alcanza más o menos a $ 2.500.000.

En Santiago el personal médico está compuesto por 11 profesionales para la Medicina Preventiva y 17 destinados a la atención curativa.

LOS SERVICIOS FUSIONADOS DE SALUBRIDAD EN LA ZONA AFECTADA POR EL TERREMOTO.

La catástrofe que destruyó la mayoría de las poblaciones y de las viviendas en el territorio que va de la Provincia de Linares hasta la de Bio-Bio, hizo por obra de circunstancias imperiosas, que el Ministro Etchébarne captó y comprendió inmediatamente, se organizara un servicio de atención médica, sanitaria y asistencial unificado.

La concentración del mando y de los elementos técnicos y recursos materiales en una sola mano, dió en esas circunstancias trágicas y dolorosas, resultados evidentes. Sin preocupación por las fronteras que separan las diversas instituciones que tienen como misión defender la salud pública, fué posible enterrar a los muertos, curar a los heridos, controlar la calidad de las aguas destinadas a la población y mejorarlas hasta hacerla potable, eliminar por medio de la vacunación antitífica, el peligro de una epidemia de fiebre tifoidea, hecha en una escala pocas veces superada. Contra lo ocurrido en otras catástrofes sísmicas que han asolado diversos países y regiones, en esta oportunidad no ha habido epidemias que vinieran a agravar la situación producida y ello se debe a la acción abnegada de los médicos y auxiliares que se movilizaron voluntariamente para prestar sus servicios, como también, seguramente, a la serena resignación de los habitantes y a la cooperación por ellos prestada. Debemos dejar constancia que el pueblo supo comprender la conveniencia de las medidas ordenadas y facilitó su cumplimiento.

Al recordar, trascurrido ya cerca de un año, esta gran desgracia nacional, que ha hecho mucho más defíciles los problemas que tiene que afrontar este Gobierno, debo expresar que la labor inteligente y esforzada del ex Ministro Etchébarne, en estrecha colaboración con las Jefes de Salubridad, Beneficencia y Seguro Obrero, fué uno de los factores que

contribuyó a atenuar las consecuencias del terremoto, y gracias a las medidas tomadas, se creó la organización que comentamos.

En términos generales es posible afirmar que con la fusión han desaparecidos las barreras creadas por la acción aislada de cada uno de los servicios facilitando el rodaje administrativo y haciendo más simple y rápida la atención de los enfermos.

Todos los servicios de Salubridad, dependientes anteriormente de la Dirección General de Beneficencia, Caja de Seguro y Dirección General de Sanidad, de las provincias de Maule, Ñuble, Concepción y Arauco, además de los Departamentos de Parral y Cauquenes, quedaron a cargo del Servicio de Salubridad de Emergencia, creado para dicha zona y dependiente del Consejo Nacional de Salubridad.

Los fondos de Beneficencia, Sanidad y Caja de Seguro destinados a esta región quedaron a disposición del Consejo Nacional de Salubridad por intermedio del Ministro. A ellos se sumaron los aportes extraordinarios fiscales que S. E. el Presidente de la República puso a disposición del Consejo Nacional de Salubridad.

El Presupuesto del Servicio de Emergencia para los últimos nueve meses del año 1939 quedó constituído con las siguientes cantidades:

Caja de Seguro	$ 6.375.035.—
Beneficencia	5.225.686,84
Sanidad	733.924,64
Aporte fiscal	7.160.670,57
	$ 19.495.317,05

El mayor gasto que significan los servicios fusionados financiados por el aporte fiscal extraordinario corresponde a:

1.º—Los médicos que trabajan "Full - Time", es decir 6 horas diarias; antes de la organización percibían de $ 300 a $ 700 por dos horas de trabajo, y su renta actual oscila entre $ 1.500 y $ 2.500.

2.c—Esto ha permitido que actualmente se preste atención médica a la totalidad de la población, sin distinción entre asegurados e indigentes.

Los materiales con que contaban cada una de las reparticiones, anteriormente existentes, han sido puestos indistintamente al servicio de la causa y finalidad comunes de atender oportuna y eficazmente a todos los ciudadanos.

En el orden sanitario se ha dispuesto de mayores cantidades de dinero y se ha desarrollado, por lo tanto, una mejor labor, especialmente en el medio rural y por primera vez en nuestro país.

Los enfermos asegurados o no asegurados son atendidos sin distinción.

Con la fusión de los servicios se ha logrado gestar en el personal

médico y para médicos una solidaridad en el trabajo que ha eliminado la lucha de competencias.

La acción fusionada ha permitido la creación de nuevos servicios en lugares que hasta entonces nunca disfrutaron de atención médica permanente, tal es el caso en la primera Zona en las postas de Bullileo, Conquecura, San Fabián de Alico, San Gregorio, Pinto, Conflencia, Ningue, San Ignacio, El Carmen, Portezuelo, Quillón y Tucapel. En cada una de estas localidades la población ha exigido que se mantengan, y tanto más cuanto que, anteriormente, quedaban aislados en invierno y abandonadas de toda atención.

Con el fin de hacer en cierta medida un balance del resultado obtenido, aún en circunstancias tan especiales como las determinadas por el terremoto, a continuación anotamos algunas cifras que se refieren a la primera zona, que comprende los departamentos de Chillán, San Carlos, Bulnes, Yungay, Itata, Cauquenes, Parral y Chanco. Luego nos referiremos a la segunda zona.

Han sido inspeccionadas en la región, 11.173 viviendas, de las cuales 9.235 han sido clasificadas como en mal estado. En el total de viviendas 4.030 carecían de todo servicio, 2.510 tenían pozos negros en mal estado y 605 servicio de alcantarillado en malas condiciones de funcionamiento. En cuanto al agua para la bebida 2.931 viviendas carecían de servicios, 1.215 se surtían de pozos en mal estado y sólo 4.755 disponían de agua potable de buena calidad.

En relación con la labor de inmunización, se han practicado 14.063 inoculaciones antivariólicas y 3.663 antitíficas de Abril a Agosto de este año; 2.102 reacciones de Dick y 331 de Chick, y algunas inoculaciones anticoqueluchoideas, antiescarlatinosas, antidiftéricas, etc.

En los mismos meses las Casas de Limpieza han bañado un total de 26.648 personas. Se han desinfectado 1.651 habitaciones.

El Servicio Médico Escolar, ha examinado a 3.730 niños.

Se han atendido 876 embarazadas y 1.857 niños en la edad pre-escolar.

ATENCION HOSPITALARIA EN LA PRIMERA ZONA

La atención hospitalaria se especifica en el cuadro que se inserta a continuación. Con un número de camas considerablemente disminuído se ha atendido prácticamente el mismo número de enfermos y, hecho muy interesante que habla en favor de su eficiencia, se ha reducido el número de días de estada por enfermo en forma ostensible.

Ver cuadro pájina 152

Comparemos ahora el número total de atenciones efectuadas por los Servicios de Salubridad de Emergencia en 1939 en la primera zona con la correspondiente a los mismos meses de Abril a Agosto de 1938, hecha por las instituciones separadamente antes de la fusión.

ATENCION HOSPITALARIA EN LA PRIMERA ZONA

		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO	
		1938	1939	1938	1939	1938	1939	1938	1939	1938	1939
PARRAL	Total de atendidos	237	284	265	299	247	255	254	279	262	288
	Promedio dias estada	16.8	12.5	18.9	23.7	15.9	13.8	19.8	16.4	17.4	19.4
CAUQUENES	Total de atendidos	262	135	271	157	246	188	279	214	299	198
	Promedio dias estada	14.2	11.0	16.8	10.2	19.5	10.0	16.6	11.2	15.8	12.3
CHANCO	Total de atendidos	44	40	42	46	44	61	51	71		64
	Promecio dias estada	19.3	16.8	19.0	12.8	13.8	16.6	13.1	19.1		21.1
ITATA (QUIRIHUE)	Total de atendidos	28	42	36	38	27	37	34	36	31	48
	Promedio dias estada	30.0	13.5	25.2	16.3	23.8	18.0	16.1	21.5	12.4	14.9
SAN CARLOS	Total de atendidos	144	147	133	116	142	104	144	124	150	120
	Promedio dias estada	16.0	11.0	15.2	15.0	20.4	22.3	16.9	22.9	18.6	16.9
CHILLAN	Total de atendidos	496	387	478	427	434	473	515	528	529	518
	Promedio dias estada	16.7	8.9	17.2	10.8	15.8	11.6	15.4	13.8	14.8	13.2
BULNES	Total de atendidos	87	86	88	77	93	73	88	76	98	74
	Promedio dias estada	13.5	12.7	14.0	15.6	15.4	17.1	13.8	16.5	13.4	18.6
YUNGAY	Total de atendidos	33	29	29	47	39	38	55	49	47	41
	Promedio dias estada	12.6	11.1	9.7	9.3	20.8	16.1	16.7	9.2	28.8	17.4
ZONA	Total de atendidos	1.331	1.170	1.342	1.020	1.272	1.229	1.420	1.377		1.351
	Promedio dias estada	16.0	10.5	17.2	12.2	18.1	13.3	16.4	15.0		15.5

	1938	1939
Atenciones médicas	**41.1.6**	**77.366**
Recetas Despachadas	**47.017**	**91.583**
Curaciones e inyecciones	**64.021**	**131.139**

Como se puede ver, **el aumento del número de atenciones es de 100% más o menos**

Por lo que respecta a la segunda Zona, el trabajo hecho ha sido muy superior al total efectuado por las instituciones separadas en años anteriores.

La inmunización antivariólica se ha intensificado en forma que ha permitido realizarla en lugares donde no se efectuaba desde hacía muchos años. En toda la zona se han practicado 29.588 inoculaciones antivariólicas de las cuales, 11.672 fueron vacunaciones y 17.916 revacunaciones, observándose que en algunos puntos las primeras superaron considerablemente a las segundas, como por ejemplo en San Rosendo donde se practicaron 924 primeras vacunaciones y 252 revacunaciones.

En la labor de profilaxia contra el tifo exantemático se anota un total de 23.375 personas bañadas y 1.184 habitaciones desinfectadas. El servicio de Venereología ha atendido 2.871 consultas de las cuales 1.038 corresponden a no asegurados y 1.823 a asegurados y tiene un total de 1.852 luéticos en tratamiento de los cuales 907 son no asegurados y 1.025 asegurados. En conjunto ha practicado en lo que corresponde a otras afecciones venéreas 21.110 atenciones.

Los resultados obtenidos con la nueva organización de los servicios de Salubridad, están expresados en el número de consultas hechas en los Policlínicos Centrales, que alcanzan a un 30% de la población total de la jurisdicción de la Segunda Zona. En ellos se han atendido 74.602 consultas de asegurados y 34.487 de no asegurados. Esto demuestra en forma categórica e irrebatible que los que sostienen que la actual organización ha perjudicado a los asegurados están en el más profundo de los errores. El aumento progresivo de las atenciones de los asegurados desde el comienzo de la nueva organización de la Salubridad hasta el mes de agosto lo confirma de nuevo.

El cuadro que a continuación insertamos se refiere a Concepción únicamente, que hemos tomado como ejemplo por ser el centro urbano de mayor importancia.

Policlínicos

Mes	Asegurados	No Asegurados	Total General
ABRIL	3.452	508	4.260
MAYO	3.872	927	4.799
JUNIO	4.535	1.531	6.066
JULIO	5.624	2.450	8.074
AGOSTO	5.943	2.875	8.818
TOTALES	23.426	8.591	32.017

Comparativamente, vemos además un aumento considerable en la atención asistencial; tomamos también, Concepción por las mismas razones anteriores e insertaremos la estadística de Agosto por ser la última de que disponemos en este momento.

MOVIMIENTO COMPARATIVO DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE CONCEPCION.

	AGOSTO 1938	AGOSTO 1939
HOSPITAL		
ENFERMOS ATENDIDOS	682	931
ALTAS	640	525
DEFUNCIONES	42	40
DIAS DE ESTADA	13.723	9.505
MATERNIDAD		
ALTAS	123	188
DEFUNCIONES		
DIAS DE ESTADA	1.452	1.941
ASISTENCIA PUBLICA		
PRIMEROS AUXILIOS	148	293
SERVICIO MEDICO A DOMIC.	23	87
TRASLADOS	212	864
CENTROS MATERNALES		
Enfermas atendidas	319	787
OFICINA DEL NIÑO		
Consultas	1.117	3.457
SERVICIO DE VENEREOLOGIA		
Consultas	281	821
POLICLINICOS		
Enfermos atendidos	4.579	8.708
Visitas urbanas a domicilio	441	538
Visitas rurales	96	143

En agosto de 1939 los policlínicos de la segunda zona practicaron 36.811 atenciones mientras que en agosto de 1938 éstos fueron sólo 19.167.

En todo el territorio, de abril a septiembre, el número total de consultas en los policlínicos ha sido de 109.089. En los centros maternales de 5.542. En la oficina del niño se han examinado 14.791 niños sanos y se han atendido 16.748 niños enfermos.

El número total de habitantes de las provincias y departamentos que comprende la 2.a Zona es de 368.000.

Los hechos sumariamente expuestos permiten afirmar, sin temor a ser rebatido con argumentos que revistan carácter de seriedad, que la experiencia de fusión de los servicios médicos asistenciales y sanitarios en las zonas afectadas por el terremoto, pese a las circunstancias extraordinariamente difíciles en que han comenzado y a los defectos de organización que ha tenido, ha sido una empresa coronada por el éxito.

PREVISION SOCIAL

Si para todo régimen político y económico es un deber resolver en forma eficaz el problema permanente de la inseguridad de los trabajadores, lo es más para un Gobierno cuya extracción popular le señala el imperativo inmediato de proteger a las clases económicamente más débiles del país.

Una de las formas más efectivas que la experiencia ha señalado para realizar esta acción, es sin duda, la implantación del Seguro Social Obligatorio, cuyas ventajas sobre las otras formas de Previsión (el ahorro libre y el seguro voluntario) han sido unánimemente reconocidas por los tratadistas, los Organismos Técnicos de Previsión, las Conferencias del Trabajo y las Organizaciones Internacionales del Trabajo; a tal punto que se puede afirmar con esta última Institución, que "en todos los Continentes y bajo todos los regímenes políticos, económicos y sociales, liberales o autoritarios, capitalistas o colectivistas, se reconoce que el Seguro Obligatorio, constituye un elemento esencial de toda política social racional".

Representa una aspiración social y constituye una verdadera necesidad económica el que este sistema de protección a los trabajadores se extienda no sólo a la población asalariada, sino también a la no asalariada del país, de modo que se la ampare totalmente contra los riesgos sociales y profesionales que amenazan su existencia.

En Chile estamos muy lejos aún de haber obtenido el objetivo enunciado. Podemos afirmar que apenas una parte de la población indigente se encuentra parcialmente amparada contra los riesgos sociales y profesionales y en cuanto a los asalariados — que constituyen la cuarta parte de los habitantes — ellos se encuentran sometidos a regímenes de previsión que sólo pueden cubrir una parte de dichos riesgos.

El régimen actual de Previsión adolece de graves defectos que le

impiden constituir un elemento eficiente en defensa de la salud. Pueden mencionarse como los más resaltantes, su organización heterogénea y la deficiente y casi nula protección que en algunos casos otorga a los beneficiados.

Refiriéndonos al primero de los aspectos mencionados, basta con citar el excesivo número de Cajas de Previsión, que trae como consecuencia una dispersión y un fraccionamiento de esfuerzos, elementos y medios de lucha destinados a un mismo fin, con un evidente perjuicio para la efectividad y el costo de las prestaciones.

En lo que respecta al otro defecto que se ha consignado, es necesario recalcar, que ninguna de las diferentes Cajas proporciona las prestaciones de tipo vital dentro de la moderna modalidad preventiva de los seguros y ni siquiera aquellas mínimas prescritas por la Organización Internacional del Trabajo, debiendo hacerse presente que algunas de las instituciones llamadas de previsión que agrupan un gran número de asalariados, cumplen en grado casi insignificante su papel de tales y limitan su actividad primordial al ahorro y otras operaciones de índole muy diferente a la previsión.

EL SEGURO SOCIAL

LAS INSTITUCIONES DE PREVISION

En nuestro país, cuarenta y cuatro instituciones de previsión, organizadas bajo los regímenes más diversos, que van desde las Cajas de Ahorros — cuya principal finalidad consiste en acumular fondos para los imponentes — hasta nuestra Caja de Seguro Obligatorio, agrupan a la totalidad de los obreros y empleados.

De estas 44 Cajas interesa particularmente considerar 6, pues a ellas se encuentran afectos más del 95% de los asalariados. El resto apenas sirve a más o menos 20.000 imponentes sobre un total de trabajadores y empleados que pasan de un millón.

Las seis instituciones que se han mencionado son: a) Caja de Seguro Obligatorio; b) Caja de Previsión de los Empleados Particulares; c) Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas; d) Caja de Previsión de los Carabineros de Chile; e) Caja de Retiro y Montepío de la Defensa Nacional; f) Caja de Retiro y Previsión de los FF. CC. del EE.

De las instituciones enumeradas, unas cubren en forma más o menos deficiente los riesgos de invalidez, enfermedad y muerte; y otras son de ahorro individual, otorgando además ciertos préstamos de auxilio y de edificación.

En el primer grupo están incluídas la Caja de Seguro Obligatorio, la Caja Nacional de EE. PP. y Periodistas, la de Retiro y Montepío de las Fuerzas de la Defensa Nacional, y la Caja de Previsión de los Cara-

bineros de Chile. En el segundo, las dos restantes. Además estudiaremos la Caja de Previsión de la Marina Mercante, por ser la institución de Previsión que más beneficios otorga.

Para la mejor claridad de la presente exposición, agruparemos las instituciones nombradas en tres grupos: a) aquellas que se refieren a los obreros; b) las que rigen la previsión de los empleados públicos y particulares; y c) aquellas a que están afectas las Fuerzas Armadas.

Nos referiremos separadamente a estos tres grupos, anotando muy especialmente los beneficios que ellas otorgan, como asimismo las deficiencias de sus prestaciones, con relación al mínimo vital que propugnamos en la parte final de este trabajo.

A) CAJAS QUE ATIENDEN LA PREVISION DE LOS OBREROS

De la población asalariada de Chile, que alcanza a 1.350.000, imponen en la Caja de Seguro Obligatorio, 1.200.000 obreros. 20.000 trabajadores ferroviarios están afectos a la Caja de Retiro y Previsión de los FF. CC. del EE., y un escasísimo número de ellos que no alcanza a 0,5% de la totalidad de la población obrera y que impone en las diversas Cajas, entre las cuales se encuentra la de los Jornaleros Municipales.

I.—CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

Esta Caja, que fué creada por la Ley 4054 de 8 de septiembre de 1927, ha sido modificada por leyes y decretos sucesivos que han tenido por objeto ampliar sus beneficios y mejorar sus ingresos.

En la actualidad el Estado contribuye con el 1 y 1|2%; el obrero con el 2% y el patrón con el 5% del salario base.

Beneficios que otorga

La Caja proporciona a sus asegurados los siguientes beneficios:

a) **Asistencia Médica** y terapéutica desde el primer día de enfermedad, después de cumplidos 7 meses de imposiciones; atención farmacéutica, dental — dentro de ciertos límites — hospitalización en establecimientos propios o en los de la Beneficencia, a la cual paga por esta atención.

b) **Un subsidio** en dinero mientras dure la incapacidad, equivalente al 100% del salario durante la primera semana; al 50% durante la segunda y al 25% en las siguientes hasta completar 26 semanas en el caso de un asegurado con familia; y si no la tuviere, a la mitad de los anteriores porcentajes.

c) **Atención maternal durante el embarazo,** parto y puerperio a las aseguradas y esposas de los asegurados; y un subsidio en metálico del 50% del salario durante las dos semanas precedentes y posteriores al parto, para las primeras, y un 10% mensual hasta que el niño cumpla un año de edad.

d) **Protección al niño** hasta los dos años de edad, acompañada de la vigilancia médica.

e) **Un subsidio de 300 pesos a la familia** del imponente que fallece, para gastos de funerales, debiendo la Caja hacerse cargo de éstos cuando aquélla falte.

f) **Una pensión de invalidez** igual a la renta o salario medio percibido en el año anterior, si el asegurado ha sido imponente de la Caja durante 10 años o más; de un 75% si sólo lo ha sido durante la mitad de este lapso; y de un 50% en los demás casos, requiriéndose un plazo de espera de dos años.

g) **Una pensión de retiro** al asegurado que cumpla 65 años de edad, cuyo monto está en relación con las imposiciones personales pagadas por el asegurado, y en caso de no alcanzar a percibir pensión se devuelve el monto de las imposiciones efectuadas por éste.

Aparte de estos beneficios debemos agregar los señalados por la Ley de Medicina Preventiva que consisten en el examen de salud, en el tratamiento de los enfermos de sífilis, en el reposo preventivo y en el subsidio de reposo que, por aplicarse a todas las Cajas, analizaremos al final de esta exposición.

Deficiencias de las prestaciones

1.o **Las prestaciones en especie** (entendiéndose por tales aquellas que no consisten en subsidios en dinero). No abarcan a la familia del asegurado, resultando prohibitivo y costoso el régimen de seguro familiar voluntario previsto por la ley, que obliga al imponente a contribuir con un 5% adicional.

2.o **Subsidios de enfermedad.**—No son de tipo vital, ni toman en cuenta las cargas de familia del asegurado; se calculan en función del salario cuya insuficiencia ha originado en muchas ocasiones la enfermedad. Y no están ni siquiera de acuerdo por lo prescrito por la reglamentación internacional, la cual dispone que en ningún caso deben ser inferiores al 50% del salario de base.

3.o **Pensión de invalidez.**—Es acordada en forma restrictiva y sólo al incapacitado en forma absoluta y permanente, y no contempla las cargas de familia del inválido. Se otorga en función de los años de imposiciones y no en razón de las necesidades de aquél.

4.o **Seguro de vejez.**—La forma cómo está financiado no podrá permitir prestaciones ni siquiera aproximadas a las de tipo vital; las pensiones acordadas hasta ahora así lo demuestran.

6.o **Seguro de cesantía.**—Tampoco se contempla este beneficio, no obstante la conveniencia de su implantación especialmente en las industrias que tienen una gran inestabilidad de brazos, como la minería.

II.—CAJA DE RETIRO Y PREVISION DE LOS FF. CC. DEL ESTADO

Esta Caja fué creada por la Ley N.o 3,379 de mayo de 1918 y su organización aún se rige por esa ley.

Están afectos a sus beneficios los empleados y obreros de la Empresa.

El financiamiento de la Caja se hace en la siguiente forma:

a) Con el 5% del sueldo o jornal del personal y de sus gratificaciones;

b) Con la diferencia de sueldo del primer mes después de ascendido el imponente;

c) Con la mitad del primer sueldo;

d) Con una imposición de la Empresa equivalente al 5% de los sueldos y jornales; y

e) Con el 1 y 1/2% de las entradas brutas de la Empresa.

Beneficios que otorga

Esta institución se limita a acumular en una cuenta los fondos de Retiro del imponente, el que se forma con las partidas anotadas más arriba, y estos fondos le son devueltos al retirarse del empleo. Sobre ellos la Caja concede préstamos de auxilio y de edificación.

El personal se encuentra amparado por disposiciones legales y reglamentarias que obligan a la Empresa a dar prestaciones médicas a los enfermos y paga indemnización por años de servicios. La Empresa, además, otorga una jubilación patronal a los empleados ingresados antes de la vigencia de la Ley que creó la Caja en estudio.

Deficiencias en las prestaciones

Las deficiencias de las prestaciones de esta institución son todas las que se derivan del hecho de no ser prácticamente una institución de carácter previsionista, sino que de ahorros. El estudio de ellas lo haremos más adelante, al tratar de la deficiencia de los beneficios de la Caja de Previsión de los Empleados Particulares, la cual otorga los mismos beneficios que la de los FF. CC. del Estado.

B) CAJAS QUE ATIENDEN LA PREVISION DE LOS EMPLEADOS

La gran mayoría de los empleados imponen en dos instituciones: en la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, los de las empresas Fiscales y de Publicidad, y en la de Previsión de los Empleados Particulares, los de empresas privadas.

El resto de los empleados, cuyo número es reducido, impone en mul-

titud de Cajas de carácter local o profesional. De éstas, y con el objeto de no alargar innecesariamente esta exposición sólo analizaremos la de la Marina Mercante Nacional.

I.—CAJA NACIONAL DE EMPLEADOS PUBLICOS Y PERIODISTAS

Fué creada por el Decreto Ley N.o 454 de 15 de junio de 1925, y se fijó su texto definitivo por D. S. con Fuerza de Ley N.o 1340 bis de 6 de agosto de 1930. Imponen en esta institución alrededor de 42.000 personas. Comprende bajo una misma administración dos Secciones: la de Empleados Públicos; y, la de Periodistas. Cada una de estas Secciones cuenta con recursos económicos propios y está administrada financieramente en forma independiente la una de la otra, teniendo sin embargo sus regímenes de previsión una completa analogía.

Los principales recursos financieros de la Caja son: las imposiciones de los empleados y del Estado ascendentes al 10 y 4 por ciento, respectivamente de los sueldos de cada imponente. En lo referente a los periodistas, el aporte es el 5% del sueldo que impone el empleado y el 5% que impone la respectiva empresa de publicidad.

Es de mencionar también el impuesto sobre apuestas mutuas que entra a acrecentar el patrimonio de la Sección Periodística de esta Caja.

Beneficios que otorga

a) **Jubilación.**—La Caja concede jubilación después de cumplidos 30 años de servicios; en el caso de incapacidad física o intelectual para desempeñar el cargo, o cumplir 65 años de edad, le concede, siempre que el empleado haya cumplido 10 años de servicios. Esta jubilación es igual a tantos treinta avos del sueldo como años de servicios tenga cumplidos el empleado.

Respecto a los periodistas esta jubilación tiene una pequeña variación en cuanto disminuye a 55 años la edad de 65 señalada más arriba.

b) **Cuota mortuoria.**—Consiste en un mes de sueldo que se abona a la familia del imponente, para gastos de funerales.

c) **Seguro de vida.**—Equivale a un año y medio de sueldo, para los empleados; y, los periodistas pueden alcanzar como máximo al doble de la renta anual.

d) **Montepío.**—La Caja concede pensión de montepío a la familia de los imponentes fallecidos que hubieren cumplido más de 10 años de imposiciones. Esta pensión varía entre el 20 y el 50 por ciento del sueldo.

e) **Préstamos a los imponentes.**—Concede préstamos de auxilio e hipotecarios.

f) **Seguro de desgravamen.**—Este seguro es obligatorio para el em-

pleado dentro de ciertas condiciones reglamentarias y facultativo para otros.

g) **Atención médica.**—La Caja dispone de un servicio propio para sus imponentes en las ciudades de Antofagasta, Santiago, Valparaíso y Concepción, destinando el 2% de sus entradas anuales para su mantención. Este servicio médico no es enteramente gratuito, pues el imponente debe pagar una pequeña cantidad para obtener sus beneficios.

Deficiencias en las prestaciones

La Caja no otorga los beneficios indispensables para asegurar una previsión eficiente y equitativa a sus imponentes y sus familias. Carece de:

a) Un seguro de enfermedad completo, ya que el que tiene establecido sólo comprende atención médica para algunas ciudades de la República y todavía con cargo al imponente y no concede subsidios en metálico, si bien los empleados públicos durante su enfermedad están amparados por las disposiciones del Estatuto Administrativo, el cual establece permisos con sueldo o parte de él durante los cuatro primeros meses de enfermedad.

b) Prestaciones farmacéuticas.

c) Atención médica de las familias.

d) Pensión de invalidez completa ya que sólo da derecho a jubilación al empleado que ha cumplido 10 años de imposiciones.

e) Asignación para la familia del empleado en los casos en que por no cumplir el causante con el tiempo de servicios señalado más arriba, no alcance a dejar pensión de montepío a su familia.

II.—CAJA DE PREVISION DE EMPLEADOS PARTICULARES

Por decreto Supremo N.o 857 de 11 de noviembre de 1925 se fijó el texto definitivo del régimen de previsión de los empleados particulares, que consiste en la constitución de un fondo de retiro, a base de imposiciones patronales y de los empleados. El fondo de retiro de la mayor parte de los empleados es administrado por la Caja de Previsión de Empleados Particulares, pudiendo otras instituciones, como Cajas de Previsión de Bancos u otras grandes empresas comerciales, administrar los fondos de retiro de sus empleados.

La Ley 6020 de 1937 amplió este régimen, agregándole una nueva imposición patronal del 8,33% de los sueldos, para cubrir el desahucio por los años de servicios de cada empleado.

El número de imponentes de esta Caja alcanza más o menos a 60.000 empleados.

El patrimonio de la Caja se forma con las imposiciones de empleados y patrones que ya se ha mencionado y que alcanzan a 13,33% del sueldo

que impone el empleador y 6% que impone el empleado. Además hay un fondo de asignación familiar en el cual imponen el 2% el empleado y otra suma igual el empleador; y un fondo de Medicina Preventiva formado por un 1% que impone el patrón.

Beneficios que otorga

Como se ha expresado, esta institución es tan sólo una Caja de Ahorro individual y únicamente acumula fondos de retiro del empleado y le concede préstamos de auxilio y de edificación.

Sin embargo, la situación de los Empleados se ve mejorada por la dictación de disposiciones como la Ley de Medicina Preventiva y las disposiciones del Código del Trabajo, de la Ley N.o 6020 ya referida.

A la luz de estas imposiciones analizaremos los beneficios que actualmente reciben los Empleados Particulares, insistiendo en que éllos no son otorgados por la Caja de Previsión, tal cual está estructurada.

a) **Seguro de enfermedad.**—La Caja no lo proporciona, pero la Ley de Medicina Preventiva establece el examen gratuito de salud y el subsidio de reposo equivalente al sueldo íntegro, para los casos de enfermos en élla contemplados.

El Código del Trabajo, además, obliga al patrón a proporcionar subsidios equivalentes al 100% del sueldo el primer mes; 50% el segundo, y 25% el 3.er y 4.o mes de enfermedad del empleado. También en caso de enfermedad puede el empleado obtener hasta el 50% de su fondo de retiro.

b) **Seguro de invalidez.**—Sólo se concede el reintegro de los fondos de retiro.

c) **Seguro de vejez.**—En la actualidad al cumplir el imponente 30 años de servicios ó 50 de edad, puede solicitar el reintegro total de sus fondos de retiro y de los de indemnización por años de servicios.

d) **Seguro de muerte.**—La família recibe los fondos señalados en la letra anterior.

e) **Cuota mortuoria.**—Se concede un mes de sueldos para gastos de funerales.

Deficiencias en las prestaciones

a) **Seguro de enfermedad.**—Como se ha expresado, no lo proporciona la Caja. Es de toda conveniencia la implantación de un seguro de enfermedad integral, que proporcione al empleado y a sus familias atenciones médicas y farmacéuticas, y complementar los subsidios proporcionados por los patrones de acuerdo con el Código del Trabajo.

b) **Seguro de invalidez.**—Como se ha dicho, sólo existe en forma de devolución de imposiciones, lo cual es anticientífico, por cuanto el inválido queda totalmente desamparado, si tiene pocos años de servicios

y en todo caso el capital que acumula, en la mayor parte de los casos no alcanza a cubrir las necesidades vitales.

c) **Seguro de vejez.**—Merece las observaciones del caso precedente.

d) **Seguro de viudedad y orfandad.**—Como en estos casos la Ley sólo permite el retiro de los fondos acumulados, la viuda y los hijos quedan en la situación anotada respecto a los seguros anteriores.

III.—CAJA DE PREVISION DE LA MARINA MERCANTE

La institución que mejor responde a los principios que en orden a la Previsión anotamos anteriormente, es la Caja de la Marina Mercante, creada el año 1937 por la Ley N.o 6,037.

Ampara a los siguientes empleados:

a) Oficiales y empleados al servicio de Compañías Navieras Nacionales;

b) Empleados chilenos de Compañías o Agencias de navegación o industria marítima nacional o extranjera;

c) Empleados de las instituciones de previsión de estas empresas;

d) Empleados de los sindicatos, cuyo personal es imponente; y

f) Personal de Gobernaciones y Subdelegaciones marítimas que haya servido en la Marina Mercante y que se encontraba en servicio el 30 de abril de 1933.

Se financia con las siguientes entradas:

a) El 10% de sueldos, sobresueldos y demás emolumentos que perciba el personal de empleados y oficiales afiliados;

b) el 5% de los emolumentos de la letra anterior, de cargo de los patrones;

c) la mitad del primer sueldo de los imponentes;

d) la primera diferencia de remuneración mensual en caso de ascenso o aumento de aquélla;

e) el 1|2% del flete bruto que moviliza la marina mercante o extranjera;

f) la devolución de las asignaciones por cesantía que reintegre el asegurado que encuentre empleo;

g) las donaciones que se hagan a la institución;

h) el 24% de las gratificaciones;

i) otros rubros sin mayor importancia que contempla la ley.

Beneficios que otorga

Seguro de invalidez.—Pensión de invalidez después de cinco años de imposiciones.

Seguro de vejez.—Otorga una pensión a los 30 años de servicios y 55 de edad.

En ambas pensiones—de invalidez y de vejez—se garantiza un mí-

nimum de $ 200 mensuales, aumentados en $ 50 por cada hijo menor de 18 años, a cargo de los asegurados.

El monto de estas pensiones es igual a tantos treinta avos del sueldo como años de servicios del asegurado y son incompatibles entre sí.

Retiro de imposiciones.—Tienen derecho los imponentes a la entrega de algunas de las imposiciones que forman su fondo de retiro, en casos especiales.

Montepío.—Concede una pensión a los parientes después de 5 años de imposiciones, equivalente tl 30% del sueldo base (90% de los emolumentos percibidos en los últimos 5 años) aumentada en un 1% por cada año de exceso sobre los cinco referidos.

Cuando el asegurado se somete a examen médico, el derecho nace desde el momento de aceptación del examen y en este caso la pensión es del 26, 27, 28 y 29% respectivamente por los cuatro primeros años de imposición.

Subsidio de enfermedad y prestaciones médicas.—La Caja otorga atenciones de medicina preventiva y curativa. Da subsidios, calculados por día de enfermedad, ascendentes al 25% del sueldo el 2.o mes, al 50% el 3.o, al 75% el 4.o y al 100% el quinto; con lo cual se completan los de cargo patronal que da el Código del Trabajo, obteniendo el imponente sueldo íntegro los 5 meses nombrados.

En ningún caso este subsidio puede ser inferior a $ 300 en el 5.o y 6.o mes ni superior a $ 500 en cualquier mes, para aquellos que ganen más de $ 1.000.

Asignación por cesantía.—Los que no tuvieren derecho a pensión de jubilación o invalidez y tuvieren 5 años de imposiciones, tienen derecho, después de 1 mes de cesantía al 60% del término medio de los sueldos percibidos en los 3 últimos años.

El plazo durante el cual se otorga es de 2 años para los que tengan más de 10 años de imposiciones; de 15 meses para los que tengan más de 5 y menos de 10.

Después de estos plazos, si no encuentra empleo, el imponente recibe el fondo de retiro con deducción de lo percibido por cesantía.

Deficiencias en las prestaciones

Reconociendo que ellas se acercan mucho al mínimum que hemos propugnado, debemos anotar que al otorgar pensiones de invalidez y de vejez en forma algo restrictiva, pues quedan excluídos los que no tienen ciertos años de servicios, no cumple enteramente la función que le corresponde.

Igual observación podemos hacer en lo que se refiere a la falta de atención médica para la familia de los asegurados, y a la pensión de montepío.

C) CAJAS QUE ATIENDEN LA PREVISION DE LOS MIEMBROS DE LAS INSTITUCIONES ARMADAS

La Previsión de los miembros de las instituciones armadas está atendida por dos Cajas: la de Retiro y Montepío de las Fuerzas de la Defensa Nacional, a la cual está afecto el personal del Ejército, Armada y Aviación y la de Previsión de los Carabineros de Chile que comprende a Carabineros, Investigaciones y Gendarmería de Prisiones.

I.—CAJA DE RETIRO Y MONTEPIO DE LAS FUERZAS DE LA DEFENSA NACIONAL

Las Leyes N.os 3029 y 3045 de 1915 crearon esta institución de previsión y fijaron su organización y beneficios. Posteriormente algunas leyes y decretos-leyes han modificado el régimen que las anteriores disposiciones legales acordaban.

El número de imponentes activos de esta institución, alcanza a más o menos 23,000 individuos, a los que hay que agregar más de ocho mil imponentes pasivos, entre pensiones de retiro y montepío.

El descuento equivalente al 8% del sueldo para los miembros en servicio activo y de la pensión, para los pensionados, constituye la imposición de los beneficiados con los servicios de esta Caja. Además, el Estado contribuye con el 75% de las pensiones de retiro y montepío que paga.

Beneficios que otorga

a) **Seguro de invalidez y vejez**. Paga pensiones de tipo variable, según se trate de Oficiales o individuos de tropa. Respecto a los Oficiales, esta pensión es igual al sueldo íntegro, cumplidos treinta y cinco años de servicios y baja en una escala descendente e irregular hasta un 25% del sueldo al enterar diez años de servicios.

Los individuos de tropa tienen un régimen de retiro análogo, con la sola diferencia que se concede sueldo íntegro al que entera 25 ó 30 años, según sea individuo de armas o asimilado.

En lo que se refiere a la invalidez, ésta se concede a los que se inutilizan en actos de servicio, y el monto varía según el grado de inutilidad.

b) **Pensiones de montepío.**—Esta consiste en un 75% de la pensión de retiro de que hubiera gozado el imponente o de la que le hubiera correspondido si hubiere fallecido en servicio activo. Tienen derecho a ella los familiares más cercanos en el orden y condiciones que la Ley determina.

c) **Cuota mortuoria.**—Consiste en un mes de sueldo o pensión de retiro, para gastos de funerales.

d) **Otros beneficios facultativos.**—Se otorgan préstamos de auxilio o hipotecario.

e) **Seguro de enfermedad.** — No atiende estas prestaciones, si bien sus imponentes en servicio activo se encuentran beneficiados por la atención de los servicios médicos de su respectiva Institución Armada y gozan de los beneficios que otorga el Estatuto Administrativo a todos los empleados públicos.

Deficiencias de las prestaciones de la Caja

a) **Seguro de invalidez y vejez.**—La pensión de invalidez se restringe únicamente a la inutilidad producida en acto determinado del servicio.

b) **Seguro de muerte.**—Las familias de los individuos fallecidos antes de cumplir 10 años de servicio, quedan sin ningún beneficio y aún pierden las imposiciones de los causantes.

c) **Seguro de enfermedad.**—La familia de los imponentes no tiene servicio médico y no se proporcionan prestaciones farmacéuticas.

En cuanto a los subsidios en dinero, existe la misma deficiencia anotada respecto a la Caja de Empleados Públicos y Periodistas.

II.—CAJA DE PREVISION DE LOS CARABINEROS DE CHILE

Fué fundada por el Decreto Supremo N.o 3650 de 28 de mayo de 1927 que fusionó las Cajas pertenecientes al Cuerpo de Policía con la Sección de Investigaciones de la Caja de Retiro y Montepío de la Defensa Nacional.

Beneficia al personal de Carabineros, Gendarmería de Prisiones e Investigaciones, que suman más o menos unos 20.000 imponentes activos y más de 3.500 pasivos entre retiros y montepíos.

Los recursos de esta Institución lo constituyen principalmente el 8% del descuento de sueldos y pensiones y el aporte fiscal del 75% de dichas pensiones.

Beneficios que otorga

a) **Seguro de invalidez, vejez y Pensiones de Montepío.**—El personal afecto a esta Caja está sometido a un régimen análogo al de las demás fuerzas armadas en lo que se refiere a pensiones de vejez y montepío, con ligeras variantes en cuanto a los años de servicios necesarios para obtenerla.

b) **Cuota mortuoria.**—Es igual a la que concede la Caja de las Fuerzas de Defensa Nacional.

c) **Seguro de enfermedad.**—El personal afecto, además de go-

zar de los beneficios fiscales de que gozan los miembros de las fuerzas de defensa nacional, tiene derecho a la atención médica propia de la Caja, que se extiende a la mujer, e hijos legítimos y también a los jubilados residentes en Santiago.

Contribuye con el 75% de los gastos de Farmacia, ordenados ya sea por el Servicio Médico de la Caja o por el Servicio Médico de la respectiva Institución Armada. Para hacer frente a estos gastos dedica el 5% de sus ingresos.

d) **Otras prestaciones.**—Concede préstamos de auxilio e hipotecarios.

Deficiencias de los beneficios.

Hacemos extensiva a esta Caja las mismas críticas hechas a los Servicios de la Caja de las Fuerzas de Defensa, aún cuando consignamos con satisfacción la mejor forma como esta institución atiende el seguro de enfermedad con respecto a la anterior.

CONSIDERACIONES DE ORDEN FINANCIERO

a) Caja de Seguro Obligatorio.
b) Caja de Previsión de los Empleados Particulares.
c) Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas.
d) Caja de Previsión de los Carabineros de Chile.
e) Caja de Retiro y Montepío de la Defensa Nacional.
f) Caja de Retiro y Previsión de los FF. CC. del Estado.
g) Caja de Previsión de la Marina Mercante Nacional.

Como hemos expresado, las indicadas bajo las letras a), c), d), e), g) cubren en forma relativamente incompleta los riesgos fundamentales a que está sometido el individuo y su familia en su vida de trabajo; y las indicadas bajo los rubros b) y f), constituyen más bien instituciones de ahorro, que otorgan algunos beneficios facultativos de orden social, especialmente bajo forma de créditos a corto y largo plazo, con fines de auxilio personal inmediato o de compra de propiedades para los imponentes.

Los problemas financieros de estos dos grupos de instituciones, tal como ellas existen en nuestra realidad, son pues fundamentalmente distintos.

Las primeras, otorgan beneficios para los cuales tienen importancia decisiva una serie de factores eventuales, los riesgos — que se miden por determinaciones estadísticas prolijas y complicadas — se otorgan bajo ciertas condiciones reglamentarias de "monto" y "plazo de espera" a individuos indeterminados en un momento dado y que sólo adquieren realidad

porque a su conjunto, se les puede aplicar los principios y deducciones del cálculo de probabilidades y de la estadística matemática.

Son beneficios individualmente inciertos, pero colectivamente encerrados entre límites de valor, cuya determinación corresponde a dicho cálculo y que deben ser tales que su divergencia o desvío no sea demasiado grande, sin lo cual, o bien los fenómenos no están sometidos al azar, condición indispensable de toda estimación de seguros ya sean privados o sociales, o bien dichos cálculos no representan en absoluto la realidad.

El segundo grupo de las instituciones mencionadas otorgan individual y determinadamente a las personas, los beneficios que contemplan en sus leyes. Cada uno obtiene algo previsible de antemano en todos los casos, existiendo para este sistema el absurdo de que el que "menos" necesita porque tiene una capacidad de trabajo mayor, debido a su longevidad y buena salud, es el que obtiene más, porque es el que goza más largo tiempo de los beneficios de la acumulación individual, produciéndose a la inversa, que el individuo que posee menos capacidad de trabajo, por enfermedades y por ende, expuesto al fallecimiento prematuro, es el que acumula menos en beneficio de sí mismo o de su propia familia. Podría pues, este último, llamarse el sistema de la contra-previsión, absolutamente inadmisible, tanto económica como socialmente.

En este segundo grupo de instituciones no hay, por lo general, un problema financiero por resolver, ya que se acumula solamente lo que el tiempo y el número de imponentes permite; no hay, en consecuencia, un problema social por abordar, o sea, transformar ese sistema absurdo en un sistema compatible con la exigencia cada vez más amplia e intensa de la solidaridad. Cabe, sí, mencionar que a su aspecto negativo en cuanto a previsión, viene a agregarse en ellas el grave problema de la desvalorización de las imposiciones acumuladas por individuos que depositan en una cierta moneda, o sea, la unidad monetaria, y retiran posteriormente, muchos años después, sus haberes "nominales" acumulados, que apreciados con ese índice, única medida real de valor, resultan inmensa e injustamente inferiores al sacrificio personal que constantemente se hizo a lo largo de la vida; y especialmente injusto, porque en nada participa para agravar este mal el propio imponente afectado, ya que permanece incapacitado por la ley para impedirlo. Toda la política de inversiones está en manos del Consejo de ese Instituto de Imprevisión.

Muy diferente es el caso de las instituciones de previsión. Completas o incompletas, tienen compromisos determinados legalmente con una población de asegurados. Allí existe siempre un compromiso de la institución que se estima por su valor probable y que es aferente a la totalidad de los asegurados, valor que, como se ha dicho, no puede admitir variaciones mayores que un reducido porcentaje de él. E igualmente también debe existir un valor probable de todos los aportes que el Estado, los patrones a los propios imponentes harán en el futuro, para subvenir

a los gastos que origine continuamente el plan de beneficios fijados en la Ley.

Estos valores probables, pueden calcularse ya sea para un tiempo indefinido de la ley, lo que no se hace casi nunca, o para lo que dura en relaciones con la institución afectada, por ejemplo, la totalidad de los imponentes que existan en el momento de la valuación, es decir, hasta que hayan desaparecido en sus relaciones con la Caja, ya sea como derecho habiente de algún beneficio o causante de él, todas las personas que por cualquiera causa tengan que recibir en el futuro algún beneficio de dicha institución.

Ahora bien, la diferencia entre estos dos valores probables, efectuada en el momento de la avaluación es lo que constituirá en términos financieros el "superávit" o "déficit" actuarial.

Estas diferencias podrán provenir de varias causas:

a) Las primas o imposiciones efectuadas no han sido suficientes (estas imposiciones deficitarias agravarán constantemente el déficit y no habrá otro recurso para reabsorberlo que completarlas en la forma adecuada, tratando al menos de paralizar su crecimiento);

b) La rentabilidad de los capitales acumulados y que representan las reservas matemáticas correspondientes a los beneficios otorgados y por otorgarse, no alcanza a la tasa mínima exigida por los cálculos actuariales;

c) Por haber considerado como un pasivo necesario de cubrir, todos aquellos compromisos que emanando de las leyes de previsión, no tuvieren oportunamente la contrapartida de aportes correspondientes y que constituyen lo que se llama un pasivo transitorio, a veces de apreciable importancia. Demás está decir que no se puede en la mayoría de los casos prescindir de él, ya que envuelve la condición social de poner en funciones la ley para todos los actuales imponentes, que habiendo adquirido un derecho por razones del trabajo, no estuvieran sin embargo sometidos a ningún régimen de previsión.

Se comprende, pues, perfectamente que todo régimen de previsión nazca a la vida social, tarado ya por considerables déficits actuariales. En primer lugar, toda determinación de primas o imposiciones, para una ley nueva, es prácticamente ilusoria. Nos es desconocido el medio biodemográfico en que nos encontramos y sería un círculo vicioso, pretender fijarlas con exactitud, cuando es precisamente la aplicación de dicha ley la que viene a permitirnos conocer estadísticamente el medio social al cual se le aplica.

Como en todo fenómeno económico-social, existe una acción recíproca entre el proceso jurídico que se establece por la ley y las condiciones materiales de vida de los individuos afectados. Determinaciones estadísticas que pudieran efectuarse si fuera posible, antes de la dictación de las leyes de previsión, arrojarían valores muy diferentes a las que darían después de cinco, diez o quince años de su aplicación. Se amplía

considerablemente el campo de aplicación de la ley en la medida que se comprende mejor, en la proporción en que se compenetran más los trabajadores sobre la legitimidad de sus derechos sociales, y perfeccionan así, por su propia acción, no sólo el mecanismo sino el texto mismo de las leyes.

En segundo lugar, la rentabilidad de estos "capitales sociales" no puede alcanzar, en el régimen económico de la producción capitalista, el grado de rentabilidad que alcanzan los capitales privados; y si algo, desde este punto de vista, puede precisamente caracterizar a la actual forma evolutiva de la economía, es la transformación lenta aunque indetenible que se observa, de gran parte de los capitales privados, a causa de los regímenes mismos de previsión, en auténticos capitales sociales. Sólo basta que a estos últimos se les impulse cada vez más a trabajar simplemente como "capitales en el sentido general", para que su plusvalía pueda ser repartida con un sentido ampliamente social, ya que lo que caracteriza y determina a un régimen económico, es la forma de distribución de la plusvalía total.

La rentabilidad de aquellos capitales está, pues, condicionada a una profunda transformación del orden económico general.

Y en tercer lugar, toda ley de previsión, por los medios mismos en que se desarrolla y las razones que impulsan su progreso, se encuentra permanentemente en un régimen transitorio; o sea, en un régimen que exige ampliaciones cada vez más grandes ya que ciertos derechos dan inevitablemente nacimiento a otros.

Así pues todo déficit actuarial tiene solamente una importancia relativa. Mientras a ellos se les conceda un significado estricta y exclusivamente financiero se comete una gran puerilidad. En verdad, ¿qué importancia real, tienen cifras determinadas con cuarenta o cincuenta años de anticipación, en un medio social que cambia constantemente en su triple aspecto: económico, biológico y jurídico?

No interesa pues, su monto absoluto, sino su incremento o decremento. El déficit actuarial, en todo caso — y por eso debe ser tan exacto y minucioso como sea posible ha de constituir uno de los mejores índices sociales que se puede construir técnicamente, para significar el estado general de una población. El debe, pues, conducir a políticas urgentes e inmediatas, ya que ese déficit, antes de constituir uno de orden financiero, significa ya en forma inaparente un déficit más grave de orden biológico de la sociedad. No se puede separar en su análisis al biólogo del matemático sin exponerse a considerables errores de apreciación y de significado, y en consecuencia, debe ser analizado desde el punto de vista de la correlación permanente que debe existir entre los dos tipos de indemnizaciones que ha de otorgar la previsión social: las de orden económico y las de orden biológico. Ellas serán diferentes en los distintos grupos sociales, pero en ningún caso debe olvidarse que la mayor importancia que tenga la indemnización biológica en el grupo de los obre-

ros, por ejemplo, debe superar el límite en que se empiece a menoscabar la indemnización económica mínima necesaria a este grupo de asalariados. Cuando esto tiende a suceder — y es lo que pasa actualmente en el Seguro Obrero — hay que recordar también otro principio fundamental de orden social que nos dice que las prestaciones de orden biológico no pueden ser únicamente obligaciones de las instituciones de previsión, sino que afectan a la responsabilidad total de la nación. Hay, pues, que ir a tomar medidas generales de todo orden, cuando los déficit tiendan a desplazarse desde el orden financiero al orden demográfico.

Estas consideraciones generales permitirán apreciar en su justo valor el estado financiero de la previsión en el país.

La Caja del Seguro Obrero tiene actualmente un déficit actuarial al 30 de junio de 1939 ascendente a $ 549.000.000. Este mismo déficit ascendía al 30 de junio del año anterior, sólo a $ 321.000.000, lo que nos indica un crecimiento a primera vista grave en un año de plazo, de $ 228.000.000.

La ley de la Caja, como se ha expresado en la parte expositiva de este estudio, divide la forma de financiarse los beneficios que ella otorga en dos regímenes distintos. Los de orden médico figuran entre los beneficios financiados a prorrata; los restantes, financiados por un régimen de capitalización. En el hecho, sin embargo, ellos no funcionan separadamente; lo que sucede es que los beneficios a prorrata, es decir, los que podrían llamarse indemnizaciones de orden biológico, superan ya en forma considerable las cuotas que según los principios actuariales estrictos se les debería asignar. A eso, pues, corresponde el incremento — de otra manera inexplicable en un balance actuarial— de ese déficit en el curso del año 1938-39.

Pero ese déficit así constituído, está acusando por sí mismo, que parte considerable de su monto se forma por motivos de orden biológico general, y especialmente por la morbilidad, consecuencias de variadas causas que no es el caso volver a enumerar. La necesidad de su absorción debe, pues conducir a una política sanitaria mucho más eficaz. Si esto puede obtenerse, el déficit determinado no tiene en verdad mayor importancia. Lo que deberá hacerse, no por una combinación técnica de los actuales recursos que fija la ley, ya que son insuficientes, sino por un aumento de ellos que permita mejorar con su gestión gran parte de ese déficit biológico de la población.

En la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, los déficit actuariales ascendían:

Al 30 de junio de 1937 (Sec. Period.) $ 15.772.991. (37).

Al 30 de junio de 1938 (Sec. Emp. Púb.) $ 210.501.778.

Ellos provienen sólo de valuaciones especialmente financieras, ya que estas leyes no contemplan verdaderamente un seguro de enfermedad. Han sido sí, realizados, tomando en lo posible para su cálculo, la expe-

riencia propia de la institución en cuanto a su actual composición demográfica.

En la Caja de Retiro y Montepío de las Fuerzas de la Defensa Nacional, el déficit actuarial ascendía:

Al 31 de diciembre de 1938: $ 137.067.395.

Considerando en este cálculo para determinar la reserva deficitaria, sólo lo que corresponde a la Caja, o sea, el 25% de los beneficios que se pagan a los derechos habientes, se comprende inmediatamente lo que estas cifras significarían si la Caja asumiera la obligación del 100% de los pagos.

De las demás Cajas con un régimen de previsión, no se tienen antecedentes actuariales que permitan formar un juicio sobre las cifras de sus respectivos déficits.

Sin embargo, aunque no todas las cifras dadas corresponden a la misma fecha, y las leyes tienen fijados diversos recursos y beneficios, con una aproximación más o menos suficiente podemos formarnos idea del déficit por cabeza entre la institución obrera y las instituciones mencionadas de los empleados.

Considerando en el Seguro Obrero, la cifra ya indicada de 1.200.000 asegurados más o menos, el déficit por cabeza asciende a unos $ 450 por individuo.

Considerando, por otra parte, para la Caja de Empleados Públicos y Periodistas una población activa y pasiva de unos 45.000 individuos y para la Caja de las Fuerzas de Defensa Nacional más o menos unos 30.000, también entre activos y pasivos, se obtendría un déficit medio por persona de cerca de $ 5.000, teniendo en cuenta sólo el 25% de los beneficios de que ya se ha hablado; es decir, casi 10 (diez veces más que para la población obrera). Esto revela que la población obrera no recibe hoy verdaderamente indemnizaciones económicas compatibles con la realidad social, aunque puede ser que ajustadas a la actual ley, y que en consecuencia, dichas leyes en su conjunto deben someterse a una reforma verdaderamente racional.

El endeudamiento total que este capítulo, o lo que se podría llamar la deuda vitalicia del país, es de acuerdo con estas cifras, cercano tal vez a $ 1.000.000.000, o sea de unos $ 225 por habitante de cualquier edad.

SEGURO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Expuestas ya las modalidades de los Seguros Sociales, estudiaremos las del Seguro contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, destacando también las deficiencias que él tiene.

La creciente necesidad de proteger y cuidar la capacidad de trabajo del obrero, cada vez más amenazada por el considerable desarrollo del

industrialismo y sus conocidos resultados (bajos salarios, mala vivienda, trabajo intensivo y en gran escala) ha originado, en los países de estructuración económica capitalista, el establecimiento de los seguros sociales que ya hemos estudiado y junto con ellos, el Seguro de Accidentes del Trabajo.

En Chile, la primera disposición legislativa sobre Accidentes del Trabajo, fué la Ley 3,170 de fecha 27 de diciembre de 1916, que consultaba sólo parcialmente la doctrina del riesgo profesional, por lo que tuvo un campo de aplicación muy reducido y no pasó de ser una manifestación de buena voluntad.

Ella contemplaba como instituciones aseguradoras, a sociedades chilenas de seguro con suficiente garantía y asociaciones mutuas patronales. Excluía entre los accidentes reparables a los ocasionados por culpa grave de la víctima y entregaba su determinación a la justicia ordinaria.

El 8 de septiembre de 1924, se dictó la Ley 4055, que modificó la anterior, estableciendo la doctrina del riesgo profesional en forma mas completa y esta Ley se encuentra vigente con algunas modificaciones introducidas por los Decretos N.os 379, 238, 265, 1123, 1165, etc.

La Ley en referencia, contempla, además del riesgo de accidentes del trabajo, el de las enfermedades profesionales y agrega a las sociedades a prima fijas y mutualidades patronales, que eran las únicas instituciones aseguradoras, la Caja Nacional de Ahorros. Por otra parte, ella mantiene el sistema facultativo de seguro.

Las condiciones en que se desenvuelve este seguro, que cubre un riesgo de trascendencia social y público como es el de accidentes del trabajo, importa un inexplicable estado de cosas, ya que la reparación del riesgo que en mayor proporción y gravedad afecta a la capacidad de trabajo del obrero, ya sea en forma súbita (accidente) o más lenta, ocasionada por productos nocivos industriales (enfermedad profesional), se encuentra en manos de entidades comerciales que participan de las características que se expresan a continuación:

1.° Tienen una finalidad mercantil o de lucro, pues sus utilidades están destinadas a incrementar haberes particulares;

2.° La prevención en los accidentes y enfermedades del trabajo no existe, o de existir se supedita al fin comercial de la empresa;

3.° La protección del trabajo contra estos riesgos no puede ser sistemática ni organizada;

4.° La entidad comercial particular de Seguros no tiene mayor interés en la reeducación y recuperación de los accidentados.

5.o Las indemnizaciones se calculan sobre el salario anual del accidentado, el cual se presume no puede ser inferior a novecientos ni superior a tres mil seiscientos pesos al año.

6.° La incapacidad temporal se indemniza con un máximo de un mil ochocientos pesos, en caso de que tenga un año de duración, y la incapacidad permanente se indemniza con un máximo de siete mil doscientos pe-

sos, de una vez, y ésto solamente en los casos excepcionales en que llega a ser total.

Es decir, que un obrero accidentado, en el mejor de los casos, debe satisfacer sus necesidades personales y las de su núcleo familiar con la suma irrisoria de seis pesos diarios, durante un año o con un total de siete mil doscientos pesos para toda su vida, en el caso de la invalidez absoluta. Y si ésta es la situación del obrero, se comprenderá cuánto más injusta y precaria es la de los aprendices, quienes, por su calidad de tales, que los hace ser inhábiles en el manejo de los instrumentos de trabajo, están más expuestos a los riesgos de accidentes y sólo son indemnizados de acuerdo con sus salarios ínfimos.

Se ve, por estas cifras, que el monto de las indemnizaciones es bajísimo, cubre el riesgo sólo en una mínima parte, y no cumple la finalidad social que le corresponde a una ley de esta naturaleza.

Nos permitimos recordar que el salario vital individual, ha sido calculado en $ 16.37 al día.

Y es así, que tomando en consideración las razones anteriormente apuntadas y recurriendo a las deficientes estadísticas de que disponemos, exhibimos los siguientes resultados:

A fines del año 1938, las principales compañías daban como cifras máximas de obreros asegurados (trabajo del Dr. de Viado), las siguientes:

Compañía	N.º de Obreros	% sobre el total
Sección Accidentes del Trabajo de la Caja Nacional de Ahorros	262.581	65.90 %
Compañía la Industrial	98.500	24.71
Compañía Sol de Chile	24.863	6.23
Asociación Patronal Chilena del Trabajo (En liquidación)	8.468	2.15
Compañía "La Colon"	4.040	1.01
TOTAL	398.452	100.00 %

El número de personas expuestas a los diversos riesgos se puede estimar en un promedio de 1.430.000.

Por lo tanto, están asegurados contra el riesgo de accidente en el trabajo, sólo el 27,8% de los trabajadores que deberían estarlo. El 72.2% restante no está protegido.

En cuanto al número de accidentes producidos, los datos de la Inspección General del Trabajo en los años que se indican, arrojan las siguientes cifras:

	1935	1936	1937	1938
Tarapacá	3.057	2.306	2.608	2.587
Antofagasta	5.418	5.872	6.435	5.086
Atacama	749	1.741	707	3.260
Coquimbo	877	2.104	842	707
Aconcagua-Valpso.	6.589	6.122	9.683	3.731
Santiago	18.323	15.094	15.944	14.508
O'Higgins	773	249	1.699	993
Colchagua	773	785	1.023	752
Curico-Talca	769	1.709	1.407	1.094
Linares-Maule	495	963	1.341	759
Ñuble	308	320	569	492
Concepción Arauco	4.540	3.869	6.260	6.053
Bío-Bío	415	1.046	580	630
Cautín-Malleco	1.690	1.890	1.398	1.859
Valdivia	3.152	3.787	4.518	4.249
Llanquihue-Chiloé-Aysén	646	635	797	708
Magallanes	463	482	441	630
Total República	49.037	48.974	56.252	48.098

Según estas cifras tendríamos en estos cuatro años un total de 202.361 obreros accidentados, o sea, más o menos 50.590 por año.

Sobre el total de 48.098 obreros accidentados en el año 1938, las diversas compañías, con excepción de la Asociación Patronal Chilena del Trabajo, han atendido los siguientes:

Compañía	N.° de Obreros accidentados	% sobre el total atendido por las Compañías
Sec. Accidentes del Trabajo	31.161	78.1
La industrial	6.153	15.4
Sol de Chile	2.296	5.8
Colón	276	0.7
Total	39.886	100.0 %

BIBLIOTECA NACIONAL
SECCIÓN CHILENA

Estos datos permiten concluir:

a) Que del total de 398.452 asegurados, se accidentaron, pues en 1938, 48.098, es decir el 12.7%.

b) Que el 83% de los obreros accidentados en el mismo año, fué atendido por las diversas Compañías de Seguros y solamente el 17% restante lo fué directamente por el empleador.

c) Que de la totalidad de atendidos por las Compañías, el 78.1% lo fué por la Sección Accidentes de la Caja Nacional de Ahorros.

Proyectando estos datos y antecedentes en la cantidad enorme de

personas no aseguradas (más de un millón) y aplicando los mismos porcentajes que presentan los asegurados controlados, se llega a un promedio por año de 198.156 accidentados.

De acuerdo con cálculos que fueron efectuados por la Sección de Accidentes del Trabajo de la Caja Nacional de Ahorros y que aparecen en la obra titulada "Seguro Social Contra el riesgo de Accidente del Trabajo" cuyo autor es el señor Julio Figueroa, **en Chile cada 5 minutos y 7 segundos ocurre un accidente del trabajo; cada 5 minutos y 9 segundos se inutiliza un obrero; cada 2 horas, 21 minutos y 28 segundos muere un trabajador y cada segundo se pierde en Chile un peso treinta centavos por capítulo de accidentes del trabajo.**

Si se compara proporcionalmente, de acuerdo con las poblaciones respectivas, lo que ocurre en Estados Unidos y en Chile se vé que en el primero de los nombrados, muere 1 obrero por accidente de trabajo por cada 7.200 habitantes; en el segundo hay 1 obrero muerto por cada 3.400 habitantes, lo que arroja para nuestro país un número catastrófico de accidentados, igual al que se produce en Estados Unidos por cada 9 millones de habitantes. Y hay que tomar en cuenta que el desarrollo de la industria Norteamericana, determina que el número proporcional de trabajadores con relación al total de la población, sea muy superior al de Chile y por lo tanto, también muy superior al de individuos expuestos a accidente del trabajo.

Si se aprecia que el costo medio por accidente es de $ 400.— tenemos un gasto que llega a los 58 millones de pesos para los no asegurados.

Es oportuno señalar, también, en lo que se refiere a cálculos sobre el costo indirecto del Seguro de Accidente de cargo patronal, que en una encuesta realizada en Estados Unidos sobre 5 mil casos concretos de accidentes, ese costo fué avaluado en cuatro veces la suma pagada a título de indemnización.

Partiendo de los datos y cifras señalados en los párrafos anteriores y aplicando el mismo criterio de cálculo de Estados Unidos, llegamos al resultado **de que la industria chilena deja de ganar, como costo indirecto provocado por accidentes del trabajo la suma de 240 millones pesos por año.**

Los antecedentes expuestos son más que suficientes para establecer la conclusión categórica de que el Seguro de Accidentes del Trabajo se desenvuelve en Chile no solo en las condiciones deficientes de los demás seguros sociales que ya hemos expuesto en otros capítulos, sino que se encuentra en condición desmedrada con respecto a ellos y que en consecuencia, no cumple con los más elementales requisitos que el criterio de previsión moderno exige para estos riesgos.

LEY DE MEDICINA PREVENTIVA

Hemos expresado ya en el curso de este trabajo que la salud depende directamente de los factores económico-sociales, del medio ambiente.

Su equilibrio se mantiene mediante la armónica relación de tres factores:

A.—Un estado económico individual, suficiente para el desarrollo biológico normal.

B.—Buen estado sanitario ambiental.

3.—Existencia de los medios técnicos necesarios para la conservación de la salud o su reintegración, una vez perdida.

La Ley 6174 de Medicina Preventiva — y que tiene por objeto descubrir precozmente algunas enfermedades crónicas, cuando todavía hay posibilidades de curación — debe ser considerada como un buen medio técnico de lucha, aunque con las limitaciones que más adelante analizaremos.

En efecto, esta Ley introduce algunos principios fundamentales que deben estar en la base de toda acción médica organizada:

a) El examen sistemático de salud, obligatorio y periódico que permite descubrir en el individuo en apariencia sano, el comienzo de una enfermedad inaparente o ignorada por su portador.

El tratamiento precoz da al individuo enfermo grandes posibilidades de recuperación, tanto mayores cuanto más temprano ha sido el descubrimiento de la afección. La economía nacional resulta beneficiada con el trabajo que el recuperado aporta, con la disminución de la carga que significan los invalidados para la producción activa; y el tratamiento precoz hace que los gastos que él demanda sean necesariamente menores.

Por otra parte, el examen de salud sistemático permite ir estableciendo la realidad estadística chilena, hecho de gran valor actual y futuro.

b) La Ley 6174 introduce en nuestra legislación del trabajo algunos conceptos nuevos. Concede el salario íntegro por tiempo indefinido al obrero o empleado que se acoja a sus beneficios, siempre que ofrezca posibilidades de recuperación.

El derecho de gozar de estos beneficios se hace irrenunciable por determinación de la ley, con el objeto de proteger al afectado de las presiones patronales para eludir sus obligaciones.

Los subsidios, que de acuerdo con la Ley 4054 cubren el riesgo de enfermedad, son ínfimos, según lo semos expuesto en el capítulo respectivo y sólo se otorgan por 26 semanas prorrogables por gracia.

El empleado ahora es auxiliado durante 4 meses pero también en la escala decreciente ya indicada anteriormente.

En el Código del Trabajo, el obrero no tiene ninguna protección en cuanto a la conservación de su puesto si la enfermedad lo obliga a aban-

donarlo. La Ley 6174 determina que sea protegido durante 4 meses si ha trabajado más de un año para el mismo empleador; solamente un mes si lleva más de 6 meses y no goza de ninguna protección cuando ocupa el empleo por un tiempo menor que el indicado.

El hecho de que nuestra legislación no protegía al trabajador ante la causa fortuíta de la enfermedad, ha sido corroborada por diversos dictámenes de la Inspección General del Trabajo y por sentencias de los tribunales correspondientes.

La Ley 6174 contempla este problema e impide al patrón que despida a su obrero o empleado desde el momento en que éste se acoje a sus beneficios, sin considerar el tiempo trabajado.

c) El tratamiento antiluético es declarado gratuíto y obligatorio para los imponentes de las Cajas de Previsión que en el examen de salud resultaren enfermos.

Expuesto el aspecto de beneficios de esta ley entraremos ahora a analizar sus deficiencias.

No se puede denominarla con exactitud Ley de Medicina Preventiva, por cuanto el concepto científico de esta denominación involucra la atención integral de la salud. Una verdadera medicina preventiva debe comprender a todos los individuos desde su gestación a su fallecimiento y la Ley 6174 se refiere únicamente a los imponentes activos de las Instituciones de Previsión, quedando fuera de sus beneficios los imponentes pasivos y los individuos que no imponen en Caja alguna. No considera así mismo los factores salario e higiene ambiental, cuya importancia señalamos.

Además, colocándose fuera del concepto amplio de la previsión de las enfermedades, la Ley se preocupa solamente de determinados tipos de afecciones crónicas, quedando al margen de su atención las personas afectadas por cualquiera otra. En efecto, sólo se aplica a los tuberculosos, a los luéticos y a los cardio-vasculares. Es urgente extender su acción a las enfermedades profesionales y a todas aquellas otras que puedan producir incapacidad como el reumatismo y algunas nefropatías.

Deben incluíse también en los beneficios que concede esta Ley a las madres que por alguna enfermedad o un trastorno durante el embarazo, quedan incapacitadas para el trabajo, relacionando sus disposiciones con las respectivas de la Ley 4054.

Es indispensable ampliar los tratamientos a los familiares del enfermo, ya que en su forma actual la Ley no contempla la eliminación del foco de enfermedades.

Las modalidades que rigen los contratos de trabajo, han determinado que en la mayoría de los casos, los individuos sometidos a reposo en virtud de la Ley, son despedidos al regresar al empleo, ya sea por temor al contagio o por suponer disminuída su capacidad de trabajo. Esto está en vías de remediarse, debido a un proyecto de ley presentado por el Diputado Dr. Raúl Morales Beltramí, en el cual se prohibe el

desahucio de un asalariado que se encuentre en el caso antes dicho, dentro de cierto plazo.

Por otra parte, los empleadores han creado frente a la ley, un arma de defensa. Los servicios médicos contratados y mantenidos por éstos, se preocupan de eliminar al enfermo o candidato a enfermo en los momentos mismos en que buscan trabajo; y como requisito previo a cualquier contrato que han de celebrar con los empleadores, está el examen médico de admisión. Ha aparecido así una cesantía, la más peligrosa de todas, la del enfermo o candidato a enfermo, indigente y huérfano de todo recurso para subvenir a sus necesidades orgánicas y aumentadas por las propias de su enfermedad.

La atención del cardiópata no está inspirada por un exacto criterio de previsión. No se ha eliminado, a pesar de la buena intención del legislador, el aspecto curativo de la ayuda que se dá. La pesquisa del cardiópata incipiente no se resuelve con tratamiento médico y con reposo de escasa duración. Mucho menos, la labor puede quedar circunscrita a la simple atención de policlínico y control periódico por intermedio de una visitadora social durante el tiempo que el cardíaco hace reposo en su casa.

Hay que tomar en cuenta que el más alto porcentaje de las cardiopatías las debemos a una enfermedad degenerativa que irrumpe en la vida de los trabajadores cuando ya llevan largos años de disciplina profesional. Nos referimos a la arterio-esclerosis que, con un cuarenta por ciento, contribuye a generar enfermedades del corazón. No es fácil ni sencillo, después del fracaso del reposo y del tratamiento médico correspondiente, decirle a estos trabajadores que cambien de orientación profesional y que busquen faenas livianas. Recordemos que ellos, si su invalidez no es absoluta y permanente, no encontrarán, en este trance, ayuda por parte de las instituciones de previsión que dicen protegerles.

Los empleados, cuando contraen una tuberculosis o son víctimas de una enfermedad cardíaca incurable y funcionalmente irrecuperable, han de recurrir a la respectiva jubilación, que por enfermedad, les acuerdan sus respectivas Cajas. Pero si teóricamente, así expuesto el problema, la solución es aceptable, en la práctica constituye un rotundo fracaso, por cuanto el monto de la jubilación no se calcula, como ya lo expresamos en el capítulo correspondiente, a base de las exigencias vitales mínimas del imponente, sino que en relación con las imposiciones individuales.

Por último, debe procederse a establecer una relación estrecha entre los organismos encargados de la aplicación de la Ley con los servicios asistenciales, para que éstos se encarguen del aislamiento obligatorio de los tuberculosos no recuperados (Grado 3) que actualmente quedan al margen de sus beneficios constituyendo por igual un foco de infección y una carga familiar.

El tratamiento obligatorio establecido únicamente para la sífilis debería extenderse a todas las otras afecciones.

Se hace notar que aun no se hayan creado los organismos auxiliares o complementarios, indispensables para el buen funcionamiento de le Ley 6174, tales como casas de reposo, institutos de reeducación y readaptación, bolsa de trabajo. Por lo tanto para que pueda surtir sus efectos es indispensable fundar este tipo de organismos en forma sistemática.

CRITICA DE CONJUNTO A LA LABOR DE LOS SERVICIOS MEDICOS.

Realizado en capítulos anteriores, en forma aislada, el análisis de la labor de nuestra principales instituciones sanitario asistenciales, pasamos ahora a dar una mirada a su acción médica en conjunto.

La defensa de la salud es efectuada por organismos que se han formado en épocas diversas, con criterios muy diferentes y que se han desarrollado ignorandose, de manera que, en muchas ocasiones, se evidencia en sus actividades un espíritu de rivalidad o por lo menos de ausencia de cooperación.

Decíamos, a nombre de la Asociación Médica de Valparaíso, el año 1937:

"La tradición, los hábitos inveterados, el temor de las innovaciones profundas y en no pequeña parte los intereses creados, mantienen a cuatro grandes organizaciones aferradas a principios arcaicos haciendo la misma lucha contra la enfermedad y tratando de mejorar las condiciones higiénicas del medio ambiente desde cuatro puntos aislados; todas autónomas, en su mayoría excesivamente individualistas y con arrestos medioevales en sus dominios".

Hoy podemos, por desgracia afirmar, lo mismo, casi con igual exactitud.

Las actividades sanitarias están entregadas a la Sanidad Fiscal y a las Municipalidades. La primera permanece estagnada, sumida en montañas de papel, sin recursos económicos, sin material ni personal adecuados estando, por estas causas, imposibilitada para cumplir en buena forma su labor específica. La Sanidad Municipal, en manos de 218 Municipalidades, es manejada con un criterio caciquista y electoral, que en este caso reemplaza al técnico. Su dispersión determina su absoluta esterilidad.

Entre ambas, la Sanidad Fiscal, Estado Mayor sin soldados y Sani-

dad Municipal, inconexa y falta de técnica, consumen anualmente alrededor de 25 millones de pesos.

En su deseo de mejorar los servicios, la Sanidad, en lucha contra la incomprensión ambiente y paralizada por la falta de claridad y de visión de antiguas Direcciones Generales, ha procurado aumentar la órbita de sus actividades, creando dispensarios mal dotados, cuyo personal carece a menudo de formación sanitaria correcta. En estas condiciones la obra realizada resulta trunca y, en último término, de efectos mínimos que no corresponden en ningún caso a lo que el país requiere con urgencia.

La labor Asistencial está entregada fundamentalmente a la Beneficencia Pública, que desde 1924, bajo la influencia del Dr. Alejandro del Río, sobre todo, toma el carácter de Asistencia Social.

Año por año el presupuesto de la Beneficencia ha ido creciendo y en realidad puede absorver todos los recursos que se pongan a su disposición, porque su acción no es preventiva y viene a ejercitarse cuando la enfermedad ha dañado gravemente al organismo humano y la reparación es problemática y en todo caso larga y costosa.

Además, a pesar del progreso en su organización y técnica, las formas de trabajo en nuestros hospitales conservan muchos rastros profundos de antiguas concepciones sobre la hospitalización, que limitan seriamente su rendimiento. Entre ellas, sin pretensiones de agotar el problema, insistimos de nuevo en el horario de trabajo, únicamente matinal, que reduce a la mitad por lo menos, el aprovechamiento del cuantioso material técnico acumulado y que abandona a los enfermos durante la mayor parte del día al cuidado de un personal no médico, ya que el personal de guardia es siempre mínimo. El trabajo del hospital está caracterizado, pues, por una lentitud que, en nuestra pobreza de recursos y con nuestras altas cifras de morbilidad es profundamente perturbadora e inconveniente.

Hay además otro aspecto en el cual la organización del trabajo hospitalario es anticuada y sin relación con las necesidades ambientes. Nos referimos a la distribución de las camas en los diferentes rubros de la patología, hecha en tal forma, que la estada media del enfermo resulta muy prolongada y en muchas partes aproxima el hospital al Asilo.

Para una buena atención médica, la unidad cama-enfermo es un punto cuya consideración es esencial, ya se trate de prevenir o de curar: la observación clínica del sospechoso o del enfermo incipiente, el aislamiento de los contagiosos, la readaptación del inválido temporal son indispensables y sólo posibles de hacerse en organismos hospitalarios.

La mezcla en una misma sala de enfermos agudos y crónicos que muchas veces se eternizan, es otro de los inconvenientes del actual sistema que dificulta la buena utilización de las camas existentes.

Debemos referirnos, también, a las instituciones de Beneficencia privada cuya acción se ejercita en la forma más heterogénea y que

reciben subvenciones fiscales que en total llegan a cerca de $ 5.000.000. No es posible desconocer la buena voluntad y el interés que ponen en su labor de ayuda, pero por su extructura, su falta de técnica y su dispersión constituyen finalmente una forma anti económica e inconveniente de auxilio y de asistencia social.

En cuanto a los servicios médicos de organismos de Previsión se destaca, en primer lugar, el de la Caja de Seguro Obrero.

El desarrollo, que ha ido tomando en el curso de pocos años y el número de imponentes afectos a él hace de éste el más digno de estudio y consideración. A su cargo está el cuidado de la salud de más de un millón de asegurados.

Guardando relación con los postulados de la medicina moderna, en estos servicios, el concepto del trabajo médico practicado por un profesional aislado, ha sido definitivamente reemplazado por el concepto del trabajo en equipo, en el que varios profesionales de distintas especialidades aportan cada uno sus conocimientos especializados.

En la nueva organización, la medicina se hace en colaboración, se ejerce sobre un menor número de pacientes, se hace un mayor uso de los métodos de investigación científica y, por último, se comienza a dar a la medicina preventiva la importancia que tiene, no solo para la salud de los asegurados, sino para el futuro económico social de la Institución aseguradora.

Muchos defectos conserva todavía la atención médica que reciben los asegurados y ello proviene de la comprensión insuficiente de los conceptos modernos de medicina de la previsión y de la falta de recursos necesarios para atender la altísima morbilidad provocada por las condiciones económico sociales del país, a pesar de que ya se invierten más de cien millones de pesos.

El defecto más notorio y evidente de la organización de los servicios médicos de la República es el que se deriva de su falta de coordinación. Esta trae como consecuencia obligada un menor rendimiento y un mayor gasto.

La incoordinación que existe entre los servicios de la Beneficencia y los otros servicios asistenciales del país, hace que el enfermo deba ser examinado en el hospital con prescindencia absoluta de los reconocimientos y terapéuticas a que haya pedido estar sometido en otros servicios; tal es el caso del obrero asegurado que debe hospitalizarse.

La falta de una estadística y de un fichero central hace que las historias clínicas deban confeccionarse varias veces, así como deben repetirse sin provecho y con pérdidas de tiempo y de dinero los exámenes de laboratorio, rayos X, etc.

En el caso de un luético, por ej., el enfermo deambulará del policlínico del Seguro al de la Dirección General de Sanidad o Municipal para llegar un día al hospital sin que los diversos médicos a quienes les ha tocado

atenderlo puedan tener una información precisa del desarrollo de la afección y del tratamiento. Justamente para estos enfermos en los que la continuidad terapéutica es decisiva, la anarquía en la organización médica de nuestro país tiene graves consecuencias. Debemos destacar también la situación de aquellos que indistintamente pretenden, en vano, ser atendidos en los servicios del Seguro Obrero o en los de Accidentes del Trabajo y que son rechazados bajo el pretexto de que no les corresponde hacerlo; y de aquellos otros que quedan al margen de los beneficios de la Medicina Preventiva y que no reciben oportunamente las atenciones de otros servicios.

Ahora en el terreno de los planes de construcciones que se han llevado a cabo, ¿qué decir del derroche que significa?

No ha dejado de ocurrir que donde la Caja de Seguro instala una Posta, la Beneficencia construye una Casa de Socorro y la Dirección General de Sanidad arrienda una pieza. A los gastos dobles o triples que representan las construcciones se suman los gastos de habilitación, menajes, laboratorios etc., gastos torpes y absurdos, que finalmente requieren un mayor personal pésimamente rentado.

En numerosas oportunidades el asegurado a quien el médico de la Caja le ha ordenado hospitalizarse se ve rechazado en la puerta del hospital, después de horas o días de espera, por no haber camas disponibles. El conocimiento de las posibilidades de hospitalización permitiría limitar el número de papeletas de acuerdo con ellos, seleccionando los casos más urgentes.

En resumen, la situación desorganizada actual, la incoordinación implica un derroche de dinero y una mala o, por lo menos, deficiente atención de los enfermos y un aprovechamiento reducido de los medios de lucha.

IMPORTACION, DISTRIBUCION Y PRODUCCION DE LOS MEDICAMENTOS.

Al considerar el abastecimiento, la fabricación y distribución de medicamentos en el país, se revela que gran parte de los que se consumen son de elaboración extranjera, tanto en lo que se refiere al capítulo de las Especialidades Farmacéuticas, como a las drogas y accesorios para la medicina.

Veinticuatro firmas controlan la totalidad de las importaciones de artículos medicinales, proveyéndose de un 70% en el comercio alemán. El resto corresponde a importaciones inglesas, francesas, suizas, norteamericanas, etc. La apreciación anterior está fundada en el análisis de las importaciones efectuadas hasta el 31 de Octubre del presente año. En el futuro, dada la situación anormal existente, con motivo de la guerra europea, variarán las fuentes de aprovisionamiento en relación con las posibilidades de venta de los diferentes países. Lo que probablemente va de traer un alza en los precios de estos productos.

El capital global con que giran las diversas casas importadoras de medicamentos, alcanza a una suma cercana a los 60 millones de pesos.

No podemos dar la cifra exacta, ya que el monto de los capitales que declaran los diversos importadores, no pueden tomarse como un dato cierto, pues, se presentan -casos -inconcebibles, entre los cuales está el de una de las principales firmas importadoras de especialidades farmacéuticas que, teniendo una venta anual cercana a 20 millones de pesos, declara en nuestro país un capital de sólo $ 75.000. Y en los procedimientos usados existen a veces, irregularidades aún mayores de parte de algunas de estas casas importadoras, que, para burlar los legítimos intereses de sus empleados "nativos", y disminuír sus utilidades, facturan las mercaderías en la casa matriz extranjera, una vez calculado el precio de venta en Chile, considerando en este precio los gastos generales de la sucursal y una buena ganancia. En esta forma saldan sus balan-

ces con pérdidas u obtienen utilidades insignificantes en relación con el monto de sus ventas y también, burlan al control de cambios.

Damos a continuación un detalle, del volumen en nuestra moneda, de las exportaciones e importaciones de los diferentes artículos destinados al uso farmacéutico o químico, que corresponde al movimiento durante los años que se indican:

	1936	
Drogas	$	4.945.932.75
Especialidades		4.724.388.35
Industrias		2.773.451.55
Accesorios		657.128.80
Gastos		383.520.45
Exportaciones		42.572.60
	1937	
Drogas	$	10.503.967.00
Especialidades		15.188.660.70
Industrias		5.085.000.40
Accesorios		1.733.062.85
Gastos		851.708.90
Exportaciones		330.031.25
	1938	
Drogas	$	10.784.169.50
Especialidades		13.374.441.10
Industrias		5.014.426.15
Accesorios		1.284.043.80
Gastos		825.345.45
Exportaciones		134.596.80
	1939 (Enero-Octubre)	
Drogas	$	8.294.167.30
Especialidades		10.633.923.60
Industrias		3.709.970.95
Accesorios		654.556.20
Gastos		744.590.65
Exportaciones		34.541.70

Estas cifras están calculadas de acuerdo a las cotizaciones del cambio oficial fijado por el Banco Central).

DISTRIBUCION DE LOS MEDICAMENTOS

La distribución de los medicamentos se efectúa por intermedio de 4 ó 5 firmas de gran capital y, por pequeños mayoristas que venden a las farmacias los productos importados directamente o que los adquieren a los agentes extranjeros en el país. Esta distribución se hace a 1320 farmacias que son en su mayoría pequeñas, y que llevan una vida no muy próspera por su excesivo número.

Puede estimarse según cálculos prudenciales en 40 millones de pesos el monto total del capital con que giran estas farmacias.

INTERVENCION DEL ESTADO EN LA DISTRIBUCION Y FIJACION DEL PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS

La Comisión de Control de Precios de las Drogas y Productos Farmacéuticos, dependiente del Ministerio de Salubridad, y que se rige por las disposiciones del Decreto Ley N.o 520 de 30 de agosto de 1932, tuvo muy poca labor y desarrolló una insignificante acción, hasta el advenimiento del Frente Popular al Gobierno.

El Ministerio de Salubridad ha dado a este organismo el instrumento legal para actuar en forma efectiva en beneficio del pueblo, por medio del Decreto N.° 175 que fijó el Reglamento por el que se rige, como asimismo por los Decretos accesorios N.o 321 y N.o 642, que fijaron los porcentajes de utilidades máximas y que, dispusieron que las firmas deben distribuír directamente sus productos a las farmacias. Con esta medida, es posible una rebaja en el precio de los medicamentos, reduciendo el capítulo de utilidades que antes correspondía a los intermediadiarios, y que hoy beneficia al público.

Nuestra Ley de Marcas Comerciales, permite a quien lo desee, dar el nombre que se estime conveniente a una substancia cualquiera, a veces sin relación con su composición química y atribuyéndole con frecuencia cualidades imaginarias.

Vemos asi, que medicamentos de uso corriente son expedidos bajo nombres distintos, creando en el enfermo la ilusión de que se trata de un medicamento nuevo, de algo que él aun no ha ensayado. Estas llamadas especialidades o medicamentos de nombres registrados, se venden en el comercio a precios exorbitantes; se destinan a su propaganda sumas enormes; sus envases y presentación son lujosos. Se trata en verdad de una explotación comercial, y se especula, en suma, con la credulidad de los pacientes.

Así, por ejemplo, encontramos para una droga de importante acción

en las enfermedades infecciosas, la sulfanilamida, los diferentes nombres y precios que se indican.

PRONTOSIL	$ 26.95
GOMBARDOL	20.80
SEPTAZINA	21.60
ASEPTIL	18.—
INTERSIL	13.—
ACETILINA	6.65

Todos estos productos, que a los ojos del público aparecen con nombres diferentes, corresponden, en verdad, a un mismo medicamento que se vende en un envase parecido y que contiene 20 tabletas de 0.50 gramos de Sulfanilamida.

Desgraciadamente, el público tiene predilección por los nombres de fantasía, gusta de una presentación suntuaria y favorece a los comerciantes que explotan estas debilidades.

PRODUCCION NACIONAL

Nuestra industria Químico-Farmacéutica es pequeña, no obstante que la mayoría de sus productos es de calidad igual a los buenos extranjeros. Pero, la cantidad de éllos en relación con el consumo, no alcanza en muchos de sus renglones a satisfacer nuestras necesidades.

En el país existen 140 laboratorios, de los cuales algunos se dedican a la producción de drogas, aunque en pequeña escala; la mayoría fabrica especialisdades farmacéuticas.

De este crecido número de Laboratorios sólo una media docena es de importancia, en cuanto al volúmen de producción; entre ellos, dos son de caracter semi-fiscal: el Instituto Bacteriológico y el Laboratorio Chile.

De los laboratorios particulares, se destacan entre otros, los siguientes:

Laboratorio "18", Instituto Médico-Técnico Sanitas, Laboratorio Geka, Laboratorio Sanino, Laboratorio Larraguibel y Zemelmann, etc. etc.

Se puede calcular en 45 millones el monto global con que giran los laboratorios particulares.

ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

En los Registros de Especialidades Farmacéuticas de la Dirección General de Sanidad figuran alrededor de 3000 productos, que corresponden, en realidad, a sólo 600 especialidades, pues de cada uno de ellos

existen numerosos similares, tanto nacionales como extranjeros.

La denominación que se da a estas diversas especialidades farmacéuticas, constituye de por sí un grave problema que día a día se agudiza.

La Oficina de Control de Precios de las Drogas y Productos Farmacéuticos, ha fijado los precios máximos de venta de igual cantidad, de especialidades, tomando en cuenta los legítimos intereses de todos los afectados: fabricantes, importadores, envasadores, minoristas y público.

Estas medidas, como sucede siempre con todas aquellas que van contra los intereses creados, han tenido un gran número de impugnadores que solo defienden sus mezquinos propósitos de lucro, sin tomar en cuenta que con ello perjudican a los innumerables compradores, y muy especialmente a nuestras clases trabajadoras, que con sus escasos salarios no pueden atender las necesidades de sus familiares, ya que estos no gozan de prestaciones médico-farmacéuticas en las Cajas de Previsión.

Por estas razones el Ministerio de Salubridad, en resguardo de la salud pública, ha tomado severas medidas para evitar el alza de los precios de los medicamentos en este época anormal, de guerra europea y ha controlado e impedido, hasta donde le ha sido posible, el acaparamiento y alzas de precios.

PROPAGANDA DE LAS ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

Otro de los problemas abordados en relación con las especialidades farmacéuticas, es el que se refiere a la propaganda desmedida y charlatanesca dirigida a atribuir cualidades y virtudes curativas que estan muy lejos de ser reales.

Este Ministerio, dada la gravedad que encierra para la salud pública esta práctica deshonesta, adoptada por algunos fabricantes e importadores de especialidades farmacéuticas (que el público consume dando fé a las "reclames" exajeradas y que han causado en muchas ocasiones daños irreparables a los pacientes, por estar contraindicado su uso) ofició a la Dirección General de Sanidad haciendo ver la conveniencia de prohibir esta clase de propaganda en la prensa, folletos, radios, etc., y ha exigido que los organismos sanitarios autoricen el texto de estos anuncios antes de su divulgación. La Dirección General de Sanidad, en virtud de las facultades que le confiere el Código Sanitario y el Reglamento de Especialidades Farmacéuticas, dispuso, que a partir del 15 de Noviembre ppdo., toda propaganda queda sometida a su control.

QUINTA PARTE

PERSPECTIVAS Y PLAN DE ACCION INMEDIATA

I. CONSIDERACIONES SOBRE EL CAPITAL HUMANO

II. IDEAS GENERALES SOBRE MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE VIDA.

III. PROGRAMA MEDICO SOCIAL

CONSIDERACIONES SOBRE EL CAPITAL HUMANO

El angustioso panorama demográfico y sanitario del país, debe hacer reflexionar hondamente a todos los chilenos; a ricos y a pobres; a izquierdas y a derechas; a gobernantes y a gobernados. La salubridad nacional es uno de aquellos problemas cuyas consecuencias afectan a unos y otros. Ninguna clase social, por muy defendida biologicamente que esté, puede sentirse inmunizada a las epidemias o exenta de pagar tributo a las enfermedades infecto-contagiosas. Las condiciones ambientales afectan a todos los seres. Es cierto que las personas biologicamente bien dotadas resisten mejor los estímulos patológicos de un ambiente malsano; pero no es menos cierto que el bacilo, el contacto infeccioso, el agente trasmisor, acecha y ataca sin distinción a todos los habitantes.

Es posible que este cuadro escueto de nuestra realidad sanitaria, llene de estupor a muchos de nuestros conciudadanos; no creo que haya alguien que tenga un ademán de indiferencia ante la magnitud de él. Es posible que otros reaccionan tratando de buscar culpables en esta especie de tragedia invisible del pueblo. No pocos se resignarán ante el consuelo de que otros países sufren males parecidos.

Nosotros no podemos conformarnos con lamentar la triste realidad presente. Es menester que se ponga a prueba la vitalidad del organismo nacional y la capacidad de las masas populares, con el fin de reivindicar las cualidades de la raza y el derecho a vivir como pueblo culto. Es necesario que la nación toda reaccione movilizándose en el sentido de reparar todos estos errores, males e imprevisiones; que todas las fuerzas y reservas económicas, morales y espirituales de los habitantes, empujen y afronten una acción conjunta para sanear el país, para establecer condiciones que permitan al hombre chileno desarrollar sus actividades dentro de un medio favorable, para iniciar una lucha tenaz con-

tra los flagelos y vicios, para llevar hasta los más apartados rincones los adelantos de la ingeniería sanitaria y de la medicina social.

La crudeza con que hemos analizado la realidad nacional, tiene por objeto dar a conocer toda la magnitud del problema, pesar la herencia que hemos recibido; medir las proyecciones y estudiar las soluciones que más convengan.

Yo sé que estamos muy distantes de aquellos días en que se consideraba impolítico y antipatriótico el que un Ministro de Estado mostrara a sus conciudadanos la verdad descarnada de los hechos. Ni tal es el pensamiento que hoy informa la mentalidad pública, ni hay otra manera de conocer y examinar las realidades biológicas de un pueblo.

En materias como ésta no pueden haber subterfujios, ni simulaciones.

La higiene social, la salubridad pública, la medicina, no admiten transacciones.

Las enfermedades, la desnutrición, el alcoholismo, las endemias, y epidemias y la ignorancia, actúan y corroen por debajo y por dentro de todas las apariencias y son inexorables en sus efectos. Nuestro país ha sido víctima de ello y a ese hecho se debe que estemos ante una realidad médico-social que alarma.

El capital humano, que es la base fundamental de la prosperidad económica de un país, ha sido subestimado y ha estado abandonado a su propia suerte. Ahí radica principalmente la causa de que de nuestra población haya aumentado tan escasamente; ella debe ser mejorada y acrecentada a base del número y de la calidad de los habitantes autóctonos; su crecimiento progresivo, es la condición primera de la prosperidad de un país, y resulta del estado de salud y de cultura de sus componentes.

En términos históricos, los países se valoran por la calidad de sus habitantes y por el volumen de su población, antes de que por sus disponibilidades materiales. Cualquier plan de Gobierno requiere una población densa, sana, capaz de producir y de hacer florecer el desarrollo industrial y económico. Esta es la misión del capital humano.

Toda otra forma de riqueza: materias primas, instrumentos de trabajo y demás,-pierden su significado para el país que las posee, si no dispone de hombres capaces de valorizarla y defenderla; si no cuenta en suma con un pueblo robusto y fuerte que le dé destino.

Nuestro capital humano ha sido, pues, seriamente afectado por el abandono y la imprevisión sociales. Tenemos, desde luego, casi la más alta mortalidad infantil y adulta del mundo, comparable sólo con la de los países más atrasados. El censo de morbilidad es pavoroso, sin que haya sido posible aún disminuir en términos apreciables los estragos de la tuberculosis, de la sífilis, de las enfermedades infecto-contagiosas. El aumento vegetativo de la población está por debajo de lo normal, lo que hace que en sesenta años, Chile apenas haya aumentado su población

de 2.075.871 habitantes de 1876 a 4.200.000 en 1936. El término medio de vida del habitante chileno, a través de las estadísticas, alcanza a lo sumo a 24 años, en tanto que en Suiza, Alemania, Dinamarca, Inglaterra, sobrepasa los 50.

El enorme número de muertes y la subida cuota de morbilidad que registran nuestros índices demográficos, aparte de determinar el estancamiento de la población, influyen en el volúmen de la producción y afectan grandemente las posibilidades económicas generales, porque las horas de trabajo que se pierden y la disminución de consumo que representa, significan una merma considerable en la riqueza nacional.

Nuestra patología social, evidencia que se elimina del trabajo al 20% de la población activa, reduciendo en una cifra más o menos igual el valor de la producción nacional. Esto es lo mismo que si la quinta parte de los trabajadores se hallaran en huelga, y, sin embargo, ni los patrones, ni la sociedad, se sienten conmovidos, ni se afanan en buscar las causas y sus remedios. Sumemos a esto la cesación transitoria del hombre de trabajo que enferma temporalmente, o de aquel cuya insuficiencia orgánica no ha llegado a expresarse en un accidente mórbido.

Agreguemos, finalmente, el enorme porcentaje de desnutridos y subalimentados en donde encuentran campo propicio las epidemias y las calamidades; la carencia de abrigo y de vivienda; la reducida cuota de urbanización que existe en el país; el incipiente desarrollo de la eugenesia entre los habitantes; el número subido de analfabetos y tendremos, entonces, las verdaderas proyecciones de la realidad social de Chile.

Los gobiernos pasados consideraron las necesidades de la salubridad nacional como gastos postergables y de importancia secundaria. No quisieron jamás prevenir, ni detenerse a pensar que el capital humano, que es la base de toda riqueza, constituye la más alta responsabilidad de un Estado moderno.

Todo espíritu progresista tendrá que convenir con el Ministro de Salubridad, que no se debe perder más tiempo y que hay que planificar, organizar y poner en marcha la gran empresa restauradora de la nacionalidad en sus tres aspectos fundamentales: mejoramiento económico efectivo de las clases laboriosas; intensificación y extensión de las medidas de profilaxis y de salubridad nacional e intensa campaña de alfabetización en las capas ignaras del país. Para realizar toda esta inmensa labor se creó el Frente Popular.

Ya la Convención Médica de Chile, reunida en 1936 en Valparaíso, había declarado que "nuestra estructura económico-social debe sufrir modificaciones fundamentales para asegurar al hombre condiciones óptimas de bienestar a través de una equitativa distribución del producto del trabajo"; declaró también que el Estado debe regular "la producción, distribución y precio de los artículos de alimentación y vestuario;" afirmó que" la habitación, como propiedad, es por esencia una función social y el Estado debe intervenir en la fijación de los cánones y calidad de las

habitaciones"; afirmó, finalmente, "que los problemas del trabajo deben constituir una preocupación médica por las desastrosas condiciones en que se realiza, por la alta cifra de morbomortalidad que se registra en las clases laboriosas, y por la deficiente reglamentación que rige las relaciones entre el capital y el trabajo". Con lo cual quiso significar que la solución del problema médico-social del país requería precisamente la solución de los problemas económicos que afectan a las clases proletarias.

Con la franqueza que ha caracterizado su acción política y perfectamente compenetrado de su responsabilidad presente, el Ministro de Salubridad advierte, pues, que debe considerarse al país en estado de emergencia, y señala la imperiosa necesidad de arbitrar todos los medios para conjurar este peligro que amenaza la existencia misma de la nación. Es necesario que las clases poseedoras contribuyan sin regateos, por la seguridad de ellas mismas. Es necesario que todos y cada uno de los ciudadanos secunden la enorme tarea le levantar económica, sanitaria y culturalmente al país, con lo cual se habrá hecho el más digno y efectivo bien a la República.

Ayudemos lealmente a S. E. el Presidente, en la obra de rehabilitación de la raza, en su deseo de devolverle su capacidad creadora al pueblo.

Recordemos que Chile es en la actualidad, un pueblo en tensión, que va tras la conquista de todos sus derechos. Que es un país que jalona su propio destino.

IDEAS GENERALES SOBRE MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE VIDA

Analizadas a través de los distintos capítulos las condiciones generales de vida de las clases trabajadoras, los problemas médicos que las afectan, como así mismo los medios de lucha con que cuenta el Estado, y habiendo destacado el valor del capital humano, cuyo cuidado debe constituír la atención preferente del Gobierno, nos cabe esbozar un programa de acción, en relación con nuestro Ministerio. Pero antes de hacerlo y de señalar la forma como abordamos los distintos problemas, deseamos exponer someramente algunas ideas generales en lo que respecta a Salarios, Vivienda y Alimentación, factores determinantes — como ya lo sostuvimos — del estado de salud del pueblo; y decimos ideas generales por cuanto, si bien el planteamiento de estos problemas es indispensable en un trabajo de esta índole, su solución escapa a la acción directa e inmediata del Ministerior de Salubridad.

POLITICA DE SALARIOS

El régimen de salarios imperante en el país, está saturado de una profunda injusticia social ya que permite por una parte a los capitalistas la acumulación progresiva y ascendente de grandes riquezas, mientras impone por otra parte a los asalariados, la pérdida lenta, pero inevitable, de su única riqueza efectiva: su fuerza elemental de trabajo. Esto ha sido posible porque aún el trabajo humano sigue siendo considerado y retribuído como una vulgar mercancía, de modo que los riesgos y todas las eventualidades que deparan las actividades económicas, repercuten y gravitan, en forma proponderante, no sólo en la retribución del trabajo, sino en la vida misma de las masas asalariadas. Las estimaciones que ya en el país se han hecho por economistas de prestigio de las relaciones entre el **capital-trabajo** y el **capital-riqueza,** permiten colegir

que no hay argumentación posible,—ni aquellas siquiera que se invocan en nombre de los intereses vitales de la producción y de la economía del país,—que no nos autorice pedir un reajuste de los salarios, elevándolos al tipo de salario que permita la satisfacción de las necesidades mínimas y elementales de los trabajadores, en relación directa con el costo de la vida. En otras palabras, estimamos que no se puede seguir tolerando que la plus valía directa, que hoy por hoy, absorbe una gran parte de la verdadera y exacta retribución del trabajo, siga este camino incontrolado, y continúe siendo la única base de la riqueza acumulada por una minoría exigua, en detrimento de los trabajadores explotados.

Propiciamos el salario familiar en relación con el costo de la vida e insistimos en que éste debe pagarse ya a partir desde el cuarto mes del embarazo (etapa prenatal). De esta manera ayudaremos económicamente desde el comienzo de la gestación a la madre, permitiéndole una mejor alimentación; la obligaremos a un control médico precoz, lo que hará posible el tratamiento oportuno si lo precisa; y por último, evitaremos un porcentaje elevado de abortos por causa económica. (Indicación formulada a la Cámara de Diputados por el Ministro en este sentido, en la discusión del Salario Familiar, (Propiciamos revisión de la política tributaria y de crédito: legislación sobre utilidades de industrias nacionales y extranjeras y plus valía).

POLITICA DE ALIMENTACION

En consideración a que los alimentos protectores fundamentales que exige y requiere la normalidad de cualquier organismo humano, desde el punto de vista de su producción, está vinculada íntimamente a la tierra, estimamos que toda política que pretenda resolver con criterio radical el problema de las subsistencias y de la alimentación popular, necesariamente debe tener por premisa y condición un reajuste de la actual estructura económica del agro nacional. En consecuencia, se impone una reforma agraria que oriente por derroteros sociales o colectivos la producción agrícola de nuestro país. Fundamental es también que la economía agraria pierda completamente su actual carácter colonial y feudalista, de producción, sólo orientada exclusivamente a satisfacer los intereses de los grandes latifundistas y en cambio, adquiera, en forma imperativa, una dirección en órden a satisfacer las necesidades conjuntas y vitales del país; es decir, que estructuremos una economía agraria, de producción y consumo, controlada y orientada claramente por las necesidades generales bajo la tuición directa del Estado. (Sólo exportación de excedentes, después de satisfacerse las necesidades nacionales). Igualmente, la acción del Estado debe llegar al comercio distribuidor de las subsistencias, hoy por hoy, víctima de un afán de especulación y que adquiere gravedad, especialmente, en manos de los mayoristas que organizan grandes monopolios, representando el factor determinante de un encarecimiento artifi-

cial de los artículos de primera necesidad. El organismo estatal indicado para el efecto, es el Comisariato que debe polarizar su acción especialmente contra las grandes casas, en su mayoría extranjeras, que acaparan nuestra producción y, secundariamente, contra el pequeño intermediario.

Ahora bien, otro problema vital relacionado con la alimentación, cuya solución debe encararse cuanto antes, es el de la falta de alimentos protectores, debido a la escasez de producción de los mismos, que demostramos oportunamente.

Este problema, que hace necesario un cambio fundamental en la política de producción en el sentido que acabamos de expresar, se hace especialmente agudo en lo que se refiere a la leche. Por tal razón es que exponemos y solamente como vía de ejemplo de lo que se podría hacer en este sentido, algunas ideas que servirían de aporte a los estudios que se hagan sobre la materia. Con ello queremos insistir en la necesidad de un plan.

Ya hemos visto, en el capítulo respectivo, a través de las estadísticas, nuestra trágica realidad. Esta exige una acción inmediata y organizada tendiente a:

1.—Incrementar el ganado lechero.
2.—Mejorar la calidad de los reproductores.
3.—Prohibir la exportación de productos forrajeros.
4.—Establecer cooperativas lecheras.
5.—Invertir una parte de los capitales de las Cajas de Previsión para industrializar los subproductos de la leche; y
6.—Implantar el monopolio de la pasteurización de parte del Estado.

Esto significa tener un plan que debe realizarse a años plazo ya que el hecho objetivo, palpable, nos demuestra que este problema no puede solucionarse con decretos ni declaraciones demagógicas sino que con una política orientada sobre las bases del conocimiento exacto de lo que tenemos y de lo que podemos obtener.

Igualmente desde el Consejo Nacional de Alimentación, apoyaremos una política racional de consumos alimenticios, sobre bases científicas y a tono con nuestra realidad nacional. Propiciaremos una política en torno a una mayor producción y consumo de pescado para lo cual, además de industrializar los productos y subproductos de nuestros mares, enseñaremos a nuestro pueblo a sacarle el mayor provecho posible a esta sana y nutritiva alimentación. Y para ello debe irse a la formación de un consorcio particular y estatal, que oriente su acción en la siguiente forma:

1.°—Mejoramiento de los métodos de pesca.
2.°—Instalación de una escuela de Pesca.
3.°—Instalación de una Estación Biológica Experimental de pesque-

ría y adquisición de un vapor de investigaciones (mapa pesquero).
5.°—Construcción de puertos y mercados pesqueros.
6.°—Redes frigoríficas (de acuerdo con ferrocarriles, carros frigoríficos).
7.°—Establecimiento de fábricas de harina de pescado.
8.°—Modificación de las actuales leyes de pesca.

Todos estos puntos serán parte de un plan cuyo desarrollo también exige un determinado tiempo. El Ministerio de Fomento y la Caja de Seguro Obrero ya han abordado en forma efectiva la solución de este problema, mediante la ayuda económica de la Corporación de Fomento a la Producción.

POLITICA DE VIVIENDA

Nuestra real situación en materia de Vivienda, que creemos haber evidenciado en forma clara en el capítulo respectivo, nos lleva a plantear la necesidad de afrontar este problema en un sentido integral. Ninguno otro más indicado para demostrar la obligación que existe de enfocarlo en toda su amplitud, mediante una acción coordinada que contemple los diversos aspectos de la cuestión. Pensamos que la solución de él deberá abordarse actuando en cuatro sentidos convergentes al mismo objetivo, a saber:

a) Estudio de un plan de construcciones definitivas;
b) Aplicación de la Ley de Higienización de la Vivienda;
c) Construcción de viviendas de emergencia;
d) Política de arrendamientos;

La realización de las tres primeras ideas está subordinada al estudio de un plan en que se considere su financiamiento y, muy especialmente, también, nuestras posibilidades de producción de los materiales de construcción, como cemento, ripio, fierro, madera, piedras, vidrio etc; y así mismo, se aprecie el número de obreros especializados para ejecutar estos trabajos.

Por otra parte, este plan, para poder ser llevado a la práctica, requiere la acción combinada y coordinada de producción y de realización de todos los organismos, entidades e individuos que pueden cooperar a él, como las Cajas de Previsión, la Caja de la Habitación Popular, la Dirección Gral. de Obras Públicas y el capital particular. **Sólo la acción planificada y coordinada de todos, en este triple aspecto, logrará dar a nuestra acción sobre la vivienda un contenido real y positivo**

a) **Estudio de un plan de construcción de habitaciones definitivas.**

En el capítulo correspondiente hicimos ver que nuestra necesidad de viviendas, según los cálculos de los técnicos, era de alrededor de 300.000, debiendo agregarse un número de 8000 más, por cada año, debido al aumento vegetativo de la población. Esta necesidad se hace imperiosa

si no queremos que la acción de las enfermedades que son causadas por las pésimas condiciones actuales, conduzca a nuestro pueblo a un estado insospechado de degeneración fisiológica.

Pues bien, comprobamos, así mismo, que las actuales posibilidade de solución — entregada a la sola acción de la Caja de la Habitación a causa del ningún interes del capital particular por construir esta clase de vivienda—eran casi nulas. (La Caja sólo tiene capacidad financiera para construir alrededor de dos mil casas al año, cantidad inferior al necesario para cubrir el aumento vegetativo de la población.)

El Estado se encuentra abocado, pues, a un problema que en su cruda realidad es el siguiente: para proporcionar al pueblo viviendas higiénicas en un plazo de veinte años, se necesita contruir quince mil viviendas al año, más ocho mil que corresponden al aumento vegetativo.

Por consiguiente, la primera obligación del Gobierno de Frente Popular es, en lo que se refiere a este problema, fijar el número de habitaciones que va a construír al año, y elaborar los planes respectivos, aprovechando el concurso de todos los organismos que él controla.

Insistimos, se trata de una necesidad absolutamente indispensable e impostergable.

B) Aplicación de la Ley de Higienización de la Vivienda.

Como dijimos, el plan que hemos esbozado sólo puede ser llevado a la práctica en un plazo largo de años, que no puede bajar de quince o veinte.

Pero entre tanto, hay que buscar los remedios inmediatos que impidan, por lo menos en parte, la propagación de las enfermedades que hemos señalado en el capítulo correspondiente, y que permita al pueblo una relativa elevación en su medio de vida miserable.

Uno de ellos, lo constituiría la aplicación de las disposiciones de un Proyecto de Ley, enviado al Congreso por el Ministerio de Salubridad (Dr. Castro Oliveira) y que se encuentra ya aprobado por la Comisión respectiva del Senado, relató a la "Salubridad, Higienización e Inspección de Conventillos".

Este proyecto de ley concede al Consejo Nacional de Salubridad la facultad para declarar, "salubre", "insalubre", o "inhabitable", cualquier vivienda. La declaración de "inhabitable" autoriza la clausura o demolición de la propiedad y la de "insalubre", obliga al propietario a su higienización, pudiendo, en caso de que éste se niegue, ser higienizada por el Consejo referido, por cuenta del dueño.

Al mismo tiempo este proyecto de ley, con el objeto de permitir en un momento dado la supresión violenta de los grandes focos de contagio de las enfermedades infecciosas, **declara de utilidad pública "los barrios, manzanas o conjunto de habitaciones o terrenos eriazos declarados por el Consejo Nacional de Salubridad como un peligro para la Salubridad Pública", autorizándose la expropiación de los mismos.**

Estas drásticas disposiciones, van complementadas con otras destinadas a garantir a los propietarios contra los arrendatarios que causen perjuicios y a fomentar la higienización, mediante la exención de contribuciones a las propiedades "salubres", cuya renta de arrendamiento no baje de $ 300 al mes o cuyo avalúo no sea superior a $ 50.000.—

c) **Construcción de habitaciones de emergencia.**—Pero la situación que hemos expuesto y que consideramos de **emergencia,** requiere además de la que acabamos de exponer, una acción rápida destinada a dar habitación más o menos adecuada a las personas que debemos arrancar a la lacra social que constituye el conventillo insalubre. Es menester, entonces, construír habitaciones de **emergencia** que puedan satisfacer las necesidades más apremiantes, en tanto se lleva a la práctica el plan definitivo.

Nosotros hemos hecho un estudio sobre la realización de un plan de esta clase de construcciones que comprendería unas nueve mil viviendas (6000 casas para 36.000 personas, en Santiago y 3.000 casas para 18.000 personas en Provincias por año).

Incluímos a continuación este estudio a via de ejemplo de lo que puede hacerse en la materia.

TIPO DE CONSTRUCCION: Concreto armado con madera, dos dormitorios, living, cocina y baño. Duración 18 a 20 años.

Cada casa será de 48 metros cuadrados. Su costo: $ 10.000 cada una, incluyendo los artefactos sanitarios y de cocina.

PRESUPUESTO:

Costo de 9.000 casas a 10 mil pesos cada una	$ 90.000.000.—
Más 25% para servicios colectivos	22.500.000.—
TOTAL	$ 112.500.000.—

Hay que considerar que el costo de la construcción de las viviendas, sometido a un proceso en gran escala, tiende a bajar de un 10 a un 15 por ciento aproximadamente. Estas economías son posibles por la mayor eficiencia de la mano de obra (reducción de los días trabajados), mayor rendimiento de los diversos materiales (pinturas, maderas, etc.). Los elementos de la vivienda se fabrican en usinas y se transportan y arman en la obra.

TIEMPO:

Cada casa puede construirse en 10 días, por 8 operarios (sin considerar la industrialización de la vivienda).

Por lo tanto, la duración máxima de la construcción de las 9.000 **casas sería de UN AÑO,** empleando 3.000 obreros. En este cálculo se tiene en cuenta un prudente margen de días perdidos).

CONSTRUCCIONES EN SANTIAGO:

Las 6.000 casas se reparten en 3 grupos de 2.000 casas cada uno que se ubicarían adyacentes a los focos de vivienda insalubre, con el objeto de evitar perjuicios o trastornos en la vida económica de las personas que actualmente viven en conventillos.

Cada grupo se compone, además de las 2.000 casas, de:

1.o La **Escuela Taller;**

2.o **Escuela Infantil** (menores de 6 años);

3.o **Administración** (Secretaría, Correos, previsión social, médico, visitadora, dentista, dietética, baños, etc.);

4.o **Cultura y Esparcimientos** (Teatro, cine, conferencias, biblioteca, centro cívico, etc.);

5.o **Deportes** (Gimnasio de hombres y mujeres, exposiciones gimnásticas, cancha de basketball, piscina, etc.);

6.o **Cooperativa de consumo, vestuario y menaje;**

7.o **Servicios colectivos** (Lavanderías, gallineros, industrias caseras, horticultura, etc.)

Cada grupo de viviendas estará dotado de servicios de luz eléctrica, agua potable y alcantarillado. El gas se ha eliminado, dotando a cada vivienda de un califont y de una cocina a leña o coke.

La urbanización se ha concebido para reducir al mínimo los gastos, estableciendo una arteria central de movilización y senderos laterales de circulación individual. Junto a la arteria central quedarían ubicadas las casas y los servcios colectivos especificados más arriba.

La importancia de cada grupo de casas hace perfectamente posible organizar el servicio de movilización, prolongando o modificando el itinerario de las líneas de autobuses existentes.

(Este proyecto ha sido estudiado con la colaboración del arquitecto señor Enrique Gebhard y del señor Mario Antonioletti).

Al plantear una solución de nuestro problema de la vivienda no se escapa al Ministro de Salubridad la enorme valla a salvar que constituye el aspecto financiero de la cuestión. Pero ello, si bien se evidencia en forma bien clara, demuestra al mismo tiempo la necesidad absoluta de una acción planificadora integral de todos los organismos gubernativos. Solamente tal acción podrá hacer posible su financiamiento, ya que la coordinación que establece entre todas las actividades económicas permite que actúe el principio de la compensación entre el presente y el futuro.

No debe olvidarse, tampoco, al considerar este aspecto que las mercaderías crean por si mismas los medios de ser adquiridas. Como dice un escritor, el plan, al ser desarrollado, actúa "como cámara de compensación de precios y servicios", permitiendo así al trabajo humano y a los productos realizar esa amalgama que se denomina capital

Es necesario también hacer presente, que el costo del plan de habitaciones de emergencia, no gravitaría enteramente sobre el Estado. Diversas instituciones podrían cooperar en el campo financiero. Los terrenos podrían ser arrendados a reparticiones fiscales, semifiscales y municipales.

Por otra parte, la duración de estas casas de emergencia es suficiente para garantizar—aún cobrando un arriendo mensual de $ 80.— — el interés de los capitales invertidos y una parte de la amortización, la cual debe quedar en casi toda su totalidad recargada a la ejecución del plan definitivo.

D.—POLITICA DE ARRENDAMIENTOS

El concepto de función social que desempeña la propiedad, consagrado por la propia Constitución Política del Estado, nos lleva a la lógica conclusión de que los capitales invertidos en viviendas, no pueden aspirar a obtener un lucro exagerado. Esta misma razón es la que nos obliga a propiciar una política de severo control por el Estado en lo que se refiere a arrendamiento.

POLITICA DE EMERGENCIA .—ACCION COORDINADA

Las ideas generales que hemos "esbozado" relativas a la solución de los candentes problemas de salarios, alimentación y vivienda, las hemos concebido en la convicción de que nos encontramos—como lo hemos expresado—en un caso de emergencia, que debe ser abordado con la misma prontitud, la misma decisión y el mismo interes, con que otros países lo han hecho al sobrevenir la guerra, o como nuestro Gobierno enfrentó en las primeras horas la catástrofe de las provincias del Sur, en Enero último. El número de vidas que se pierde anualmente a causa de estas desastrozas condiciones de vida que hemos mencionado y la sensible disminución de la capacidad de trabajo del resto, debido a iguales causas, nos obligarían por si solas—dentro de un criterio netamente económico—a iniciar de inmediato esta política de emergencia, de guerra. Nuestro sentido de la Justicia y de la Solidaridad Social nos hace más imperativa aún esta obligación. Pero, insistimos una vez más, que esta política sólo puede realizarse a traves de una acción coordinada de los organismos estatales, por medio de Junta Económica del Gobierno.

La inter-relación, la interdependencia que tienen los problemas que corresponde resolver desde distintas secretarías de Estado, lógicamente llevan a esta conclusión. La complejidad de las tareas de Gobierno impone, sin duda, en la práctica, la división del trabajo, pero al mismo tiempo esta división no puede excluir la unidad de acción total—bajo la dirección superior del Jefe del Estado—que lleve a soluciones planificadas de conjunto.

PROGRAMA MEDICO SOCIAL

Nuestro plan de acción médico social de carácter inmediato comprende los puntos que expresamos a continuación.

REESTRUCTURACION DEL MINISTERIO

Hemos elaborado un Proyecto de Ley destinado a reestructurar el Ministerio, ampliando y delimitando la acción de los organismos dependientes de él: Consejo Nacional de Salubridad, Departamento de Previsión, Departamento de Control de Precios y Drogas y Consejo de Alimentación.

Al Consejo Nacional de Salubridad, por esta Ley, han de dársele facultades para que coordine, fusione y unifique los Servicios Asistenciales y Médicos de su dependencia, teniendo carácter ejecutivo las resoluciones que en él se adopten. A través del Consejo Nacional de Salubridad, creemos que, en primer término, ha de procederse a la unificación de los Servicios Asistenciales de la Beneficencia y del Seguro Obrero. Para conseguir este objetivo debe empezarse por ampliar a la familia de los imponentes del Seguro Obrero las prestaciones médicas. Si consideramos que existen un millón doscientos mil imponentes, la ampliación de la atención médica a su familia hará que los Servicios Médicos del Seguro Obrero atiendan a tres millones seiscientas mil personas. Cabe considerar que a la Beneficencia le quedará por atender un porcentaje reducido de enfermos en proporción con la cifra anterior, que incluirá a los no asegurados o indigentes, y sus familias.

Esta atención está costeada en un 80% por el aporte estatal.

La fusión de estos servicios, permitiría, en el aspecto médico, la atención por un servicio único de Salubridad Nacional de más de cuatro millones de personas. **Toda la población asalariada y sus familias.**

Para realizar este propósito es indispensable equiparar las remuneraciones que percibe el personal que trabaja en estas dos instituciones. Con este objetivo se han decretado 25 millones de pesos destinados al mejoramiento de sueldos del personal de Beneficencia. La unificación traerá aparejada el escalafón médico único y la creación del Colegio Médico en el que se considere fundamentalmente la acción sindical del gremio.

En el lapso en que se tramite esta nueva organización asistencial es indispensable reestructurar el Servicio Médico de la Beneficencia, dándole a éste un ritmo nuevo en su trabajo, a fin de obtener un mayor rendimiento en los Policlínicos y en la unidad cama-enfermo. Para elio habrá que remunerar eficientemente al personal y establecer el trabajo por jornadas enteras y medias jornadas; crear el escalafón y la carrera de técnicos funcionarios de Hospitales y, establecer aumentos trienales. Así el movimiento de la unidad cama-enfermo será mucho mayor, la atención del enfermo más eficaz. El Hospital actual perderá su condición de asilo que, aún hoy, tiene en un porcentaje elevado.

La unificación traerá como consecuencia el aprovechamiento total del material actualmente existente y una acción planificada en las inversiones futuras que eviten la dispersión de gastos o la repetición inútil de ellos como hasta ahora acontece. En este sentido auspiciamos la creación de los Hospitales Zonales con el mismo carácter de los nuevos recién habilitados, y de los Distritos Hospitalarios en donde estará concentrado el aspecto asistencial y donde podrá funcionar Sanidad que trabajará con el anterior en forma coordinada.

A fin de completar la unificación de los servicios asistenciales sostenemos que los que desempeñan estas funciones dependientes de Sanidad: Madre y Niño, Higiene Social, Servicio Médico Escolar, deben pasar a engrosar el servicio unificado, y mientras éste se organiza, deben depender del Consejo Nacional de Salubridad.

De éste dependen actualmente los **Departamentos de Lucha Antituberculosa; Antivenérea y el de Madre y Niño.** La organización de ellos se ha realizado con el fin de polarizar la lucha, en contra de la tuberculosis, las enfermedades venéreas y en defensa de las madres y los niños; renglones que en nuestra patología social, producen mayor morbimortalidad. Estos comandos únicos, de carácter nacional, tendrán que orientar, dirigir y standarizar la acción en sus distintas reparticiones.

La campaña de Lucha Anti-Tuberculosa ha sido elaborada por un grupo de especialistas y aceptado por el Consejo Nacional de Salubridad, será puesto en marcha en breve plazo.

El Departamento de Madre y Niño representará a su vez el Comando Unificado de la defensa y del cuidado de éstos desde el punto de vista médico.

Este comando, que obligará a desarrollar una acción uniforme a los organismos estatales, controlará, a su vez, a los organismos particu.a-

res que desarrollan una labor similar. Pero en este aspecto de la defensa de este binomio se ha creído conveniente, además, la creación de un Consejo Superior, en el que estén representados los Ministerios de Educación, Justicia y Salubridad, a fin de emprender la labor en Defensa del Niño, en el triple aspecto: pedagógico, médico y judicial (actualmente están trabajando las comisiones dependientes de cada Ministerio). Esta idea se ha concebido para llegar a refundir en el Código del **Niño toda la legislación útil vigente, y aquella que anhela este Gobierno.**

Dependiente del Consejo Nacional de Salubridad debe crearse el Departamento de Especialización Sanitaria-Asistencial que se preocupe de formar:

a) Técnicos Administradores de Hospitales.

b) Directores de los Institutos de Medicina Preventiva.

La Escuela de Higiene dependerá, también, del Consejo, y en ella se formarán los técnicos higienistas; las visitadoras sociales, las enfermeras sanitarias y enfermeras hospitalarias. (Mensaje enviado al Congreso. Estudio del Dr. L. Córdova).

REGIMENES DE PREVISION

En esta materia, nos proponemos modificar las distintas leyes que rigen las Cajas de Previsión. Ella estará destinada a orientarlas hacia un tipo similar o común de beneficios, que permita desde luego la fusión de algunas de ellas y en el futuro, la creación de una Gran Caja de Previsión Nacional Unica. (Idea propiciada el 4 de junio de 1932 por el Ministro de Salubridad; en 1935 por la Asociación Médica de Chile, en un tema de que fuimos relatores; en 1939 nuevamente por la Asociación, informe del Dr. Bustos; y este mismo año por el Dr. Natalio Berman).

Estas reformas se harán resguardando los legítimos intereses de los actuales imponentes, en todo aquello que no signifique una oposición a la superior finalidad que orienta la política gubernativa.

Desde luego, en sus funciones indemnizatorias, las prestaciones deberán ser lo suficientemente elevadas, para que permitan asegurar la existencia económica de las personas a quienes trata de proteger. **Deben ser, por lo tanto, prestaciones de tipo vital,** en que se consideren las cargas de familia del imponente. Porque casi siempre ha sido la insuficiencia de la remuneración la que ha causado el mal o la enfermedad. De ahí que subsidios basados en un salario escaso o en parte de él, hagan estéril los esfuerzos para restablecer la salud.

Se contemplarán nuevas disposiciones que permitirán aumentar la protección de los riesgos de invalidez y vejez, mediante el otorgamiento de pensiones temporales y vitalicias, también, dentro de un mínimo vi-

tal y un máximo útil, en relación a los salarios ganados, la duración del seguro y las cargas familiares del imponente.

Generalizaremos los beneficios de viudez y orfandad para los que carezcan de recursos. Asimismo estableceremos el seguro de cesantía para los trabajadores en paro forzoso, coordinando esto con un servicio de colocaciones o Bolsa de Trabajo, a fin de que estos beneficios no pesen en demasía sobre las Cajas.

DEPARTAMENTO DE PREVISION

Este Departamento, que será ampliado en la Ley de Reestructuración del Ministerio supervigilará los distintos aspectos de la Previsióón, elaborará las tablas bío-estadística y dará rumbos a la política inversionista de las Cajas. Propiciamos una política de inversión orientada con un criterio central. En el aspecto financiero, una acción conjunta de los seguros sociales ha de permitir una influencia decisiva en la economía nacional y deberá estar dirigida con un criterio social: Fomento de Industrias, Viviendas, Obras de Saneamiento, etc.

DEPARTAMENTO DE CONTROL DE PRECIOS DE DROGAS Y MEDICAMENTOS

Este departamento tendrá a través de nuevas disposiciones reglamentarias y legislativas, el control efectivo de la elaboración, internación y precios de venta de los productos químicos y farmacéuticos. Esto sólo podrá conseguirse si el Control de Cambios autoriza divisas únicamente para aquellos importadores que cuenten con el visto bueno de este Departamento, otorgado una vez que se constate la efectividad del precio de costo en el extranjero de los productos que se desee internar. Es indispensable para lograr este objetivo la intervención de nuestros Consules y Agregados comerciales del servicio diplomático.

Además impulsaremos:

1.º—La dictación del Arancel que fija los precios de las fórmulas magistrales (recetas)) que despachen las farmacias.

2) Fijación periódica del precio de las drogas y productos farmacéuticos, previa determinación del costo de las drogas, de la elaboración, gastos generales, utilidades, etc.

3) Reforma de la Ley de Marcas comerciales para evitar el charlatanismo en la propaganda de los medicamentos.

4) Ejercitar un control estricto del uso de los estupefacientes y entregar al Estado el monopolio de su internación y comercio (Proyecto de Ley enviado a la Cámara).

5) Se dará vigencia legal a la nueva Farmacopea Chilena, cuyo estudio ha sido realizado por una comisión técnica formada por un grupo selecto de profesores universitarios, médicos, químicos y farmacéuticos (trabajo terminado).

6) Además se realizará una investigación acuciosa para determinar el stock de medicamentos y drogas que actualmente hay en el país y se establecerá un control periódico, a fin de evitar que, en algún momento podamos carecer de drogas u otras materias (Guerra).

7) Se prohibirá la internación de aquellos productos que se elaboran en nuestro país, en cantidad y calidad suficientes y que tengan la aceptación de los organismos estatales de control; pero al mismo tiempo se tomarán las medidas para evitar que esta protección de la industria nacional dé motivo a que esta obtenga utilidades excesivas.

LEY DE SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO

En el capítulo respectivo, hicimos presente las numerosas y graves deficiencias que tenía el régimen de seguro de accidentes del trabajo; deficiencias que lo privaban de cumplir con su papel previsionista y amparador de esta clase de riesgos, tan frecuente como importante.

En estas circunstancias, el Ministerio ha estudiado y entregado a S. E. el Presidente de la República un proyecto de ley destinado a llenar en casi toda su extensión, las deficiencias referidas.

En él se establece **la obligatoriedad del seguro de accidentes del trabajo**, pero manteniendo siempre la obligación patronal de costearlo. Es ésta, una innovación absolutamente indispensable, que incorpora al goce de sus beneficios a la gran mayoría de los trabajadores, hoy día no amparados contra esta modalidad de riesgos.

La nueva clasificación que en este proyecto se hace de los riesgos permite dar cabida entre entre ellos a las enfermedades profesionales. Otra novedad que introduce la nueva legislación, es el otorgamiento de subsidios de tipo vital, tomando en cuenta las cargas de familia. Con esto se elimina la situación injusta, que planteamos oportunamente, relativa al ínfimo monto de la mayor parte de los subsidios e indemnizaciones temporales y definitivas.

Por último, en este proyecto de ley, hemos querido eliminar la acción de las entidades de carácter comercial en la contratación de este tipo de seguros, en razón de la finalidad social del mismo, que no se conforma con el fin de lucro con que aquellas lo tienen establecido.

La Caja de Seguro Obrero, será la única entidad aseguradora de estos riesgos, lo que permitirá, además de un mejor control de sus ser-

vicios y el aprovechamiento de todo sus medios de lucha, darle la importancia que corresponde a la previsión de los accidentes y a la atención y reeducación de los enfermos.

LEY DE MEDICINA PREVENTIVA

Propiciamos transitoriamente la modificación de esta ley intertanto se va a una legislación integral de efectiva medicina preventiva, en la siguiente forma:

1.º Extender su aplicación a todas las enfermedades que produzcan incapacidad y, en especial, a las madres obreras incapacitadas por enfermedad durante el embarazo.

2.º—Declarar obligatorio el tratamiento de la tuberculosis además del de la sífilis.

3.º—Extender los beneficios a los familiares de los imponentes.

4.º—Frente al problema creado a los trabajadores enfermos, de parte de los industriales, propiciaremos la obligatoriedad; propondremos que para ellos sea una obligación el tener entre sus operarios un porcentaje mayor que el actual de obreros con capacidad de trabajo disminuida.

5.º—Deberá introducirse una modificación por la cual el obrero obligado a cambiar de ocupación por una incapacidad relativa y empleado en un trabajo más liviano, no perciba el salario que correspondería a este nuevo trabajo que, sin duda, ha de ser insuficiente para sus necesidades, sino que le sea completado por medio de una compensación económica por parte de la Caja, hasta un monto que le permita llenar esas exigencias. De esta manera el patrón queda defendido, el trabajador protegido en sus legítimos derechos y las Cajas desarrollarán una correcta política de Previsión.

6.º—Deberá levantarse un censo de los trabajadores enfermos del corazón y de las posibilidades que tenga la industria de absorverlos. Lo esencial para estos enfermos es que su reposo sea protegido a fin de desarrollar una labor de reeducación y de readaptación que los lleve a desempeñar trabajos compatibles con sus lesiones.

SANIDAD

Otro punto importante del plan de acción inmediata, lo constituye la reestructuración de los Servicios de Salubridad Nacional (Dirección de Sanidad) a fin de establecer una planta definitiva de su personal. Propiciamos asimismo que la Sanidad se circunscriba en su acción, al medio ambiente, quedando encargada de la aplicación del Código Sanitario, a través de su jefatura. Esta acción debe contemplar:

1.º—Control marítimo y de fronteras.

2.°—Inspección de profesiones médicas y control de boticas y preparados farmacológicos.

3.°—Higiene Pública: a) Urbanismo social; construcción e higiene de las viviendas; inspección de locales escolares; control de paseos y locales públicos; b) En el medio rural: vigilancia de las habitaciones, letrinas, agua de bebidas y deshechos.

4.°—Saneamiento: agua potable, alcantarillado, luz artificial y cementerios.

5.°—Higiene industrial; Prevención de accidentes.

6.°—Profilaxis: (Inmunización, declaración obligatoria, desinfección, desinsectización, baños públicos).

7.°—Instituto de Nutrición. Bromatología y Dietética.

8.°—Propaganda educacional.

9.°—Estadística Central, demografía y bio-estadística.

10.°—Se dictarán las normas Sanitarias mínimas que dirigirán la labor de los Municipios en el aspecto sanitario.

De esta manera se delimitará la acción que ejercen los servicios de sanidad municipal y fiscal y se establecerá un control por parte de esta última, sobre la primera.

11.°—Se implantará el uso del carnet sanitario profesional en las industrias de la alimentación y se complementará el Código de la Alimentación.

12.°—La acción sanitaria debe impulsarse fuertemente en el campo, por medio de la fusión de todos los organismos que actualmente la ejercen.

ELABORACION DE DROGAS Y MEDICAMENTOS

Está actualmente en formación un consorcio estatal integrado por el Instituto Bacteriológico, el Laboratorio Chile y la Central de Compras de la Beneficencia para crear un poder comprador y distribuidor del Estado. En este consorcio podrán participar los particulares, a fin de que, en un entendimiento lógico, se satisfaga nuestro mercado, se utilicen las posibilidades de exportación, se reparta la elaboración de drogas, productos medicinales y accesorios. Esto, además, tenderá, a través de un plan del Estado, hacia la creación de nuestra industria química pesada, para obtener las síntesis más elevadas en los medicamentos.

Hoy más que nunca, la guerra nos indica lo necesario que es crear nuestras propias fuentes de abastecimiento. El temor que se deriva de la pequeñez de nuestro mercado interno queda anulado si se piensa en el alto precio que pagamos por los artículos que se importan, y, por otra parte, en las posibilidades de exportación.

Pero, además, debemos pensar que en un país como el nuestro, excepcionalmente dotado de materias primas, con fuentes de energía elec-

trica extraordinarias, la industria química debe adquirir gran desarrollo. El gráfico adjunto demuestra las enormes posibilidades y perpectivas de aprovechamiento e industrialización de nuestras materias primas.

Ver cuadro pájina 215

La fabricación de substancias medicamentosas y la organización de una industria química vertical traerá aparejada posibilidades de trabajo y de progreso para numerosos jóvenes que, sienten inclinación e interés por esos estudios y que hoy sólo tienen como porvenir la carrera de farmacéuticos.

El Laboratorio Chile ha iniciado ya la preparación de nuevos productos. El Instituto Bacteriológico, igualmente avanza hacia nuevos caminos; sus nuevas instalaciones le permitirán producir antes de ocho meses hasta dos millones de dósis anuales de Neo-Arsolán, o sea triplicará fácilmente su actual producción (600.000 dosis anuales). Esto permitirá por primera vez en nuestro país, iniciar una lucha anti-sifilítica seria. Así mismo, las nuevas instalaciones en Antofagasta y Talcahuano destinadas a la elaboración del aceite de pescado harán posible se llegue a disponer de doscientos mil litros al año, que contribuirán eficazmente, con sus vitaminas, a mejorar la salud de los niños, ya que nuestro propósito es que sean totalmente destinados a los niños de las escuelas.

MEDIDAS LEGISLATIVAS COMPLEMENTARIAS

El plan de acción enunciado debe completarse con medidas de orden legislativo que, obligada y transitoriamente debemos proponer, apesar de su carácter punitivo.

Ellas constituyen lo que podríamos denominar medidas eugenésisicas negativas y son:

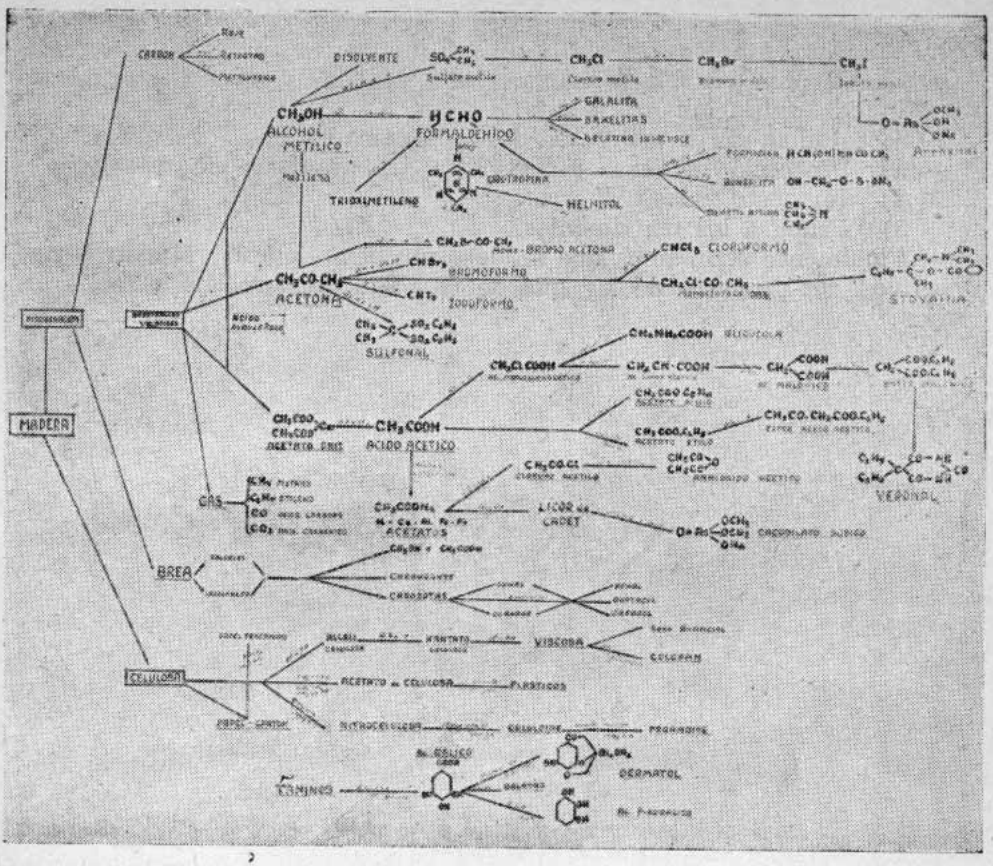
a) Proyecto de ley que establece al contagio venéreo como un delito y el tratamiento obligatorio de las enfermedades de trascendencia social. (Mensaje actualmente en la Cámara de Diputados).

b) Tratamiento obligatorio de los toxicómanos (Mensaje en la Cámará de Diputados.)

c) Esterilización de alienados (en estudio en la Sociedad de Neuro-Psiquiatría.)

Además propiciamos también medidas que podríamos denominar de eugenesia positiva. Ellas son:

a) Salario familiar desde el período pre-natal (indicación presentada a la Cámara de Diputados y aprobada por unanimidad en la Comisión de Legislación y Trabajo).



BIBLIOTECA NACIONAL
SECCIÓN CHILENA

Aprovechamiento de materias primas en industrias derivadas

b) Aumento progresivo del salario familiar, a partir del tercer hijo (indicación presentada a la Cámara de Diputados y aprobada en la Comisión de Legislación y Trabajo).

Se estudian otros proyectos de ley destinados a:

1) Protección, defensa y derecho al trabajo de la madre soltera.
2) Impuesto a los solteros.
3) Prima a los matrimonios.

Finalmente estimamos que se debe auspiciar, por los Ministros respectivos, un proyecto de ley que dé igualdad de derechos a todos los hijos.

SECCION CONTROL
Y
CATALOGACION
BIBLIOTECA NACIONAL