

LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y LA MEDICINA PREVENTIVA *

Dr. EDUARDO CRUZ COKE

La repercusión social de las enfermedades circulatorias se traduce en una disminución progresiva de la capacidad de trabajo del individuo, que se transforma así en un inválido que en lugar de ayudar a la sociedad, necesita ser ayudado por ella.

Este problema merece especial atención en Chile y en países de una economía del trabajo análoga con los siguientes caracteres:

a) Población pasiva muy alta en relación a la activa (Cuadro I):

CUADRO I. — POBLACION ACTIVA DE LOS PRINCIPALES PAISES

Argentina	41,7
Brasil	31,2
Canadá	37,9
Cuba	32,8
Chile	32,5
Estados Unidos	39,8
Australia	43,3
Bélgica	46,3
Dinamarca	45,2
España	36,9
Francia	52,4
Gran Bretaña	47
India	42,2
Noruega	41,5
Suiza	47,8

CUADRO III. — CAUSAS DE INVALIDEZ EN LA CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO
Período 1935-1943

	1935-36	1936-37	1937-38	1938	1939	1940	1941	1942	1943	Total
Solicitudes aceptadas	576	522	626	472	1472	1828	1635	1327	1489	9947
Afecciones cardíacas	197	171	177	163	528	683	649	534	567	3689

3689 afecciones cardíacas, o sea, el 38%.

c) Población pensionada aunque sin una justa distribución por clases, de los beneficios otorgados, con una alta proporción de la renta nacional.

Un mensaje del Ministro de Hacienda al Congreso el 12 de Noviembre de 1945 llamaba la atención sobre el alto rubro de jubilaciones y pensiones que tenía que so-

b) Población pasiva de adultos producida en gran parte, especialmente entre los empleados, por una invalidez precoz debida a afecciones cardiovasculares.

En el Servicio Médico Nacional de Empleados durante el año 1944, los motivos de jubilación de 894 personas fueron los siguientes (Cuadro II):

CUADRO II. — JUBILADOS AÑO 1944
894 EMPLEADOS

	Nº	%
Por afección cardiovascular como causa principal	386	43,3
Por afección cardiovascular como causa concomitante importante	79	8,8
Por tuberculosis	75	8,3
Por diabetes	10	1,1
Por causas diversas	344	38,5
	894	100,0

En resumen, el 52,1% de los que jubilan lo hacen por afección cardíaca como factor exclusivo o concomitante.

En la Caja de Seguro Obligatorio las causas de invalidez se reparten a su vez como sigue (Cuadro III):

* Co-relato al Tema Oficial de la XVII Reunión Anual de Medicina (III Sección), 23 de Diciembre de 1945.

portar el Estado y que subía en esa fecha a la suma de \$ 486.349.939, es decir, el 25% de los gastos que por sueldos perciben los empleados en servicio activo.

Observaba en dicho Mensaje el Ministro que con las nuevas franquicias otorgadas por el proyecto económico de los profesores, esa suma iba a alcanzar la cifra de \$ 600.000.000, lo que citamos como una imagen de lo que representa para el activo chileno, la carga que lleva a cues-

Los tres caracteres de los pasivos chilenos que acabamos de enunciar nos obligan a realizar con urgencia una política de medicina social que rompa el círculo vicioso representado por la alta carga económica que cada chileno que trabaja lleva sobre sus hombros y representada por más de dos pasivos por cada persona activa.

Una nación no puede llevar al mismo tiempo el peso de un gran crecimiento vegetativo debido a su gran natalidad y el de una proporción de adultos pasivos también muy grande, ya sean esos producidos por invalidez, mal aprovechamiento de las facultades físicas del individuo o jubilaciones legales sin la justificación de una incapacidad verdadera.

Revelaciones del estado de salud

Veamos ahora cuáles son los hechos que el examen de salud nos revela en este mismo aspecto del problema.

La Caja de Seguro Obligatorio realizó durante el período 1938-1944, 750,521 exámenes de salud en relación con la Ley de Medicina Preventiva (Ley 6174). De estos exámenes, 32,285, es decir, un 4,31% correspondieron a enfermos cardiovasculares supuestos sanos.

Durante el año 1944, esta proporción fué de 4,46% (5,230 individuos sobre 117,030 examinados), habiéndose ella mantenido alrededor de esa cifra desde el primer momento.

Período	Total exámenes	Enfermos cardiovasculares	%
1938-1944	750,521	32,285	4.31

Es interesante observar que en las encuestas realizadas por nosotros en el supuesto sano en el año 1937 y que sirvieron de fundamento a la Ley 6174, la proporción de cardiovasculares que se registró en ella fué de 3,49% entre los obreros y del 4,14% entre los estudiantes.

La importancia del examen sistemático del supuesto sano, se puede apreciar en lo que nos revela la estadística de la consulta espontánea, comparada con la del examen sistemático, según lo muestra el cuadro que sigue: (Hervé, 1945).

CASOS CARDIOVASCULARES ENVIADOS DE MEDICINA PREVENTIVA (2.075 casos)

Con síntomas de insuficiencia cardíaca	17,05%
Con insuficiencia cardíaca grave	1,68%

CONSULTA ESPONTANEA

Con síntomas de insuficiencia cardíaca	49,3%
Con insuficiencia cardíaca grave	10,7%

La distribución de los casos cardiovasculares según la Ley de Medicina Preventiva, fué en el país durante los años 1944 y 1945 la siguiente (Hervé, 1945):

DISTRIBUCION DE LOS CASOS CARDIOVASCULARES SEGUN LA LEY DE MEDICINA PREVENTIVA

Año 1944	Santiago	Provincias
Total de casos:	3560	1.501
Sosp. y latentes:	1182 (32 %)	453 (30 %)
Confirmados:	2378 (66,8 %)	1.048 (69,8 %)
Grupo I	1919 (80,7 %)	443 (42,3 %)
Grupo IIa	405 (17 %)	389 (37 %)
Grupo IIb	45 (1,9 %)	132 (12,6 %)
Grupo III	9 (0,4 %)	84 (8,0 %)

Año 1945.

Total de casos:	2074
Sosp. y latentes:	475 (22,9 %)
Confirmados:	1599 (77,1 %)
Grupo I	1255 (78,5 %)
Grupo IIa	319 (19,9 %)
Grupo IIb	24 (1,5 %)
Grupo III	11 (0,7 %)

Como se puede ver, en promedio el 80% pertenecen al grupo I, que es el recuperable en corto tiempo y a bajo costo, siempre que se disponga de un criterio de tratamiento y reposo adecuados, cosas que la Ley permite ampliamente.

En el Servicio Médico Nacional de Empleados las mismas encuestas han revelado las siguientes cifras:

Total de examinados	Enfermos cardiovasculares	%
71.479	7,631	10,65

Es curioso observar la mayor proporción de enfermos cardiovasculares entre los empleados. Las cifras citadas coinciden también con las de las encuestas que realizamos en el estudio de la Ley 6174.

En el Servicio Médico de los Ferrocarriles del Estado en una encuesta realizada por Waldo Inostroza sobre un total de

19,992, se ha otorgado reposo preventivo a 240 supuestos sanos, por haberseles encontrado enfermedades cardiovasculares sujetas a recuperación (1,2%).

El problema de los cardiovasculares presenta, pues, un volumen suficiente de enfermedad oculta y activa en el supuesto sano para que lo tomemos en cuenta como rubro importante dentro de la Ley 6174.

Resultado del reposo preventivo

Durante el año 1944 se sometieron a reposo entre los cardiovasculares observados en la Caja de Seguro Obligatorio 815 personas. El resumen general de los días de reposo y las sumas pagadas en dichos casos durante ese año, fueron las siguientes:

Nº de casos	Días de reposo	Suma pagada	TºMº días por caso	TºMº Subs. por caso	TºMº Subs. por día
815	70,837	\$ 1,732,882	86,91	\$ 2,216.23	\$ 24.26

Los resultados obtenidos por medio del reposo preventivo fueron los siguientes en el total del país:

Mejorados	519 casos	— 63,86%
Iguales o agravados	287	— 35,21%

La duración media del reposo necesario para obtener los resultados anteriores ha sido de 3 meses.

En Santiago, durante el año 1945, los reposos otorgados se distribuyeron según el tipo de afección de la siguiente manera (Hervé, 1945):

DURACION MEDIA DEL REPOSO PREVENTIVO SEGUN EL TIPO DE AFECCION (Santiago - Año 1945)

Endocarditis bacteriana	5,8 meses
Aortitis complicada	5,2 "
Insuficiencia aórtica reumática	4,8 "
Hipertensión y arterioesclerosis	3,7 "
Síndrome anginoso	3,6 "
Enfermedad reumática inicial	3,6 "
Enfermedad mitral	3,6 "
Hipertensión arterial	3,3 "
Nefritis aguda	2,2 "

Promedio del reposo preventivo en Santiago: 3,2 meses

Según el diagnóstico, las recuperaciones fueron las siguientes (Hervé, 1945):

	Casos analizados	Recuperados	Duración media reposo	Promedio recuperación
Afecciones coronarias	62	72,5 %	33 meses	24 meses
Enfermedad reumática	96	65 %	26 "	24 "
Hipertensión arterial	140	50 %	24 "	22 "

Alrededor de la mitad de los sometidos a reposo lo necesitan una sola vez y una cuarta parte dos veces.

La recuperación en el Servicio Médico de los Ferrocarriles del Estado ha sido de un 72,08% sobre 240 personas, con un

RECUPERACIONES INMEDIATAS AL PRIMER PERIODO DE REPOSO SEGUN EL DIAGNOSTICO (142 casos)

Nefritis aguda	100%	(en 7 casos)
Enfermedad reumática actual	100	(" 8 ")
Hipertensión arterial	89,4	(" 19 ")
Enfermedad mitral	86	(" 50 ")
Insuficiencia aórtica reum.	77,6	(" 11 ")
Insufic. mitro-aórtica	70,4	(" 7 ")
Síndrome anginoso	69,6	(" 13 ")
Aortitis complicada	41,6	(" 12 ")
Endocarditis bacteriana	40	(" 5 ")
Arterioesclerosis	33	(" 4 ")
Hipert. y arter.	31,2	(" 16 ")

En cuanto a la distribución por diagnóstico de los casos cardiovasculares acogidos por la comisión de Santiago durante el año 1944 ha sido la siguiente:

Afecciones valvulares, hipertensión arterial, arterioesclerosis, enfermedades coronarias, etc.	247
Glomerulonefritis	15
Enfermedad reumática	15
Pericarditis aguda	1
• Total	278

La experiencia del Servicio Médico Nacional de Empleados durante cuatro años y medio no difiere de la anterior, pero merece ser discriminada:

25% de recidivas provocadas por la vuelta a la misma faena.

Se puede decir, pues, que alrededor del 60% de los enfermos cardiovasculares atendidos por los servicios de Medicina Preventiva se han recuperado. Esta recu-

peración no es la misma para las diferentes zonas del país, siendo muy pequeña en algunas regiones debido a un criterio demasiado generoso de parte de los médicos para acoger en la Ley a enfermos con una baja probabilidad de recuperación. Como puede comprenderse, sobre todo en los cardíacos, esta recuperación es tanto mayor cuanto menor es la edad del enfermo.

En este sentido hay que llamar la atención también que en ciertas zonas como la de los puertos, la proporción de cardiovasculares en los supuestos sanos es mucho mayor que en otras. Así, por ejemplo, mientras el número de casos observados en Santiago en la Caja de Seguro Obligatorio fué durante el año 1944 de 271, éste fué en Valparaíso de 365, lo que no ha de extrañarnos debido al trabajo pesado que tienen los trabajadores portuarios y al hecho de que habitan en los cerros, lo que les representa un trabajo extraordinario después del fin de la jornada.

El importante trabajo de Alva y Vargas Carretero estudia este y otros aspectos del problema, sugiriendo medidas urgentes y a nuestro juicio un criterio justo en la práctica de la aplicación de la ley.

En el caso de puertos como Tocopilla con épocas sin trabajo para el obrero y faena agobiadora en tiempo de carguío, el problema se hace aún más grave.

Criterio de recuperabilidad para el caso de los cardíacos

No se puede tener en el caso de los enfermos cardiovasculares el mismo criterio de recuperabilidad que pudiera tenerse con otras afecciones. Se trata aquí de establecer no, si el enfermo va a reintegrarse orgánicamente en forma cercana a lo absoluto, sino el grado de mayor rendimiento en trabajo total por vida que podrá el enfermo tener, sometido a un reposo y tratamiento adecuados.

Para ello hemos de preguntar, ¿cuánto más debe poder vivir trabajando un enfermo cardíaco gracias al reposo que se le otorgue para que justifique nacionalmente la inversión que en él la sociedad haga? La contestación es simple. Como cada persona que trabaja en Chile sostiene dos y media personas, está lo anterior económicamente justificado cuando el in-

dividuo, gracias al reposo concedido puede vivir trabajando un tiempo superior al que hubiera vivido sin ese reposo, equivalente varias veces a los días de reposo que le fueran concedidos.

El beneficio de esta ayuda bajo el punto de vista social es doble, pues además de obtenerse así en promedio una mayor producción de riqueza gracias a la oportuna distribución del trabajo, en el curso de una vida individual afectada en su capacidad de producir, la sociedad economiza además los subsidios que directa o indirectamente debe gastar en los pasivos que el activo sostiene y que, como hemos mostrado, en Chile son muchos.

Sobre la base de la experiencia real que hemos revelado, supongamos que el Estado gasta durante 3 meses \$ 2,500 en darle reposo a un obrero. Como la proporción de recuperables cardiovasculares según lo establecido es del 60%, habrá que gastar un 40% más de estos \$ 2,500 en recuperar a un cardíaco, es decir, \$ 3,500. Se puede llamar recuperación valedera la que se traduce en una prolongación de la vida activa del obrero equivalente por lo menos a la recuperación de lo que la colectividad ha gastado. Estudiemos si en las condiciones de rendimiento real expresadas, se cumplen los requisitos económicos que nos hemos exigido. Supongamos que un obrero sin reposo pudiera trabajar sólo un año más y con reposo pudiera trabajar dos años más, ¿cuáles serían en estas condiciones las consecuencias económicas del reposo? Trabajando un año este obrero le produce a la renta nacional \$ 10,000, de los cuales él gasta en promedio para vivir un 40%, representando el 60% restante lo que entrega para subsistencia de los pasivos a su cargo. Si con un gasto de \$ 3,500 en reposo y \$ 2,000 en hospitalización y servicios correspondientes se logra obtener de él un trabajo equivalente a un año más, es decir, \$ 10,000 más, no sólo se recupera el capital gastado bajo el punto de vista de renta nacional con sus intereses, sino mucho más. En efecto, de los \$ 3,500 gastados, la colectividad de todas maneras tenía que haber gastado un 60% en los pasivos correspondientes, es decir, \$ 1,500 y de los \$ 10,000 de más que el obrero recuperado produce, van a ser gastados \$ 6,000 por los pasivos que le corresponden, lo que se traduce en un beneficio total de \$ 2,000.

PERDIDAS Y GANANCIAS DEL REPOSO PREVENTIVO EN EL CASO DE UN ENFERMO
CARDIOVASCULAR (PROMEDIO)

P E R D I D A S		G A N A N C I A S
1) Pago de 3 meses de reposo	\$ 2,500.—	5) Gasto inevitable que la colectividad hubiera tenido en los pasivos durante 3 meses de reposo
2) 40% de irrecuperación	2,000.—	\$ 1,500.—
3) Hospitalización de 3 meses	1,800.—	6) Recuperado para pasivos. 1 año
4) Gastos de examen médico	200.—	6,000.—
	<hr/>	
	\$ 5,500.—	<hr/>
		\$ 7,500.—
<i>BENEFICIO LIQUIDO</i>		\$ 2,000.—

Notas explicativas:

- 1) Obrero con sueldo de \$ 10,000 al año.
- 2) De acuerdo con la experiencia de la Caja de Seguro y del Servicio Nacional de Empleados que obtiene como promedio un 60% de recuperación de dos años en los enfermos sometidos a reposo de 3 meses.
- 3) \$ 25 diarios durante 90 días. Sólo el 80% de los enfermos se hospitalizan.
- 4) \$ 20 valor del examen. Hay que multiplicarlo por un factor 10 que corresponde a la proporción de gastos que en el examen general de pesquisa de los 3 grupos de enfermedades de la Ley, corresponden al cardíaco.
- a) Se ha considerado para este cálculo un minimum de un año de recuperación solamente, a pesar de haber mostrado la experiencia que son dos.
- b) No se ha colocado en "ganancias" los 3 meses por lo menos de hospitalización que economiza la investigación precoz del cardíaco y su reposo oportuno por este motivo mucho más breve. Considerando en Ganancias los dos rubros a) y b) se obtendría un beneficio líquido superior en 6 mil más 1.800, es decir, de \$ 7,800, lo que da un total de \$ 9.800 de beneficio líquido.

El criterio de recuperabilidad, como se ve, tiene en el cardiovascular íntima relación con el aspecto "grado de recuperación para el trabajo". Se trata de adquirir un criterio que permita juzgar hasta qué punto la inversión de un reposo va a significarle a la sociedad, un aporte mayor de riqueza en promedio. Acabamos a este respecto de establecer una pauta.

Como mejorar el rendimiento de recuperación del cardiovascular

Se nos presentan a este respecto tres posibilidades:

- a) Pesquisa cada vez más precoz de la cardiopatía y de su causa;
- b) Readaptación del cardíaco cambiándolo de faena; y
- c) Mejor distribución del reposo.

a) *Pesquisa del estado precoz.* — Se trata aquí de descubrir enfermedades cardíacas cada vez más precozmente, hasta llegar a la pesquisa sistemática de los principales factores que condicionan nuestros estados cardiovasculares. Numerosas investigaciones han revelado en Chile que estos factores están representados principalmente por:

- 1) la enfermedad cardíaca,
- 2) la lúes, y
- 3) la nefritis aguda.

La investigación sistemática de la lúes forma parte de un capítulo especial de la ley 6174 y no hemos de referirnos a ello hoy día.

Diremos solamente que la misma ley permite que la enfermedad reumática y la nefritis aguda que en alto grado condicionan las cardiopatías y las enfermedades vasculares, puedan ser acogidos a reposo preventivo y gozar de todos los beneficios otorgados a las afecciones ya establecidas.

Me felicito que un nuevo reglamento del Seguro Obligatorio haya fijado nuevas condiciones para que puedan ser acogidos a reposo tales enfermos e igualmente me congratulo que cosa parecida suceda en el Servicio Médico de la Caja Nacional de Empleados.

A. Rojas Carvajal y F. Rojas Villegas han mostrado con esto haberse compenetrado del espíritu de una legislación que deja las puertas abiertas a estos perfeccionamientos.

b) *Cambio de faena.* — Otro camino para mejorar la recuperación es el señalado por el cambio de faena. Quiero recordar las cuatro reglas esenciales que el Dr. Rojas Carvajal establece con razón que hay que tomar en cuenta para dicha reeducación profesional y que son:

1. Ha de efectuarse en el menor tiempo posible.

2. Será necesario un subsidio especial mientras dure el aprendizaje.

3. Hay que subordinar la reeducación a las características especiales del sujeto.

4. Habría que contar con ciertas garantías de colocación.

Respecto al tiempo de reeducación, la conocida experiencia de Ford permitió establecer que el tiempo necesario para entrenarse en los diferentes tipos de trabajo para inválidos en su fábrica, era el siguiente:

- 1.743 tipos de trabajo exigían sólo 1 día o menos, el 43%.
- 1.461 tipos de trabajo exigían de 1 día a 1 semana, o sea, el 36%.
- 250 tipos de trabajo exigían de una semana a dos, o sea, el 6%.
- 534 tipos de trabajo exigían de un mes a un año, o sea, el 14%; y
- 43 tipos de trabajo exigían de un año a seis, o sea, el 1%.

El punto cuarto al cual acabo de hacer referencia es aquél que en Chile se presta a mayores dificultades, ya que nuestra constitución garantiza la más absoluta libertad de trabajo y de colocación, siendo difícil por lo tanto el establecer por ley reserva de ocupación para los casos cardiovasculares. Dichas reservas debieran ser sin embargo estipuladas en una sociedad bien organizada, ya que son biológicas y naturales y no significan perjuicio a persona alguna cuando se les somete a una reglamentación que respete la voluntad y los derechos individuales.

Una medida local de tipo policial establecida ya hace algún tiempo en nuestra Plaza de Armas, sirve magníficamente de antecedente para ello. Es sabido que en la Plaza de Armas no se permite que trabajen lustrabotas que no sean lisiados y, por lo tanto, no tengan una razón seria que justifique el que se dediquen al semi-sedentario trabajo que es el único que pueden ejercer estos pobres niños.

No hay duda que a primera vista parece injusto que un cardíopata que podría ser un buen ascensorista no sólo tenga que ser un mal operario en una fábrica, sino que tenga por falta de una ocupación sedentaria que entrar precozmente en invalidez absoluta, desde el momento que en la fábrica la experiencia ha mostrado que la media jornada que habíamos imaginado al principio en la Ley 6174 como una de las soluciones posibles a esos casos, resulta en general poco práctica.

Al mismo tiempo, parece también doloroso que el puesto de ascensorista pueda ser llenado por un individuo que en la fábrica pudiera desempeñarse en un trabajo activo y no sedentario, con mucho mayor rendimiento en todo sentido.

De ahí que estemos estudiando un proyecto de ley que haga posible esta reserva de cargos y funciones para los enfermos que las Comisiones de Medicina Preventiva consideren que necesitan una labor más liviana.

c) *Mejor distribución del reposo.* — No produce siempre el máximo de rendimiento un solo reposo prolongado de tres meses y la vuelta a la misma faena.

Las siguientes relaciones en el Servicio Médico Nacional de Empleados son interesantes de considerar:

SOMETIDOS A REPOSO

<i>Hipertensión arterial</i>	1 vez	— 29	enfermos
	2 veces	— 41	"
	más de 2 "	— 20	"
<i>Enfermedad reumática</i>	1 vez	— 39	"
	2 veces	— 30	"
	más de 2 "	— 27	"
<i>Enfermedad coronaria</i>	1 vez	— 31	"
	2 veces	— 17	"
	más de 2 "	— 14	"

La experiencia clínica indica que en la mayor parte de las afecciones cardiovasculares, quince días a un mes de reposo es tiempo suficiente para volver al cardíaco a la normalidad, siempre que este reposo se acompañe de una ayuda farmacológica adecuada, diuréticos, digital, yodo; y de la formación en el enfermo de la conciencia de cómo necesita vivir para continuar su vida activa. Esta, sin embargo, sobre todo para los grados II no puede ni debe ser la misma. El cambio de faena es imperativo en especial para estos casos, así como la repetición del reposo a intervalos que justifiquen su financiamiento como lo hemos establecido, al formular un criterio al respecto. Recordemos que la recuperación de un año más de trabajo activo para el individuo justifica 3 meses de reposo. Eso quiere decir que reposos de 15 días estarían en un cardiovascular, ampliamente justificados cada dos o tres meses. Debemos recordar que la Ley de Medicina Preventiva deja abierta la puerta en este sentido, a la repetición indefinida

del reposo. Se puso el legislador en el caso preciso de que ciertos estados o afecciones requirieran un trabajo intermiten-

te para prolongar a su vez indefinidamente, como sucede sobre todo en los cardiovasculares, la vida activa del hombre.

Pago de 15 días de reposo	\$ 420.—
40% de irrecuperación	168.—
Hospitalización 15 días	300.—
Gastos de examen	200.—
	<hr/>
	\$ 1,088.—

Gasto inevitable que la colectividad hubiera tenido en los pasivos durante 15 días de reposo	\$ 250.—
--	----------

Recuperado para pasivos durante 3 meses	1,500.—
	<hr/>
	\$ 1,750.—

Beneficio líquido: \$ 662.—

El beneficio líquido anotado tiene validez si se considera el estado económico de una sociedad a la cual faltare como activo el cardiovascular que recuperado al trabajo produce más de lo que gasta. El ejemplo anterior justifica económicamente el reposo intermitente, que debe ser considerado como instrumento importante de una política social médica que mire a mejorar el rendimiento de la ley en cuanto a cardiovasculares se refiere.

Financiamiento de la ley

La Ley de Medicina Preventiva ha producido hasta ahora 215 millones de pesos en total destinado a subsidios, de los cuales sólo ha pagado la Caja de Seguro Obligatorio \$ 91.000,000 hasta fines del año 1944. El excedente de fondo para subsidio de reposo preventivo de que dispone la Caja de Seguro a fines de 1944 era de \$ 124.000,000. Actualmente, sube de \$ 150.000,000.

Años	1% de los Salarios	Subsidios pagados
1938	\$ 11.687,316.35	\$ 224,300.40
1939	20.895,741.13	5.076,113.13
1940	25.612,151.71	11.182,804.52
1941	30.620,781.20	17.387,619.14
1942	35.906,097.92	16.136,861.99
1943	41.719,970.57	18.220,355.82
1944	48.700,900.80	22.769,749.74
	<hr/>	<hr/>
	\$ 215.142,959.66	\$ 90.997,804.74

Excedente: \$ 124.145.154.92

Las consideraciones anteriores nos muestran que pretender hacer medicina social con un criterio de medicina individual multiplicándola simplemente, representa un gran error, especialmente en países como el nuestro en que salubridad y economía están íntimamente ligadas. Cuando se pasó de la distribución del agua en barriles a su distribución por un sistema de cañerías, no se generalizó un procedimiento, sino que se pasó de un plano a otro en la repartición de este artículo de consumo. Otro tanto pasa con los criterios que debemos tener para fundar las bases de una auténtica medicina social.