

9 de Octubre de 1961

Mesa Redonda

ASISTENCIA SOCIAL DEL CARDIACO

Presidente: Dr. Carlos Rodríguez

Palabras pronunciadas al iniciarse la Mesa Redonda, por su presidente Dr. C. Rodríguez:

Tengo el honor de presidir esta mesa, lo hago con el mayor placer, porque considero que la asistencia social del cardíaco constituye un complemento muy importante de la asistencia médica. Asimismo deseo felicitar al Comité Organizador por el acierto de dar a este tema la importancia debida.

El ser humano no es solamente materia orgánica, tiene una mente y emociones, que juegan un rol importante sobre sus reacciones orgánicas. El corazón simbólicamente es el epicentro de las reacciones emotivas y cuando una persona cree o tiene realmente una enfermedad en él, el impacto emocional, la ansiedad, el terror a la muerte, se acrecientan mucho más que en cualquier afección. Es por ello, que hay que cuidar tanto a la mente como a la enfermedad en sí, cosa que los médicos nos olvidamos con frecuencia.

Es en este terreno donde actúa la asistencia social tendiendo una mano a ese espíritu tembloroso, para fortalecerlo, devolviendo la tranquilidad al paciente que, en realidad, puede vivir bien y ser útil a la sociedad.

Mucho hemos adelantado en lo referente a la asistencia médica de los cardíacos. Contamos con numerosos servicios y con un cuerpo de cardiólogos sumamente competente. En cambio, en el problema social debo confesar estamos atrasados, no hemos dado un paso efectivo, las medidas son paliativas, no existe un plan orgánico que nos permita realizar una obra constructiva. La causa de ello es la ignorancia del problema tanto del médico como del Gobierno. La mayoría de los problemas sociales del cardíaco como la de todos los disminuidos gira alrededor del problema económico. La solución es colocarlos en un trabajo en forma que puedan ganarse su sustento y no constituir una carga para la sociedad.

En EE. UU. se ha comprobado que el 75% de los cardíacos pueden trabajar. Goldwater, después de examinar 580 casos clínicos, comprobó que los cardíacos que trabajaban mejoraban en su capacidad funcional en relación a los que no lo hacían. Esto es debido a la disminución de la ansiedad y tensión nerviosa al comprobar que pueden llevar una vida útil.

Por otra parte, la mecanización del trabajo industrial exige esfuerzos moderados. Hellerstein comprobó que el trabajo de una ama de casa requiere más energías que las de un obrero en general. Kline, en una estadística comparativa de alrededor de 2.000 cardíacos que trabajaban e igual número de sanos, comprobó que en los primeros el ausentismo era mayor en 2½ días en el año. Pero la producción era 2,5% mayor a la de los sanos.

He citado estas cifras estadísticas para objetivar la importancia y factibilidad del retorno del cardíaco al trabajo. He dicho que parte de la culpa de nuestro estancamiento social sobre este problema eran del médico y del Gobierno. En efecto, el médico en vez de educar y levantar el espíritu del enfermo, que es o va a ser portador de una afección crónica, por lo general plantea un porvenir sombrío, prescribe un reposo excesivamente prolongado, el retiro de toda actividad, seguido de una serie de prohibiciones draconianas que dejan de entrada al enfermo con una neurosis de la cual difícilmente se recuperará. Por ello, considero que el médico con su consejo sereno y tranquilizador, es el asistente social más importante que pueda existir para estos enfermos.

Al Gobierno debe reprochársele que nunca se interesó por protegerlos por medio de leyes que les asegurara el derecho a trabajar cuando sus condiciones físicas lo permitan. Si bien la Legislatura de la Provincia de Buenos Aires sancionó y reglamentó en el año 1958 la Ley 1804 bajo el título "Ocupación de Inválidos en la Industria", hasta la fecha los organismos encargados de aplicarla no han tomado las medidas correspondientes y la ley no está en vigencia. En todos los países civilizados se ha contemplado esta situación mediante leyes o medidas organizadas. Es doloroso el espectáculo de estos enfermos deambulando de puerta en puerta, pidiendo trabajo para ser sistemáticamente rechazados, estando un gran porcentaje de ellos, en condi-

ciones de realizar una tarea con la misma eficiencia que un sano.

Sin un amparo legal, la iniciativa privada se halla coartada en su acción, la cual debe limitarse a ayudar al cardíaco en sus necesidades más perentorias y complementar dentro de sus medios precarios la obra asistencial que el Gobierno no puede efectuar con la eficiencia deseada.

Esta obra se realiza sin una coordinación determinada. En EE. UU. la American Heart Association, fundada en el año 1922, asociación voluntaria de carácter nacional, se preocupó entre otras cosas de la asistencia social al cardíaco, dándole un extraordinario empuje. Considero que la Sociedad Argentina de Cardiología debería encarar este problema mediante una comisión constituida por miembros titulares de la misma y representantes de la iniciativa privada, con el objeto de dar directivas, asesoramiento y coordinar todos los esfuerzos para conseguir un rendimiento más eficiente.

Me es grato poder adelantarles, que el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, conciente de esta inquietud, ha tomado la responsabilidad de buscar solución a este problema social, preparando un proyecto de ley el cual está a consideración de S. E. el señor Ministro Dr. Héctor Noblía. Los puntos principales de dicho proyecto consisten en:

- A) Obligación del empleador a reservar plazas para los cardíacos y tuberculosos curados.
- B) Examen médico previo para comprobar el grado de aptitud y posibilidad física del aspirante.
- C) Exámenes médicos periódicos obligatorios para los pacientes colocados en el trabajo.
- D) Inimputabilidad patronal, es decir, que el empleador queda exento de las responsabilidades previstas en las leyes de trabajo.

Deseo terminar rindiendo homenaje al profesor Rafael Bullrich, que fue

el primero en vislumbrar la importancia de este problema, creando la obra de Asistencia Social al Cardíaco, la cual se inició en su servicio de Clínica Médica del Hospital Ramos Mejía, dedicándole a ella sus últimas energías y su entusiasmo inagotable.

La mesa que presido está constituida por los miembros titulares uruguayos doctores Velazco Lombardini, Miguel Vázquez Rocha y Cyro Giambruno; por los doctores Blas Moia, Rodolfo Pereyra Torres y por el secretario de ella, doctor Luis E. Leone.

SR. PRESIDENTE (*Dr. Rodríguez*).— Hay una pregunta muy interesante que se refiere a cómo se encara en el Uruguay la protección a los cardíacos desde el punto de vista jurídico y práctico. Hace años que el Uruguay se ha ocupado por este problema; existe una ley del año 1951. El doctor Velazco Lombardini ha de contestarla.

Dr. Velazco Lombardini.— Tengo gran gusto en responder a esta pregunta porque ella me permite repetir una vez más, de acuerdo con lo que se acaba de decir, lo que digo en todo momento y en todas partes. Mis primeras lecciones las aprendí aquí, en Buenos Aires, con el profesor Bullrich y con sus excelentes discípulos, en primer término, con mi gran amigo el doctor Blas Moia, quien me enseñó todos los detalles prácticos que hoy constituyen para mí algo así como la Biblia de la profesión.

En el Uruguay hemos tratado de encarar la protección al cardíaco con un criterio un tanto distinto al que se tenía con respecto a cómo debe concebirse el enfermo. Las leyes anteriores habían sido inspiradas con un criterio bien intencionado pero prácticamente equivocado. Se trataba que el enfermo estuviera colocado a la misma altura que el sano, tuviera los mismos derechos en retribuciones, en caso de accidente, de enfermedad, licencias, jubilaciones, etc. Eso creaba un estado de parte del empleado que era peor que la enfermedad, ya que ese criterio le cerraba toda oportu-

nidad de trabajo al cardíaco porque nadie quería tomar a un hombre al que había que pagarle igual que a uno sano, pudiendo en cambio estar expuesto a agravaciones de su enfermedad, que no iba a tener ningún alivio para el empleador.

Se trató entonces de crear un estado de ánimo de parte del empleador que le demostrara que no existían riesgos en darle trabajo a ese enfermo. La primera ley que se aprobó en 1951 estableció que a todo enfermo cardíaco que hubiera sido estudiado por autoridad oficial, se le podía dar trabajo sin que por ello estuviera sometido a las leyes normales. Es decir, que quedaba al margen de horarios, laudos, etc., etc. En lugar de establecerse sueldos horarios y tipos de trabajo para el enfermo, se buscó una solución más elástica. Se consideró que estos enfermos podían ofrecer su trabajo en forma precaria y que las leyes son hechas para el hombre normal y que el sujeto que por un déficit orgánico o funcional ha dejado de ser normal, requiere leyes especiales. Entonces, se estudia caso por caso.

Cuando un cardíaco se afilia a la ley de protección al cardíaco se hace un contrato de trabajo en el que intervienen tres elementos: primero, el empleado debe querer aceptar el trabajo que se le ofrece; segundo, el empleador que debe aceptar ese empleado, debe estar de acuerdo en darle trabajo en relación con la disminución de aptitudes y de capacidad de trabajo que tiene; tercero, el Estado actúa como elemento de enlace entre los dos, para que el empleador no pretenda exigir demasiado trabajo y el empleado obtener ventajas de su situación.

Nunca hemos tenido conflicto sobre si el cardíaco empleado debe trabajar 5 u 8 horas, si debe realizar un trabajo de tal o cual naturaleza, si se le debe pagar tal o cual sueldo. Sobre eso nunca hemos tenido dificultad. El empleador siente verdadero terror por las complicaciones legales. Hay que tener cuidado con la protección que se hace al men- guado en aptitudes, porque cuando esa

intención se exagera se le quieren dar tantas ventajas al enfermo, que termina por provocar una reacción, es decir, el empleador dice: a ese enfermo yo no le doy trabajo porque ello hace que me meta en un problema del que no sé cómo he de salir.

Se trata de darle al empleador la tranquilidad absoluta de que nunca ha de tener complicaciones si él cumple con lo pactado. El debe comprometerse a no hacer trabajar a ese enfermo más horas de las debidas, a no hacerle trabajar en tareas que no debe hacer el paciente, es decir, no exigirle más trabajo en cantidad ni en calidad.

El empleador que no falte a lo que se ha comprometido no puede temer por las leyes uruguayas ninguna complicación, porque tiene el derecho de decir que no en cualquier momento y de deshacerse de ese empleado sin dificultades, ya que no le corresponde preaviso ni compensaciones de ninguna clase.

No es que se haya querido proteger al empleador. Queremos defender al empleado y eliminar todo pretexto que al empleador le permita negarse a dar trabajo al cardíaco. Cuando un empleador no quiere brindar trabajo a un cardíaco, nunca lo es por una razón falsa; tiene que existir alguna razón real, o bien demostrar su mala voluntad porque se le puede decir al empleador que el hecho de que hoy le dé trabajo no le impide que mañana lo ponga en la calle. Este ha sido el pivote sobre el que gira toda la posibilidad de encontrar plazas para los cardíacos.

Esa ley ha hecho un gran bien y ha cambiado por completo el concepto del peligro que existía de dar trabajo a un cardíaco.

Para darles una idea del terror que existía en dar trabajo a los cardíacos, les contaré una anécdota que a veces vale más que todas las explicaciones. Se trataba cierta vez de nombrar gerente en un banco y el candidato que llenaba todas las condiciones para ocupar ese cargo era un cardíaco. Para no nombrársele se hacía este argumento: ese hombre podrá ser gerente por uno o dos

años, pero dentro de 5 ó 6 años puede hacer una insuficiencia cardíaca y transformarse en un tremendo parásito para el banco, quién sabe por cuántos años. Ahí está el criterio de la ley: el día que ese hombre empiece a ser un parásito, se lo elimina sin preaviso ni compensaciones. Pero ¿por qué se va a eliminar a un hombre que puede muy bien servir cinco o seis años y relegárselo hoy como cosa inútil? Razonando así, llegamos a conseguir que el directorio comprendiera que el criterio sustentado no era adecuado, pero el terror que se tenía a las complicaciones legales era tan grande, que el directorio resolvió nombrarlo gerente, pero a condición de que no se aplicara la ley de protección al cardíaco.

Esto revela el criterio que se tenía en un sector del pueblo, que no es precisamente el más ignorante. Debemos ilustrar al pueblo sobre el factor jurídico que nos rige. Para el establecimiento de la protección al cardíaco existen tres inconvenientes muy grandes: falta de medios materiales, o sea, falta de dinero, falta de autoridad y falta de instrucción en los empleados y en los empleadores; y de esos elementos, el más difícil de vencer, con el que hay que luchar más, es la falta de instrucción en los empleados y empleadores. Todos están con el complejo de quién sabe si las cosas son tan claras como se dice y quién sabe qué oscuridades podrán venir en el futuro.

Si algún consejo tuviera que dar, sería el tratar de proceder en tal forma que se combatiera en empleados y empleadores esa resistencia que existe y tan difícil de vencer, a todo lo que sea incorporar a la vida normal un nuevo criterio legal.

SR. PRESIDENTE (*Dr. Rodríguez*). — ¿Está de acuerdo el doctor Schärer?

Dr. Schärer. — Sí, doctor.

SR. PRESIDENTE (*Dr. Rodríguez*). — Aparte del factor instrucción o mejor conocimiento legal del problema de parte del empleado y empleador, es muy

importante la cultura general del empleado, es fundamental que ésta sea sólida para poder rehabilitarlos o reclasificarlos, cuando no puedan seguir como consecuencia de una afección cardíaca desempeñándose en su puesto habitual. A los adolescentes portadores de una cardiopatía se les debe enseñar profesiones sedentarias, para ello es muy importante el consejo del médico y el buen entendimiento de los padres.

En Francia, la ley 57.123 obliga a reservar plazas a los disminuidos. En Inglaterra todo empleador con más de veinte empleados permanentes debe igualmente reservar plazas. En Estados Unidos de Norteamérica, país eminentemente práctico, no hay ley que obligue al empleador a reservar plazas, pero los patronos los toman sin mayor resistencia porque previamente son examinados en clínicas clasificadoras del trabajo mantenidas por la American Heart Association, las cuales siguen examinando periódicamente a estos enfermos, que tienen el mismo ausentismo que los sanos y producen más.

SR. PRESIDENTE (*Dr. Rodríguez*).— Otra pregunta dice: “¿Cómo se realiza la asistencia social al cardíaco en los servicios cardiológicos de la Municipalidad?”. El doctor B. Moia contestará esta pregunta porque fue uno de los primeros en ocuparse al respecto al lado del Dr. Bullrich, allá por el año 1933, y tiene un buen servicio social.

Dr. Moia.— Voy a comenzar recordando algo que siempre decimos cuando nos reunimos los delegados del Comité Permanente de Asuntos Sociales e Investigaciones Epidemiológicas de la Sociedad Internacional de Cardiología, y es que, evidentemente, la asistencia social del cardíaco debe empezar por una buena asistencia médica. Así lo entendía el profesor Bullrich y por eso inició en nuestro país los servicios de cardiología de la Municipalidad, de los que hay 11 en la actualidad, la mayor parte bien equipados,

Si el cardíaco tiene que ser ayudado socialmente, no es para darle una caridad sino los medios necesarios para que pueda desarrollar su actividad. Muchos pacientes han recuperado su capacidad funcional y han dejado de ser cardíacos inválidos mediante una intervención quirúrgica. Si no hubiera habido un buen servicio de cardiología, montado con todos los elementos modernos de diagnóstico y de orientación fisiopatológica, hubiera sido difícil devolverle la capacidad funcional. Felizmente la Argentina es uno de los países que tienen mejor organizada la asistencia médica del cardíaco. No creo que haya país en el mundo que tenga tantos servicios de cardiología y tan bien montados. Otros países se ocupan de atender socialmente al cardíaco y no instalan servicios de cardiología que puedan dar a esos sujetos el máximo de capacidad funcional.

La mayoría de los servicios de cardiología de la Municipalidad cuenta con un servicio de asistencia social que colabora en dos aspectos: primero, para conseguir el máximo de eficiencia del tratamiento médico ayudando al enfermo a corregir faltas, mejorando sus características para obligarlo a que permanezca vinculado al servicio a fin de que cumpla con las indicaciones terapéuticas, etc., y segundo, la ayuda social de los inválidos.

Nuestro servicio, el pabellón Inchauspe del Hospital Ramos Mejía, es la continuación del primer dispensario que fundó Bullrich en mayo de 1934. Había en una pequeña pieza de entonces, un consultorio de cardiología que teníamos Braun Menéndez y yo, Bullrich consiguió los elementos necesarios para formar el primer dispensario del hospital Ramos Mejía bajo la dirección de nuestro siempre bien recordado y malogrado amigo Braun Menéndez. Con él trabajamos en el dispensario hasta 1936 y este es un aspecto poco conocido de la trayectoria ilustre de Braun Menéndez. Los primeros trabajos clínicos se publicaron en esa época y cuando pasó a fi-

siología quedé yo a cargo de ese dispensario.

Nuestra preocupación fue dotarlo de todos los elementos para la mejor asistencia médica y después, completar la asistencia social. Hay 6 dispensarios que tienen una buena asistencia social.

El plan de asistencia social de la Municipalidad está perfectamente trazado y por causas que sería largo enumerar no todos los servicios han conseguido establecer la parte asistencia social como lo deseábamos. Es difícil luchar contra algunas resistencias porque a ciertos jefes les interesa más el aspecto médico que el social, que yo creo que no puede ser indivisible.

Nuestros visitadoras se ocupan de que dentro de las fábricas u oficinas se les dé a los cardíacos tareas que sean compatibles con su capacidad funcional. Esto no es muy difícil. Se les informa a los empleadores de la capacidad funcional de sus empleados y se les consigue una ocupación acorde. Desgraciadamente, surgen obstáculos, el empleado debe ir al trabajo, tomar transportes, deben a veces viajar colgados en los estribos, de manera que no se trata simplemente de resolver el problema del empleado o empleador sino que es imprescindible que todos colaboren en la solución de esas cuestiones.

Si el empleado no tiene capacidad funcional para desempeñar una actividad se le reeduca. Para esto la Municipalidad cuenta con los servicios privados de las Damas Cooperadoras de Asistencia al Cardíaco y el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública al Taller de cardiología social donde se envían los cardíacos que necesitan aprender un nuevo oficio, con lo que se trata de obtenerles una plaza en un nuevo empleo o que trabajen en su casa o bien, en el taller, vendiendo allí su producción.

En caso contrario, si el cardíaco es desgraciadamente un inválido, se trata de obtener su jubilación. Hay muchos pacientes que están en condiciones de retirarse pero no saben que están en condiciones de hacerlo.

Aun en el caso de que el cardíaco pueda desarrollar una actividad se estudia el carácter familiar. Por eso, se levanta una ficha muy completa en la que se anotan todos los datos de la familia. Muchas veces, la familia por falta de una educación adecuada, no rinde económicamente lo que debiera. Se trata de orientar mejor a los hijos y muchas veces, hemos podido levantar la familia aún manteniéndose la invalidez total del jefe de la familia, mejorando las condiciones, la vocación profesional, que muchas veces no la tienen. Hay personas que se emplean en lo que pueden y no conocen bien su capacidad profesional. Y nuestro servicio lo ayuda en ese sentido.

Cuenta la asistencia social al cardíaco con una asignación mensual de cinco mil pesos con lo que se pagan pequeñas menudencias, tratándoles de demostrar que no se trata de caridad, sino que es algo que contribuye a su rehabilitación. Toda la ayuda viene de la parte privada y estamos muy reconocidos a las damas cooperadoras y al Taller de Cardiología Social del Ministerio.

Si bien no se puede decir que la asistencia social al cardíaco sea perfecta en la Municipalidad, entiendo que es bastante buena.

SR. PRESIDENTE (*Dr. Rodríguez*).— Quiero agregar que la asistencia social no es caridad. Esta disminuye al individuo que se acostumbra a vivir de la caridad y pierde iniciativa privada. En Norteamérica se los ayuda exigiendo al paciente que de su parte haga todo lo que pueda. Esas famosas instituciones del Welfare se ocupan con tanto ahínco y cariño de estos enfermos que los mismos se acostumbran a no hacer nada y no quieren trabajar más. Indudablemente que son pocos cinco mil pesos porque existen muchísimos problemas que deben ser solucionados en forma urgente.

El doctor Moia se ocupó de los servicios municipales. Hay asociaciones que hacen una gran obra, como es COR (Coordinación de Obras Privadas y de Rehabilitación) creada en octubre de

1958, con sede en la calle Santa Fe 880. Allí existe un taller de trabajo. Hay muchos cardíacos que no pueden seguir un ritmo normal de trabajo y no pueden hacer 8 horas diarias. Entonces, trabajan lo que pueden y del producido de su tarea tienen un tanto por ciento. Eso es corriente en Finlandia, Suecia y Dinamarca. COR tiene talleres donde por ejemplo, se empaquetan jabones y además, cuenta con talleres de aprendizaje.

Otra institución interesante es COR-DIC, fundada en 1960, con gran entusiasmo inicial. Tiene por finalidad ayudar económicamente para gastos debidos a operaciones, cateterismos, radiografías, etc. Es una ayuda asistencial y también para la investigación en los distintos servicios y en caso de que los enfermos estén imposibilitados para trasladarse a un establecimiento público, pagan la visita en carácter de consulta a un médico especialista.

Se trata, pues, de dos instituciones dignas de nuestro mayor elogio.

Una pregunta dice: ¿Deben rechazarse de los puestos públicos los cardíacos? La contestará el doctor Vázquez Rocha.

Dr. Vázquez Rocha.—Deseo señalar primeramente, que dirijo una institución para los que aspiran a ocupar cargos públicos en el Uruguay. Esa oficina realiza exámenes médicos privados para aspirantes a cargos públicos o de empresas privadas.

Durante 23 años que ejercemos la dirección de esa entidad hemos procurado facilitar el acceso de los cardíacos a los empleos públicos. Fundamos nuestra resolución en dos postulados: primero, que el cardíaco tiene derecho a trabajar, no a la limosna ni a regalos, porque es capaz de producir; segundo, tiene el deber de rendir conforme a su capacidad y en tareas adecuadas a su condición.

Hemos tenido siempre la preocupación de dirigirlos hacia aquellas actividades que estén más de acuerdo con su estado sanitario. En ese sentido lo mejor es orientarlos hacia los empleos públicos donde "nadie se mata trabajando".

Eso tiene ventajas de orden social porque la inactividad inferioriza al paciente, lo amarga, lo hace sentirse desgraciado. En el gremio de conductores de ómnibus hubo un movimiento de resistencia porque en ese gremio había un sujeto que era cardíaco y no quería ser sometido a examen alguno que le hiciera correr el riesgo de perder su trabajo. La inactividad engendra además, protestadores crónicos y hasta agitadores. Este sujeto logró provocar una huelga general del transporte con el sólo propósito de evitarse ese examen médico, con la creencia equivocada de que nosotros lo inhabilitaríamos para sus funciones.

En segundo lugar, la actividad laboral eleva la moral del enfermo y la de los suyos, para quienes ya no será una carga tan pesada, alejando de su espíritu la angustia económica que agrava su mal físico.

El rechazo del paciente por los empleadores y administradores de trabajo es un error económico. Desde el punto de vista médico, el trabajo adecuado es útil al paciente; recuérdense las medidas terapéuticas que utilizan la actividad física.

Analizaremos ahora, el factor económico que creemos es el más importante para llevar a los poderes públicos el convencimiento de la gravedad del problema. Hemos hecho un estudio de lo que puede significar la inversión de capital necesario para educar a un sujeto cardíaco.

El índice de morbilidad en el Uruguay es de 11,06%. El número de pacientes cardiovasculares es de 288.400 y por encima de 20 años habría 277.440 individuos cardíacos que pueden trabajar. Cada uno de estos sujetos ha costado una cantidad de dinero para llegar a esta edad y según los datos de nuestro país los estimamos en 7.200 pesos, cantidad que es muy pequeña. En consecuencia, el valor invertido en los 277.440 cardíopatas es de 1.997.568.000 pesos uruguayos. Yo me pregunto si esa inversión que se efectuó para crear ese capital puede permanecer improducti-

va. Entiendo que ningún Estado por más rico que sea puede permitirse ese lujo.

SR. PRESIDENTE (*Dr. Rodríguez*). — ¿Está conforme el doctor Scharer con la respuesta a su pregunta?

Dr. Scharer. — Sí, doctor.

SR. PRESIDENTE (*Dr. Rodríguez*). — el doctor Velazco Lombardini se referirá a lo que se pierde por desaprovechar las energías disponibles en los cardíacos.

Dr. Velazco Lombardini. — Lo que se pierde en desaprovechar las energías de los cardíacos son sumas realmente extraordinariamente grandes, tan grandes que podrían influir en la vida de un país. Parecería que esta es una exageración, pero si se hacen números, se comprobará que no es así. Llega a muchos millones de pesos en un país pequeño como es el Uruguay. Eso proviene tanto de los cardíacos adultos como de los cardíacos niños.

Los cardíacos adultos empiezan a ser incapaces en la época de la vida en que son más hábiles. No hay nada más penoso que ver a un hombre que ha llegado a ser un hábil artesano en su oficio y al que debemos decirle que debe cambiar de rumbo y hacer otra cosa. Y eso no ha ocurrido por casualidad, sino que el día en que ese hombre visitó por primera vez a un médico y se reconoció que tenía una cardiopatía, todo se redujo a darle tónicos cardíacos, los regímenes correspondientes, pero sin preocuparse para nada de la clase de vida que hace ese hombre. Y ese sujeto que puede ser un habilísimo carpintero debe pensar en trabajar en otro oficio. Eso crea tragedias tan grandes que hemos oído respuestas como esta: Si yo tengo que cambiar de oficio, prefiero morirme en lo que estoy haciendo y no empezar de nuevo ahora que estaba tan contento de lo bien que ejercía mi oficio. Es como si a alguno de nosotros nos dijeran que tenemos que empezar a estudiar derecho y abandonar la medicina.

Recuerdo el caso de un esgrimista que llegó a ser campeón sudamericano y cuando tenía 32 años de edad hubo que decirle: usted no puede llevar más un florete en la mano. Y contestó: yo seguiré tirando esgrima hasta que me muera. Y así fue: Ese hombre, que pudo vivir muchos años y ser útil a su familia y a su patria, terminó la vida, casi suicidándose. Ese es un problema de todos los días. A hombres que están en el máximo de su capacidad productiva hay que decirle: usted no puede trabajar más en ese oficio, debe renunciar a todo y empezar otra vez a ser un ignorante.

Y si esto lo decimos de los adultos, ¿qué decir del niño? Debemos encarar las cosas de manera tal que la profesión de esos jóvenes sean compatibles con su estado de salud. Si se piensa lo que cuesta al país un sujeto parásito, día a día y lo que es capaz de producir trabajando, se tendrá la cifra de lo que se pierde, de lo que se deja de ganar. Dado el elevado número de cardíacos, la pérdida total es extraordinariamente cuantiosa, mucho mayor de lo que se piensa.

SR. PRESIDENTE (*Dr. Rodríguez*). — El doctor Vázquez Rocha desea ampliar la pregunta hecha por el doctor Ferrari.

Dr. Vázquez Rocha. — Voy a dar algunas cifras que manejamos en la Fundación Procardias.

El número de enfermos que existen en el Uruguay que están en la edad productiva, de 20 años en adelante, es de 277.440. Si consideramos que están inhabilitados en absoluta, temporal o definitivamente la mitad, nos quedan 138.720. Si admitimos que esta gente percibe un jornal medio de 12 pesos, y del que pueden obtener el 50 % por el trabajo de media jornada, ganarían por día todos estos cardíacos, 832.320 pesos y mensualmente la suma de 19.795.680 pesos y por año, 239.708.160 pesos.

El mantenimiento de estos pacientes cuesta dinero, hay que vestirlos, cuidarlos, alimentarlos. Supongamos que se invierta diariamente en el gasto del hogar, 5 pesos más, suma ridícula por su pe-

queñez, para atender esas obligaciones con el enfermo. Eso costaría por año 209.696.000 pesos, que sumados a las cifras anteriores nos dan 449.404.160 pesos de pérdida por año.

SR. PRESIDENTE (*Dr. Rodríguez*). — Deseo agregar que en Norteamérica en 1953 se calculó que se habían perdido como consecuencia de las cardiopatías 653.000 unidades de trabajo-año, lo que representa 2.460 millones de dólares.

Quisiera preguntarle personalmente al doctor Cyro Giamb Bruno cuál es la importancia social de la fiebre reumática.

Dr. Giamb Bruno. — En relación al problema de las afecciones del cardíaco, es evidente la importancia de la fiebre reumática, puesto que es una de las enfermedades que produce más cardíacos. La fiebre reumática por su frecuencia, es una enfermedad social. Según una estadística de 1950, el 20 por mil de los escolares la padecen. En todos los hospitales pediátricos una cama cada 10 está ocupada por un paciente de fiebre reumática. Es además una enfermedad social por la importancia en que se establece esta enfermedad en las distintas capas de la sociedad, afectando a las zonas que tienen menor capacidad económica y cultural y vinculada su frecuencia a los países con subdesarrollo.

Es una enfermedad social por la incapacidad que provoca. Debe encararse su tratamiento en el plano técnico y en otros aspectos. En el plano técnico existe la obligación en todas las facultades de medicina de impartir además de la instrucción asistencial técnica, el conocimiento de los problemas médicos sociales en las materias que tienen relación con las enfermedades sociales.

En segundo lugar, es menester el sostenimiento de servicios especializados bien equipados para el tratamiento de esta afección, que desde luego consiste en el trípede de los cuidados higiénicos, dietéticos, reposo y medicamentación.

En tercer lugar, debe establecerse un plan social de la profilaxis de la fiebre reumática. Desde hace 10 años se hacen sentir los efectos de esa profilaxis en la Capital y no en el interior. En el servicio de cardiología infantil observamos que en la actualidad casi todos los niños con brotes de fiebre reumática provienen del interior del país. Hemos elevado un proyecto al Ministerio de Salud Pública para generalizar la profilaxis en el orden nacional.

En cuarto término, el tratamiento de este problema nos lleva al seno de los hogares de los convalescientes, ya que la recuperación no se puede obtener con la internación de un mes. El hogar de cardiología infantil ha demostrado su utilidad en cuanto al ambiente que proporciona a estos enfermos, a la preparación escolar y a su adecuación para el trabajo futuro.

En quinto lugar, es necesaria la organización de una asistencia social integral que debe partir, como dijo el doctor Moia, desde los servicios médicos, con la colaboración del médico y la asistente social, proponiendo campañas de información para atraer la colaboración pública y privada.

La labor del médico no debe detenerse en el tratamiento asistencial de la enfermedad sino que está obligado a llevar la información del problema a la comunidad para promover la protección pública y privada.

SR. PRESIDENTE (*Dr. Rodríguez*). — La Fiebre Reumática tuvo gran importancia hasta hace poco, cuando no se podía instituir más tratamiento que el reposo en cama y los salicilatos. En la actualidad su importancia va disminuyendo en todo el mundo a raíz del empleo de la penicilina como profiláctico y los corticoides como nueva arma terapéutica.

Las casas de convalecencia se están cerrando en Estados Unidos. Según estadísticas francesas antes los enfermos de Fiebre Reumática debían permanecer en el 60 % de los casos en ellas tér-

mino medio seis meses, en la actualidad el 60 % no pasa de dos meses de internación.

La fiebre reumática está perdiendo importancia como problema médico-social, en relación al pasado, pero sigue siendo un serio problema sanitario máxime si consideramos que afecta a la población infantil.

Un médico asistente. — ¿Me permite, doctor?

Estoy muy de acuerdo con lo que dice el señor presidente sobre el cardiópata de la ciudad, pero nuestro país tiene una extensa campaña y en este momento tengo en asistencia a varios chacareros. Son chacareros que trabajan la tierra personalmente, porque no pueden darse el lujo de tener un peón.

¿Cómo le solucionó el problema a ese chacarero de 25 años de edad con insuficiencia mitral? No puedo decirle que venda su chacra y se vaya a vivir a la ciudad. Según el señor Presidente debe seguir trabajando en su chacra.

SR. PRESIDENTE (*Dr. Rodríguez*). — Los cardíacos que desempeñan tareas agrícolas son los que plantean mayores dificultades.

La mayor parte de la población de la República Argentina está en centros urbanos. El último censo del año 1960 arrojó una población de 19.975.000 de habitantes, de los cuales la tercera parte está radicada en el Gran Buenos Aires (6.751.000 habitantes). Si agregamos la población de las ciudades de Rosario, Santa Fe, Córdoba, Mendoza, etc. Se comprobaría que el 80 %, no trabaja en el campo.

Su problema depende del grado de la insuficiencia mitral, si es de importancia debe abandonar ese trabajo, si no lo es, puede continuarlo máxime que en la actualidad con la mecanización de las tareas rurales se puede trabajar el campo sin efectuar esfuerzos de consideración.

—*Con lo que terminó la mesa redonda siendo las 12.50.*