

M 44374

M
B 982 r
1967
c1

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL
VALPARAISO

**"Rehabilitación Profesional un medio de incorporar
a la vida activa al enfermo crónico en edad de laborar"**

**Memoria de Prueba para optar
al Título de Asistente Social.**

AAA

00111

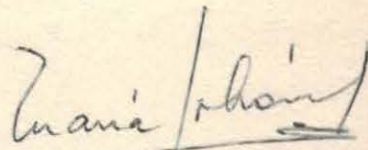
MARTA E. BUSTOS DIAZ
M. TERESA CONTADOR GENET

1 9 6 7

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL
VALPARAISO

Esta Memoria ha sido aprobada con Tres Votos de
Distinción (7) .

*Rehabilitación
Educativa*



María Solís Milessi.
Integrante Seminario
de Memorias.

Valparaíso - Julio - 1967.

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA SERVICIO SOCIAL
VALPARAISO

Valparaíso, 27 Julio de 1967

Señora Directora :

Tengo el agrado de informar a Ud. acerca de la memoria para optar al Título de Asistente Social, presentada por las señoritas Marta Bustos Díaz y María Teresa Contador Genet, a la que han titulado " REHABILITACION PROFESIONAL, UN MEDIO DE INCORPORAR A LA VIDA ACTIVA AL ENFERMO CRONICO EN EDAD DE LABORAR "

El estudio, motivo de este análisis, tuvo su origen, como lo expresan sus autoras, en la experiencia recogida durante una práctica profesional en una Escuela Especial para Niños Débiles Mentales, en que constataron que los esfuerzos y recursos invertidos en su instrucción, no permiten su incorporación a la sociedad, por negárseles acceso a establecimientos educacionales superiores o a las fuentes del trabajo.

Interesadas en ahondar en el problema de la Rehabilitación Profesional, sus autoras pudieron informarse que la situación conocida en el grupo de su práctica, es común en todas las áreas de la patología médica que producen menor-valencia física como secuela de una enfermedad invalidante o de un accidente. Comprueban las enormes dificultades que tienen estos individuos para reintegrarse al medio social, por falta de rehabilitación Profesional y lo que es más grave, por el rechazo y desconfianza de la sociedad, en sus capacidades residuales.

Esra realidad conocida por quienes laboran en Servicios Médicos Asistenciales permiten valorar más este interesante y útil trabajo.

El estudio comprende 2 partes. En la primera se refieren a las realizaciones del Estado Chileno en el campo de la formación profesional de mano de obra y los fundamentos que justifican un programa de rehabilitación profesional para enfermos crónicos en edad de laborar, empresa iniciada conjuntamente, en Santiago, por el Instituto Nacional de Capacitación Profesional y el Servicio Nacional de Salud.

El interés del Instituto Nacional de Capacitación Profesional, por iniciar un programa similar en Valparaíso, conocida la realidad del problema en esta Zona, orientó la segunda parte de esta Tesis. Ella tiene amplia documentación, reunida del análisis de datos de un reciente estudio realizado por la Sociedad Chilena de Rehabilitación de Valparaíso, en el Sector de Playa Ancha, tendiente a cuantificar el problema del enfermo crónico a nivel de un Sector de población.

Profundizan el estudio del grupo de incapacitados de 18 a 45 años, que constituyen el 33,6 % del total, para establecer las áreas de salud comprometidas, los efectos sociales y económicos provocados por la invalidez y las posibilidades reales de incorporar a estos grupos a la vida activa.

El último capítulo, se destina a analizar el resultado de la Investigación efectuada a la totalidad de las Industrias de la Provincia de Valparaíso, con más de 100 operarios, a objeto de conocer las posibilidades ocupacionales que ofrece el medio empresarial a los pacientes rehabilitados profesionalmente.

Los resultados de este último aspecto del estudio son del más alto valor, y a menos que se conozca, es el único de esta índole en la Provincia. Servirá de base y de orientación tanto al programa que emprenda INACAP en Valparaíso, como al iniciado en Santiago, pues obligará a reconsiderar variados aspectos del problema.

El mérito de la valiosa documentación que proporciona el estudio, la claridad y excelente exposición, hacen acreedora a la presente Memoria a que se la califique con nota siete (7).

Marta Letelier L
Profesora Seminario
de Memorias

A LA SEÑORA
AURA ROJAS DE MADARIAGA
DIRECTORA ESCUELA DE
SERVICIO SOCIAL
UNIVERSIDAD DE CHILE
VALPARAISO

REF: Informa Memoria intitulada " Rehabilitación Profesional, un medio de incorporar a la vida activa al enfermo crónico en edad de laborar.

Valparaíso, 29 de Julio de 1967.

Me ha correspondido informar la Memoria para optar al Título de Asistente Social presentada por las señoritas Marta Bustos Díaz y María Teresa Contador Genet, trabajo que se intitula " REHABILITACION PROFESIONAL UN MEDIO DE INCORPORAR A LA VIDA ACTIVA AL ENFERMO CRONICO EN EDAD DE LABORAR.

El estudio en referencia es de gran interés y ha sido excelentemente planificado. Tendría sin duda, gran valor para el Instituto Nacional de Capacitación Profesional, si éste organismo quisiera aprovecharlo.

Su realización acuciosa, sus excelentes conclusiones, su clara exposición, permite a la suscrita calificar este trabajo con Distinción Máxima (7).

(Hay una firma)
Aura R. de Madariaga.
Directora.

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA SERVICIO SOCIAL
VALPARAISO

SEÑORA:

AURA ROJAS DE MADARIAGA

Directora de la Escuela de Servicio Social
Universidad de Chile.

VALPARAISO:

Señora Directora:

Me permito informar a Ud. la Memoria de Prueba para optar al título de Asistentes Sociales presentadas por las Srtas: MARTA E BUSTOS DIAZ y M. TERESA CONTADOR GENET, bajo el título de " REHABILITACION PROFESIONAL UN MEDIO DE INCORPORAR A LA VIDA ACTIVA AL ENFERMO CRONICO EN EDAD DE LABORAR.

La Tesis consta de dos partes, subdividida en capítulos, La primera parte se refiere a la Rehabilitación Profesional, complemento de la Rehabilitación física, en esta parte, dan a conocer INACAP, organismo dependiente de la CORFO, Institución que, en este momento, se aboca a la realización de un Programa de Rehabilitación Profesional, para los enfermos crónicos en edad de laborar. De los diversos objetivos que llevaron a la creación de esta Institución, objetivos que, además, revelan la cruda realidad que presenta el trabajador chileno con muy bajo nivel educacional y profesional, las autoras orientan especialmente, su trabajo hacia uno de ellos: " propender a la rehabilitación profesional de lisiados, en colaboración con el Servicio Nacional de Salud", así se tiene conocimiento de un Plan Pilote existente en Santiago desde 1965, plan que es posible ampliar en nuestra provincia en el curso del presente año.

La II Parte de la Tesis muestra los resultados de las investigaciones efectuadas por la Sociedad Chilena de Rehabilitación de Valparaíso en 1966 en un sector de Playa Ancha (10 % de la Población) con el objeto de conocer la realidad del enfermo crónico. Este trabajo fue presentado por las autoras en las II Jornadas Chilenas de Rehabilitación en Octubre de 1966 en Viña del Mar. Muestra además, los resultados de la investigación realizada en 41 Industrias con mas de 100 operarios, con el fin de conocer las posibilidades ocupacionales que tiene el enfermo

rehabilitado profesionalmente; el trabajo se efectuó en Industrias de Valparaíso y Viña del Mar en 1967.

Esta II Parte se subdivide en cuatro capítulos, a través de los cuales se toma conocimiento del elevado número de enfermos crónicos existentes: de un total de 3740 individuos que forman 717 hogares, con un promedio de 5 personas por familia, hay 268 enfermos, lo que representa el 7,2 % de dicha población de estudio. Entre las enfermedades que se dan con mayor frecuencia aparecen las cardiovasculares, las del aparato locomotor activo y las broncopulmonares. Si se considera que se trata de un grupo de estudio muy joven, puesto que el 57 % de la población lo constituyen escolares, pre-escolares y los 3/4 parte de los jefes de los hogares perciben menos de 2 sueldos vitales mensuales y otros aún no alcanzan un sueldo vital mensual, se comprende que enorme problema económico social representa este gran porcentaje de enfermos.

Deducido del análisis de este I capítulo, el II muestra tales proyecciones: el enfermo crónico está afectado en la mejor etapa de su vida: los 18 y 45 años de edad; generalmente son los jefes de familia y, por lo tanto, los que aportan económicamente al hogar, de tal modo, al caer enfermos surge el desamparo económico y se crea la total dependencia, por otro lado el enfermo carece de una preparación cultural y profesional adecuada, de modo que no encuentra mayores alternativas en su vida y, frente a una rehabilitación oportuna, no vibra interesado, pues no ha captado esto en todo su valor.

El III capítulo, relativo a las posibilidades ocupacionales reveló un desconocimiento casi total por ayudar a este tipo de rehabilitados, de los 41 jefes de industria entrevistados, solo 3 tenían conocimientos sobre la rehabilitación de estos enfermos iniciada en Santiago, de modo que esto explica no haber logrado resultados más positivos de esta investigación. Es importante considerar el valor de una mayor difusión al respecto, ya que esta colaboración de los empresarios es de enorme valor, a fin de poder continuar la labor con el rehabilitado y alcanzar su desarrollo y adaptación completa para integrarlo a la vida del trabajo.

El IV Capítulo presenta las conclusiones y sugerencias, bastantes claras y susceptibles de considerarse y llevarse a la realidad.

Se completa la Tesis con los dos tipos de

encuesta utilizados: una , de la Sociedad Chilena de Rehabilitación, preparada especialmente para este trabajo, fue usada por estudiantes universitarios y analizadas por las autoras y la otra, prepara por las mismas autoras y aplicada por ellas al grupo de estudio de los industriales. Ambas, muy completas revelan acuciosidad y buen enfoque del tema.

En general, las autoras trabajaron con interés, cariño, aprovechando en cada oportunidad, todas las experiencias recogidas en su formación profesional, ya sea a través de la Escuela de Desarrollo, de su trabajo práctico en INACAP y en la investigación realizada en la Sociedad Chilena de Rehabilitación, cumpliendo, en todo momento, los objetivos propuestos en el desarrollo de esta Tesis.

El trabajo está bien presentado, ordenado, de redacción fácil; sin embargo, se advierten pequeñas fallas de ortografía y de puntuación.

Considerando los antecedentes expuestos y el valor que encierra para el trabajo profesional el estudio presentado por las autoras, se califica con Tres Votos de Distinción (7).

(Hay una firma)
Georgina Pacheco de C.
Asistente Social Profesora
Servicio Social Profesional.

VALPARAISO, 29 DE JULIO DE 1967.-

I N T R O D U C C I O N

La iniciativa de efectuar un estudio sobre Rehabilitación Profesional del Enfermo Crónico en edad de laborar, como tema de Memoria para optar al título de Asistente Social, tuvo su origen en la inquietud nacida en las autoras al constatar en una práctica profesional efectuada en 1965, en la Escuela Especial Experimental Mixta de Desarrollo, que los esfuerzos y recursos invertidos en la instrucción de los niños débiles mentales, no permitía su incorporación a la sociedad como miembro útil; ya que a su egreso no tenían acceso a establecimientos educacionales superiores ni a las fuentes de trabajo y, continuaban dependiendo de sus familiares.

Por otra parte, en sus intentos por conocer los alcances de las realizaciones en el orden de la rehabilitación del enfermo crónico, las egresadas se informaron que este problema no sólo se produce en el débil mental, sino que abarca igualmente otras áreas de la patología médica, en que el individuo una vez rehabilitado físicamente no puede reintegrarse a la vida del trabajo.

Es decir, en ambos casos el individuo se encuentra limitado para ejercer sus legítimos derechos, mas que por su incapacidad, por el rechazo y desconfianza de la sociedad a sus capacidades residuales.

Con posterioridad las autoras del trabajo tuvieron conocimiento del Programa Piloto de Rehabilitación Profesional, del Instituto Nacional de Capacitación Profesional en Santiago, el que proyectaba extender a la zona de Valparaíso y para cuyos resultados mas efectivos, era preciso conocer la realidad del enfermo crónico y sus posibilidades ocupacionales en la zona, hecho coincidente con el

interés específico por esta investigación.

Con tal motivo, ingresan a la citada institución a efectuar su última práctica profesional en el año 1966, atendiendo casos sociales de enfermos crónicos; experiencia que permitió comprobar el rechazo existente en las fuerzas laborales para proporcionar trabajo a estos individuos.

Paralelo a este estudio y a objeto de conocer a fondo este problema, se integran a la Sociedad Chilena de Rehabilitación, participando en la comisión encargada de realizar una investigación en un área geográfica para conocer las proyecciones médico-sociales del enfermo crónico y lo que se hace actualmente con miras a su rehabilitación, trabajo que posteriormente fue presentado en las Segundas Jornadas Regionales de Rehabilitación, efectuadas en Viña del Mar en Octubre de 1966. La participación en estas Jornadas permitió a las autoras conocer mas profundamente los problemas expuestos anteriormente.

En la primera parte de esta Memoria se presenta con el título de " La Rehabilitación Profesional, complemento de la Rehabilitación física ". Una breve evolución de los esfuerzos realizados en el campo de la formación profesional de mano de obra en Chile, y los elementos fundamentales que sustentan y justifican un programa de Rehabilitación Profesional para Enfermos Crónicos en edad de laborar, y la forma en que el país a través del Servicio Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Capacitación Profesional, ha abordado el problema de integrar a la vida activa a personas con capacidad de trabajo limitada en un proyecto piloto en Santiago.

En la segunda parte se incluyen los

resultados obtenidos en una investigación tendiente a conocer la realidad del enfermo crónico, en el sector de Playa Ancha en 1966. Intensificando el estudio de los individuos incapacitados de 18 a 45 años en diversas áreas de la salud, y los relativos al estudio sobre posibilidades ocupacionales del enfermo crónico, efectuado a la totalidad de las Industrias con más de 100 operarios en la Provincia de Valparaíso en 1967.

Posteriormente se presentan las conclusiones y sugerencias derivadas del proceso de investigación que orientó este trabajo; además se agregan los formatos de las encuestas utilizadas y las fuentes de información que sirvieron de base a esta Memoria.

Esperamos que este trabajo, sea el comienzo del esfuerzo creciente que se hace para responder a la importante pregunta ¿Cómo conservar los recursos humanos que demanda el progreso nacional ?

Las autoras están profundamente agradecidas de todas aquellas personas que de algún modo colaboraron en la realización de este estudio, especialmente de la Sra. Marta Letelier, Asistente Social y Profesora del Seminario de Investigación Social que dirigió esta Memoria; del Sr. Daniel Sepúlveda, Ingeniero Jefe del Instituto Nacional de Capacitación Profesional de Valparaíso, que dio su apoyo para la realización de este trabajo; de la Sociedad Chilena de Rehabilitación, que facilitó el material de encuestas de Playa Ancha y de su médico Coordinados, Dr. Alfonso Vargas Carretero.-

PRIMERA PARTE

CAPITULO PRIMERO

Con la formación de Empresas se cubren otras áreas como: Textiles, Calzado, Ferrocarriles, Petróleo, Transportes y Puertos.

Además de los Centros puede usar instalaciones y diversos medios que le permiten los convenios con diversas instituciones tales como: Ministerio de Educación Pública, Ejército, Instituto de Educación Rural, Corporación de Institutos de Educación Popular y con la Universidad Técnica del Estado, Universidad de Concepción y Universidad Católica de Valparaíso.

- c.- Humanos: A cargo de los programas del INACAP se encuentra un equipo de profesionales (Ingenieros y Técnicos), los cuales antes de ser enviados a hacerse cargo de sus funciones son adiestrados en la especialidad en el Centro de Formación de Instructores y Supervisores (CENFIS), asegurando la idoneidad para alcanzar los objetivos propuestos.

Otro medio de obtener el mayor grado de especialización de sus profesionales son las becas que otorga para que continúen estudios superiores en países europeos de mas avanzada tecnología. Una muestra de la importancia que se le asigna al adiestramiento del personal en el extranjero la da la cuantía de los gastos por becas en el período 1964-1967, que asciende a 116.900 dólares.

Para el año 1967 el INACAP, capacitará a un total de 30.073 individuos. De ellos 5.233 carecen en la actualidad de oficio, 23.178 se encuentran actualmente trabajando en la Industria, 34 % de ellos se encuentran en actividades manufactureras; 1.662 son obreros calificados que recibirán especialización avanzada y 8.000 trabajadores

son obreros agrícolas. De este modo se aumentará en 10 veces la formación profesional otorgada por el Instituto en el pasado año.

El INACAP, para cumplir su programa ha dividido al país en 10 regiones, la cuarta región comprende las Provincias de Valparaíso y Aconcagua y donde se cuenta con: el " Centro Anglo Chileno ", en Quebrada Verde, que tiene las especialidades de Mecánica de automóviles, Torno, Fresa, Soldadura, Trazado de calderería; el " Centro Franco Chileno ", funciona en el local de la Escuela Industrial de Valparaíso, cuenta con las especialidades de Electro mecánica e Instalaciones eléctricas.

En el transcurso del presente año comenzará a funcionar un nuevo Centro, por convenio con la Universidad Católica de Valparaíso, en el que se impartirán cursos de Costura industrial, para el hogar y Rehabilitación de lisiados.

Otros programas que hay en la zona son:
a) Programas con el Ejército, mediante el cual se imparte instrucción en los Regimientos de San Felipe, Quillota y Valparaíso; b) Programas con Escuelas Industriales de San Felipe, Calera y Valparaíso, en cuyos locales se capacitan operarios de la zona en los lugares donde no se tiene Centros propios.

Además se iniciará un Programa Agrícola, un Programa Pesquero y un Centro para la formación de operarios para la rama de la construcción.

A estos cursos puede ingresar cualquier trabajador, para ello basta saber leer y escribir y rendir una prueba de selección, ya que la instrucción se imparte en forma gratuita.

II.- Necesidad de un Programa de Rehabilitación Profesional, para Enfermos Crónicos en edad de laborar.

En esta Memoria se consideró en forma fundamental el objetivo del INACAP, que tiende a rehabilitar profesionalmente a personas lisiadas de 18 a 45 años de edad, que hallan completado su rehabilitación física, motivo por el cual nos detendremos en forma especial en este programa.

Los países europeos, después de la Segunda Guerra Mundial se vieron ante la necesidad de integrar a la vida del trabajo al alto porcentaje de lisiados de guerra. Al poner en práctica esta iniciativa se vió que además, existía un alto porcentaje de personas menorvalentes por otras causas: enfermedades crónicas, accidentes del trabajo y del tránsito, enfermedades profesionales etc. Las Naciones Unidas a través de la Organización Mundial de la Salud, se ha preocupado de que estos programas de rehabilitación profesional sean puestos en práctica en todos los países.

Así en el año 1961, el Servicio Nacional de Salud recibió la cooperación de la Organización Mundial de la Salud e inició la organización en un Centro Nacional de Rehabilitación física de inválidos adultos, es decir, " Un programa integrado de medicina física, fisioterapia, tratamiento ocupacional, rehabilitación física correctiva, enseñanza prevocacional de taller y enseñanza o reenseñanza educativa. Su objetivo es dar a todos los pacientes los ajustes fisiológicos, psicológicos, sociales y económicos necesarios para hacer de ellos ciudadanos que se vasten a sí mismos dentro de su propia comunidad ". (1)

(1) Dra. Frances Brown Ami, " Enfermería Médica ".
Editorial Interamericana, México, 1965.-

Posteriormente se consideró que la rehabilitación física no era solución al problema, puesto que por falta de recursos materiales y humanos no se podían cumplir todas sus etapas, y el individuo no se reintegraba social ni económicamente a su medio; y aquellos que se encontraban en edad de laborar continuaban viviendo a expensas de sus familiares o generando pensiones de invalidez y los recursos invertidos en asistencia médica y tratamiento no devolvía al país sus recursos humanos como fuerza laboral activa; de donde nació la idea de instaurar un programa de REHABILITACION PROFESIONAL.

En la presente Memoria usaremos el siguiente concepto " SE ENTIENDE POR REHABILITACION PROFESIONAL, LA INCORPORACION A LA VIDA DEL TRABAJO DE AQUELLOS INDIVIDUOS ENTRE 18 Y 45 AÑOS DE EDAD, QUE SUFRAN ALGUN TIPO DE INCAPACIDAD FISICA O MENTAL Y HAN SIDO DADOS DE ALTA POR UN SERVICIO MEDICO, AGREGANDO A ESTO EL APRENDIZAJE DE UN OFICIO CALIFICADO QUE LES PERMITA DESEMPEÑARSE EFICAZMENTE A PESAR DE SU MENOR VALENCIA EN EL LIBRE MERCADO DEL TRABAJO.

Para este programa se obtuvo la cooperación de una experta de la Organización Internacional del Trabajo, quién en el año 1965 inició el estudio de las factibilidades de concretización de esta iniciativa.

Como no se disponía de cifras que midieran la magnitud del problema a nivel nacional, se consideraron como base las cifras del Servicio de Seguro Social referentes a pensiones de invalidez, producidas por enfermedades crónicas en el año 1964.

Los resultados que a continuación se exponen dan un índice de invalidación de aproximadamente 3 %

sobre el total de imponentes del Servicio de Seguro Social.

Total población asegurados:	1.300.000
Pensiones invalidez vigentes:	33.421
Pensiones ingresadas en el año 1964:	7.244
Pensiones canceladas por diversas causas:	1,949
(muerte, vejez etc.)	

Las pensiones de invalidez otorgadas a personas entre 18 y 45 años de edad alcanzó a un número de 10.000 casos, estimándose que de ellas podrían rehabilitarse profesionalmente unas 3.000 personas, es decir, un 33 % de esta población podría ser incorporada a la sociedad como fuerza laboral activa, esto sin considerar la invalidez producida por accidentes del trabajo y el grupo de las personas que no tuvieron derecho a pensión de invalidez por falta de los requisitos exigidos para acogerse a este beneficio.

" La fuerza activa del país representa un 31 % de la población, lo que significa 625.000.000 de días de trabajo. Esta cifra representa el total de la fuerza de producción del país. La pérdida de días de trabajo causadas por enfermedades profesionales representan alrededor de 10.000 días de trabajo al año, sin contar con una cifra semejante en cesantía y no menos de 45.000 de días de trabajo en los pensionados; lo que representa aproximadamente un 10,5 % de la fuerza de trabajo perdida ".(1)

Las cifras anteriormente proporcionadas nos fundamentan por si mismas la necesidad de un Programa de Rehabilitación Profesional que permita al país rescatar

(1) Dr. Alvarez Andrews, Jorge. " El enfermo crónico frente a la Medicina Social ". Segundas Jornadas Regionales de Rehabilitación, Viña del Mar 1966.-

parte de la fuerza del trabajo perdida por enfermedades crónicas y accidentes.

Reconocida la necesidad de este programa, el Servicio Nacional de Salud tomó contacto con el Departamento de Formación Profesional del Servicio de Cooperación Técnica, actual Instituto Nacional de Capacitación Profesional, con el objeto que se hiciera cargo de la rehabilitación profesional.

Se concretó un convenio entre Servicio Nacional de Salud e INACAP, según el cual se desarrollaría en Santiago un programa demostrativo de orientación y preformación profesional para los enfermos crónicos rehabilitados físicamente por el Servicio Nacional de Salud, con equipos donados por la Organización Internacional del Trabajo, ubicado en el Consultorio N^o 2 del Servicio Nacional de Salud. La operación de estos talleres quedó a cargo del Departamento de Formación Profesional del Servicio de Cooperación Técnica, hoy INACAP.

El principal objetivo de la rehabilitación profesional de lisiados es restaurar la capacidad de trabajo del inválido mediante su evaluación profesional, a cargo de un equipo interdisciplinario, una vez que este equipo ha hecho una evaluación profesional del lisiado, éste inicia un período de acondicionamiento y adiestramiento en talleres " pre-profesionales ".

En el taller pre-profesional se evalúan sus capacidades para ciertas tareas; se restaura su confianza en su capacidad para volver al trabajo y mejorar su rendimiento, tolerancia y hábitos de trabajo, que le permitan competir en iguales condiciones con el hombre sano y se le entrena en determinados trabajos semi-especializados o

no especializados. Los rehabilitados permanecen durante 3 meses con jornada completa en los talleres pre-profesionales; luego según su rendimiento pueden optar: a) La ubicación en un empleo en ocupaciones semicalificadas o no calificadas; b) Ubicación en un curso de formación profesional para el aprendizaje de un oficio calificado en los Centros de formación profesional del INACAP; c) Ubicación en un empleo protegido para aquellos inválidos que en el período de pre-formación no alcanzan a restaurar su capacidad de trabajo, por lo cual deberán ubicarse en empleos protegidos en forma definitiva, en algunos casos, y en forma transitoria los otros mientras alcanzan una capacitación competitiva de trabajo.

Para ingresar a estos cursos de Rehabilitación Profesional los alumnos deben reunir ciertos requisitos de ingreso: a) 18 a 45 años de edad; b) Saber leer y escribir, ya que los cursos son eminentemente prácticos; c) Dominar las cuatro operaciones; d) Valerse por sí mismo en las actividades de la vida diaria; e) Ser capaz de viajar en transporte público colectivo; f) Haber terminado su rehabilitación física.

Para iniciar estas actividades el Servicio de Cooperación Técnica, hoy INACAP, contrató el personal necesario capacitándolo técnica y pedagógicamente en el Centro de Formación de Instructores y Supervisores, y se elaboraron los programas de enseñanza de las especialidades que se dictarían: Mecánica de banco, Carpintería, Tapería y Dibujo Técnico.

El Centro comenzó a operar en el mes de Agosto de 1965, contando con los siguientes profesionales que toman parte en la selección, orientación y evaluación de los postulantes al curso.

- 1.- Un Médico: Cuya labor se orienta: a) Pronóstico sobre capacidad funcional del menor-valente, respecto a las distintas alternativas ocupacionales que puede desarrollar de acuerdo a sus capacidades residuales, como asimismo las contraindicaciones para ejecutar determinados trabajos, indicación de horas de trabajo, cuando sea necesario, y la capacidad del individuo para aumentarlas progresivamente hasta llegar a una jornada normal; b) Supervisión y control del participante desde el punto de vista médico durante el período de adiestramiento en los talleres.
- 2.- Un Psicólogo Industrial: Cuya labor consiste en evaluar los factores mentales, personalidad y aptitudes especiales para el trabajo, adaptación a su incapacidad y la madurez social de los postulantes. Vigila la actuación de los lisiados durante el período de orientación y evaluación en talleres.
- 3.- Instructores: (Ingenieros y Técnicos Industriales). La función de estos profesionales es la dirección y control del adiestramiento en talleres. Efectúa la evaluación del lisiado en situaciones reales de trabajo, para establecer sus habilidades y aptitudes frente a las diferentes ocupaciones.
- 4.- Un Asistente Social Coordinador: La labor de este profesional es de fundamental importancia y su función se puede concretar en: a) actúa como coordinador entre los distintos profesionales del equipo; b) reúne los antecedentes personales de cada postulante, como los datos relacionados a la invalidez, atenciones médicas recibidas, situación socio-económica del grupo familiar con el fin de proporcionar a los alumnos las ayudas necesarias durante el tiempo de permanencia en los

talleres; c) con el alumno aplica el método de Caso Social Individual, trabajando en colaboración con el psicólogo en cuanto a la terapia de apoyo del enfermo; d) con la familia efectúa labor investigadora de las interrelaciones humanas entre los miembros de ella, y la labor educativa va orientada a aliviar las tensiones de toda índole que pueda afectar a los mejores resultados del tratamiento programado para el individuo.

- 5.- Un Asistente Social Colocador: Este profesional se encarga específicamente de obtener antecedentes relativos a ocupaciones desempeñadas anteriormente por el inválido, a fin de proporcionar al equipo una ayuda en su orientación profesional; la parte fundamental de su trabajo es obtener la ubicación de los alumnos egresados en el libre mercado del trabajo, para ello permanece en contacto directo con el alumno y con el Asistente Social Coordinador, a la vez que se mantiene en comunicación con los empleadores. Como puede apreciarse debe efectuar la labor de divulgación y sensibilización en los medios de trabajo, ya sea en las fuentes patronales y sindicales, su labor con cada egresado finaliza tres meses después de su ubicación en una Industria.

Es importante mencionar que los profesionales que integran el equipo, actúan en forma coordinada desde el ingreso del menor-valente a los talleres con el fin de lograr el máximo de beneficio para cada alumno de acuerdo a sus posibilidades.

Este programa iniciado como Plan Piloto en Santiago, ha permitido la elaboración de proyectos de extensión del mismo, tanto en Santiago como en Valparaíso, este último comenzará a funcionar en el mes de Agosto del

presente año, tendrá una capacidad de 40 alumnos y contará con las especialidades de: Costura Industrial, Carpintería, Tapicería, Mecánica, Torno, Fresa. Estos Centros posteriormente será aumentados en los extremos norte y sur del país, considerando el interés despertado entre personas menor-valentes que han llegado a este Centro en busca de uan oportunidad para poder satisfacer sus necesidades espirituales y materiales por sí mismos.

Cabe destacar que no se dispone de un estudio sobre el costo real que significa al país el proceso de incorporar a la fuerza del trabajo al enfermo crónico en edad de laborar.

Así también se hace presente que dado el corto período de funcionamiento de este programa en Santiago, no se pueden aún facilitar estadísticas de sus resultados.-

S E G U N D A P A R T E

NECESIDAD DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION
PROFESIONAL DEL ENFERMO CRONICO Y POSIBLE
MERCADO OCUPACIONAL EN LA INDUSTRIA

CAPITULO PRIMERO

C A P I T U L O P R I M E R O

ELEVADO NUMERO DE ENFERMOS CRONICOS COMO RESULTADO DE UNA INVESTIGACION SOBRE EL 10 % DE LA POBLACION DEL SECTOR DE PLAYA ANCHA EN VALPARAISO EFECTUADA EN 1966.

Previo a proporcionar la información relativa a la población de estudio, es necesario explicar que la presente investigación fue iniciada por la Sociedad Chilena de Rehabilitación de Valparaíso, a fin de presentar a las Segundas Jornadas Regionales de Rehabilitación, Octubre de 1966, en Viña del Mar, la magnitud del problema presentado por el enfermo crónico en un sector representativo de la ciudad de Valparaíso.

I.- CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION ENCUESTADA:

A) Motivos por los cuales se eligió el sector de Estudio.

El sector de Playa Ancha fue elegido para efectuar este estudio por ser un sector representativo de la ciudad. Sus habitantes constituyen una población heterogénea, compuesta por diferentes estratos sociales. Por una parte se encuentra un grupo representado por familias de altos ingresos económicos que habitan el sector residencial; un sector medio representado por empleados y pequeños propietarios y los grupos habitacionales de la Corporación de la Vivienda y del Personal de las Fuerzas Armadas y Marina Mercante, y finalmente, un sector de bajos ingresos económicos, formado por los grupos de autoconstrucción, y en sectores marginales como Puertas Negras.

Con este objeto la institución hizo

una encuesta destinada a obtener datos generales sobre las familias seleccionadas para el estudio y datos específicos del enfermo crónico. Se obtuvo la colaboración de 250 alumnos universitarios de las Escuelas de Enfermería, Obstetricia, Odontología, Servicio Social de la Universidad de Chile y Universidad Católica y Escuela de Sanidad Naval, previamente instruidos sobre las proyecciones del trabajo y utilización de la encuesta. Los alumnos fueron asesorados por los instructores de las respectivas escuelas. Previo al trabajo en terreno la Sociedad Chilena de Rehabilitación efectuó una campaña de sensibilización en el sector, lo que hizo posible que los encuestadores no fueran rechazados por los pobladores. La información fue obtenida mediante entrevista con el jefe de hogar de cada una de las viviendas seleccionadas.

Las autoras de esta Memoria interesadas en el problema de la Rehabilitación Profesional del enfermo crónico de 18 a 45 años de edad, con capacidad de trabajo disminuída, utilizaron el material de estudio sobre el enfermo crónico efectuado en Playa Ancha por la Sociedad Chilena de Rehabilitación, tabulando e interpretando los datos obtenidos a través de la investigación de acuerdo a los objetivos específicos de esta Memoria.

Previo a la exposición de los resultados de la investigación efectuada en Playa Ancha, consideramos necesario dar a conocer el concepto de Enfermo Crónico utilizado en este trabajo.

Enfermo crónico es el individuo portador de una alteración funcional u orgánica que afecta a uno o mas sistemas, que se origina por un proceso patológico o por un accidente; cuya evolución se prolonga (generalmente

años) con síntomas continuos o discontinuos, precedidos o no de una etapa silenciosa y que tiende a producir:

a) Disminución o pérdida de la capacidad física o funcional del individuo; b) Cambio de las interacciones sociales de éste (familia, trabajo, comunidad). (1)

Para los efectos prácticos de esta Memoria, distinguimos tres casos dentro de la enfermedad crónica, de acuerdo a la medida en que la enfermedad crónica influye en la capacidad de trabajo del individuo.

Estos casos son:

- 1.- Enfermedad crónica que no afecta la capacidad de trabajo del individuo.
- 2.- Enfermedad crónica que disminuye parcialmente la capacidad de trabajo del individuo.
- 3.- Enfermedad crónica que invalida totalmente la capacidad de trabajo del individuo.

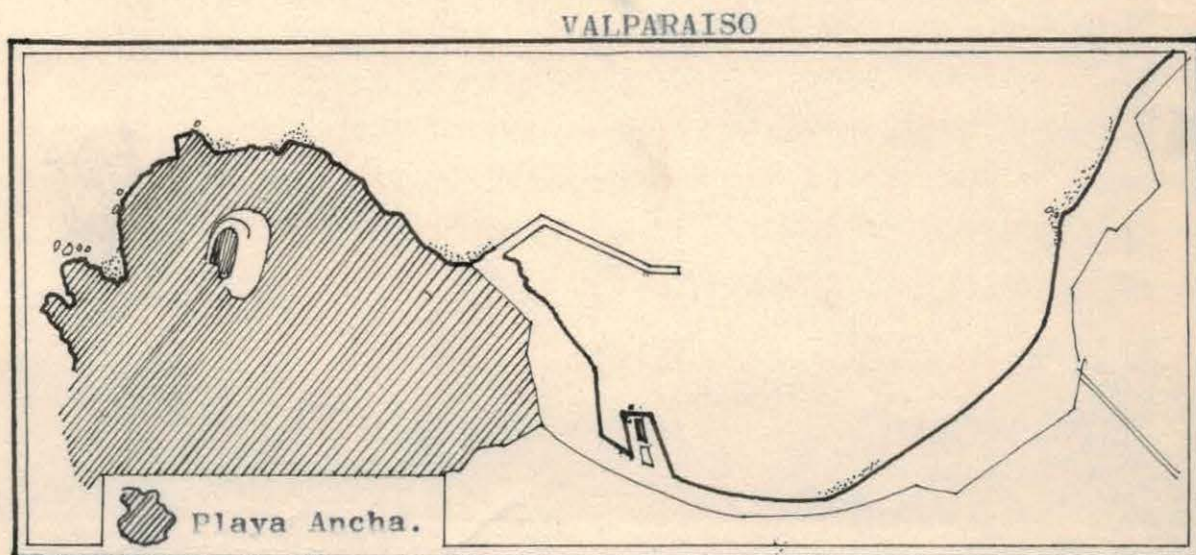
B) Aspectos demográficos del sector de estudio.

a.- Universo: Para el cálculo de población se consideraron las estadísticas del Censo de población efectuado por la Dirección de Estadística y Censo en el año 1960, que señala una población de 25.000 habitantes para Playa Ancha. A esta cifra se agregó el crecimiento vegetativo de la población calculado en un 10 % desde el año 1960 hasta 1966.

Además los grupos habitacionales de la Corporación de la Vivienda, Marina Mercante y Operación Emergencia suman aproximadamente 1000 viviendas con una población de 5.000 habitantes.

(1) Segundas Jornadas Regionales de Rehabilitación, Viña del Mar, Octubre, 1966.-

El proceso mencionado señaló un cálculo estimativo de 35.000 habitantes para Playa Ancha.



La población total de Valparaíso está constituida por 287.000 habitantes, de los cuales 35.000 (12 %) de personas se concentran en el sector de Playa Ancha.

Muestra: De este sector se eligió una muestra representativa del 10 % de la población, en una elección al azar, tomando 1 de cada 10 viviendas, la población encuestada totalizó 3.740 personas.

UNIVERSO Y MUESTRA

ESPECIFICACION	N ^o	%
Total población Playa Ancha	35.000	100
Poblacion encuestada	3.740	10,6

b.- Número de familias y su composición: Las personas encuestadas (3.740) están distribuidas en 717 hogares, los que constituyen el 10,2 % sobre un total de 7.000 hogares de Playa Ancha. Este cálculo de hogares se efectuó tomando en cuenta las cifras estadísticas oficiales para la Provincia que señalan un promedio de 5 habitantes por familia, como la población total alcanza a 35.000 habitantes, se obtiene un porcentaje de 7.000 hogares. Por lo tanto el grupo a considerar en una muestra al azar del 10 % es de 700 hogares.

Por otra parte, con el objeto de facilitar el muestreo en terreno a los encuestadores, se utilizó el registro de predios que posee Impuestos Internos, clasificados por sectores geográficos para los efectos de los impuestos de Bienes Raíces. Los registros contenían debidamente individualizados 5.300 predios, de estos se tomaron 530 (10 %) en un sorteo al azar, resultando un total de 717 familias puesto que algunos predios incluyen más de una vivienda, o bien una vivienda aloja a más de una familia.

NUMERO DE FAMILIAS

ESPECIFICACION	N ^o	%
Total hogares Playa Ancha	7.000	100
Hogares encuestados	717	10,2

SEXO DEL JEFE DE HOGAR

ESPECIFICACION	Nº	%
Masculino	627	88
Femenino	90	12
TOTAL	717	100

Llama la atención el 12 % de los jefes de hogar del sexo femenino (viudas, solteras o con maridos enfermos).

COMPOSICION DE LOS GRUPOS FAMILIARES

ESPECIFICACION	Nº	%
Jefe de familia	717	19,2
Dueña de casa	617	16,5
Otros adultos	389	10,4
Niños pre-escolares	637	17,0
Estudiantes	1.336	35,7
Ancianos	44	1,2
TOTAL	3.740	100,0

Se trata de una población joven, como puede apreciarse en las diferentes categorías de individuos

que componen el hogar, el mayor número está constituido por los escolares y niños en edad pre-escolar, los que en conjunto suman mas de la mitad de los miembros de cada hogar (52,7 %).

Fuera del jefe de hogar y dueña de casa, que en conjunto totalizan un 35,7 % de cada hogar, el resto de los hogares queda formado por otros adultos 10,4 % y ancianos 1,2 %.

c.- Número de personas por familia.

TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR EN 717 HOGARES

ESPECIFICACION	Nº
Total población encuestada	3.740
Total hogares encuestados	717
Promedio componentes hogar	5,2

El estudio señala que el grupo familiar está formado por un promedio de 5,2 personas; cifra que coincide con resultados de estudios regionales y nacionales.



TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR DE ACUERDO A NIVEL
ECONOMICO (Julio-1966).

NIVELES ECONOMICOS	Nº HOGARES	TOTAL COMPONENTES	PROMEDIO DE COMPONENTES
30 - 260	265	1.392	5,26
261 - 520	267	1.402	5,26
521 -1040	156	799	5,18
1.041 -2080	25	124	4,96
2.081 -3120	3	16	5,33
3.121 -5200	1	7	7
TOTAL	717	3.740	5,2

El resultado de la investigación del tamaño del grupo familiar de acuerdo a nivel económico, tomando como base el sueldo vital del año 1966, nos confirma el hecho ya conocido que a inferior nivel económico se da mayor número de hijos. Esta regla se quiebra en los dos peldaños mas altos de la escala económica, los que muestran sin embargo los hogares de composición mas numerosa.

C) Situación socio-económica de los grupos en estudio:
a.- Población activa y pasiva.-

FUERZA DE TRABAJO EN LA POBLACION EN:
717 HOGARES

ESPECIFICACION	Nº	%	ESCALA ARITMETICA		
	3.740	100	1	50	100
Activos	930	25			
Pasivos	2.810	75			

El estudio sobre la fuerza de trabajo señala que el 25 % de la población es activa, es decir, que de cada tres personas que no trabajan solamente una efectúa actividad remunerada. Esta cifra coincide con otros estudios de índole económico efectuado en nuestro país, no así con las cifras de países más desarrollados donde la tasa de actividad es mayor.

El alto número de población pasiva 75 %, está constituido por dueñas de casa que no trabajan, estudiantes, pre-escolares, ancianos, rentistas, jubilados, cesantes, inválidos, montepiados etc.

b.- Oficios de los jefes de hogar de la población en estudio:

NIVEL LABORAL DE LOS JEFES DE HOGAR

ESPECIFICACION	N ^o	%
Obrero no calificado	144	20,0
Obrero calificado	44	6,2
Personal de tropa y tripulantes	175	24,4
Comerciante establecido	25	3,5
Empls. Públicos y Particulares	150	20,9
Profesionales y Oficialidad	82	11,5
Rentistas	5	0,7
Otros	74	10,3
Dato desconocido	18	2,5
TOTAL	717	100,0

Del análisis de los oficios de los jefes de hogar de las familias encuestadas no nos sorprende el hecho de que mas de la cuarta parte corresponde a personal de las Fuerzas Armadas y Marina Mercante; ya que Playa Ancha es un sector que por su posición geográfica cercana al Puerto es tradicional que sea elegido por este personal como lugar para habitar.

En orden de importancia sigue el grupo de empleados públicos y particulares que constituyen el 20,9 % y los obreros no calificados el 20 %. Es notorio el bajo porcentaje de obreros calificados 6,2 %, como así también el bajo número de profesionales, cifras que corresponden a nuestra realidad nacional.

c.- Ingreso económico del Jefe de Hogar:

NIVEL ECONOMICO DE LOS JEFES DE HOGAR (Julio-1966)

ESPECIFICACION (E ^o ms.)	N ^o	%
30 - 260	265	37,0
261 - 520	267	37,2
521 - 1.040	156	22,8
1.041 - 2.080	25	3,5
2.081 - 3.120	3	0,4
3.121 - 5.200	1	0,1
TOTAL	717	100,0

Destaca el hecho de que las 3/4 partes de los jefes de hogar percibe ingresos inferiores a dos sueldos vitales. Además una proporción del 37 % de los jefes de hogar tiene entradas económicas inferiores a un sueldo vital, encontrándose en este grupo a domésticos, lavanderas, suplementeros etc.

Luego se encuentra un 22,8 % de los jefes de hogar que perciben hasta cuatro sueldos vitales; y un grupo minoritario de un 4 % de los jefes de hogar que perciben ingresos superiores a cuatro sueldos vitales.

Como puede apreciarse a menores ingresos corresponde el mayor número de familias, resultado que coincide con estudios realizados a nivel nacional.

d.- Previsión:

PREVISION DE LOS JEFES DE HOGAR

ESPECIFICACION	Nº	%
Caja de la Defensa Nacional	165	23,0
Caja de la Marina Mercante	159	22,2
Servicio de Seguro Social	112	15,6
Caja de Empleados Públicos y Periodistas	75	10,5
Caja de Empleados Particulares	70	9,8
Caja de Carabineros	12	1,7
Caja de Empleados y Obreros Municipales	5	0,7
Caja de los Ferrocarriles	4	0,6
Ninguno	92	12,8
Otras Cajas	19	2,6
Sin dato	4	0,6
TOTAL	717	100,0

Llama la atención el hecho que en el sector de estudio, sólo aparece un 12,8 % de los jefes de hogar sin previsión.

Igualmente, cabe destacar que el Servicio de Seguro Social no sea el organismo previsional mayoritario como era de suponer, sino que imponentes de las Cajas de la Defensa Nacional, con 23 % y la Marina Mercante, con 22,2 %; en apreciables ventajas sobre el Servicio de Seguro Social que presenta el 15,6 % de los afiliados. Este hecho deriva de la frecuencia de hogares cuyos jefes pertenecen o se encuentran vinculados a los institutos de

previsión anteriormente mencionados.

Aún cuando a primera vista pareciera que Playa Ancha es un sector de población heterogénea, los antecedentes obtenidos en el estudio indican que en esa área habita gran parte de la gente relacionada con el mar, dándole al sector características muy particulares.

c.- Vivienda:

DERECHOS DEL JEFE DE HOGAR SOBRE LA VIVIENDA

ESPECIFICACION	Nº	%	ESCALA ARITMETICA		
	717	100	1	50	100
Propietario	460	64			
Arrendatario	198	28			
Otra calidad	36	5			
Sin dato	23	3			

El alto porcentaje de propietarios, 64,1 % encontrado entre los jefes de hogar, se explica por las facilidades dadas por las distintas Cajas previsionales para la adquisición de viviendas, especialmente las construidas por la Corporación de la Vivienda, institución que ha concentrado su plan habitacional en Playa Ancha, y de los

grupos habitacionales de la Caja de la Marina Mercante, es decir, se incluye entre los propietarios a todos los jefes de hogar que tienen convenio de compra por la vivienda que ocupan, através de alguna Caja de Previsión.

Actualmente se ubican en el rubro propietarios a las familias que fueron instaladas en el sector de Puertas Negras por la Operación Emergencia, después del sismo del año 1965.

Por otra parte debe considerarse que los estudios sobre vivienda efectuados en la zona señalan que el porcentaje de propietarios ha ascendido a sobre el 30 % en los últimos seis años.

DERECHOS DEL JEFE DE HOGAR SOBRE LA VIVIENDA DE
ACUERDO A NIVEL ECONOMICO.

ESPECIFICACION (Ingresos E ^o ms.)	TOTALES		PROPIET. %	ARREND. %	OTROS %	S/DATO %
	N ^o	%				
30 a 260	265	37,0	62,8	27,5	6,4	4,2
261 a 520	267	37,2	65,1	29,2	4,5	1,1
521 a 1.040	156	22,0	65,0	27,0	3,2	5,1
1.041 a 2.080	25	3,5	68,0	20,0	8,0	4,0
2.081 a 3.120	3	0,4	100,0	--	--	--
3.121 a 5.200	1	0,1	100,0	--	--	--
TOTAL	717	100,0	64,1	27,7	5,0	3,2

La condición de propietario se mantiene con parecida frecuencia en los diversos niveles económicos, incluso en los de baja renta.

II.- ANTECEDENTES DE SALUD DE LA POBLACION EN ESTUDIO:

Para el estudio de la salud de la población en un sector urbano, hubiera sido deseable una base científica del 100 %, mediante exámenes efectuados en los centros médico asistenciales a la población seleccionada para la investigación, pero por falta de recursos de todo orden; la cronicidad y la forma que ésta afecta a la capacidad laboral del individuo se determinó en consideración a la opinión dada por el propio paciente o sus familiares que tenían conocimiento sobre el proceso patológico por habérselo referido el médico tratante.

En algunos casos la constatación se efectuó mediante la transcripción de tarjetas de egreso otorgadas por establecimientos asistenciales, otras veces el defecto o lesión eran incuestionables (pérdida de miembros por accidentes u otras causas, ceguera, oligofrenia etc). La lectura de los diversos acápite de la encuesta misma aclarará dudas al respecto.

Un rubro a primera vista puede ser objetable: las " Enfermedades de la Sangre "; ya que este concepto contiene alteraciones o procesos tan disimiles como la sífilis (enfermedad venérea), la sarna (enfermedad parasitaria) y como las anemias. La manera como se pesquizó este rubro de enfermedades de la sangre (igual que todos los demás) fue objetivo y simple, pues se preguntó por anemias, leucemias etc., en base como ya se dijo a la documentación conocida por los enfermos o sus familiares.

a.- Número de hogares con enfermos crónicos:

ESPECIFICACION	Nº	%
Total hogares Playa Ancha	7.000	100
Total hogares encuestados	717	10,2
Total hogares encuestados	717	100
Total hogares con enfermos	230	32
Total hogares sin enfermos	487	68
Total población encuestada	3.740	100
Total población enferma	268	7,2

Entre los 3.740 individuos encuestados, fueron descubiertos 268 enfermos crónicos, lo que constituye el 7,2 % de la población. Como ha quedado señalado en otra parte de la exposición fueron 717 los hogares encuestados, lo que constituye para el enfermo crónico, una incidencia de 37,3 %. Esto significa que de cada tres hogares en uno, se encontrará un paciente crónico.

A su vez, los 268 enfermos crónicos descubiertos en la investigación de 717 hogares, provenían de 230 familias, esto representa en primer lugar, que en un 32 % del total de hogares tienen enfermos crónicos y segundo,, que en tales hogares se encuentran no uno, sino 1,2 enfermos crónicos como promedio.

Finalmente debemos hacer notar el hecho demostrado por la investigación, que el enfermo crónico, descubierto como tal con cierta frecuencia sufre al mismo tiempo de varias afecciones de tipo crónico. Es así, como analizados los 268 pacientes, ellos mostraron 321 enfermedades, lo que da un promedio de 1,2 afecciones por cada paciente.

SEXO DEL ENFERMO CRONICO

ESPECIFICACION	N ^o	%
Masculino	133	49,6
Femenino	135	50,4
TOTAL	268	100,0

La investigación señala que de un total de 268 enfermos crónicos, la proporción de la enfermedad crónica se mantiene en ambos sexos.

b.- Areas de salud comprometidas:

ORIGEN DE LA ENFERMEDAD CRONICA

EN 268 CASOS.

ESPECIFICACION	Nº	%
Enfermedad adquirida	158	59,1
Enfermedad congénita	29	11,2
Accidente del trabajo	12	4,1
Otros accidentes	6	2,1
Accidentes del tránsito	1	0,2
Dato no precisado	62	23,3
TOTAL	268	100,0

El estudio demuestra que la mayoría de las enfermedades crónicas, 59 %, es la resultante de procesos patológicos adquiridos a través de la vida, pudiendo agregarse a esta cifra el 6,4 % de enfermedad crónica causada por accidentes del trabajo, tránsito u otros, quedando el grupo de las enfermedades congénitas con un 11 %.

CLASIFICACION MEDICA DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS

ESPECIFICACION	Nº	%
Cardiovascular	53	16,5
Aparato locomotor	40	12,5
Broncopulmonar	39	12,1
Enfermedad mental	38	11,9
Endocrinas	28	8,7
Digestivas	23	7,1
Organo sensorial	20	6,2
Sistema nervioso central	14	4,3
Sangre	11	3,4
Urogenital	9	2,9
Senilidad	6	1,9
Cáncer	1	0,3
Otras	39	12,1
TOTAL	321	100,0

El análisis de la distribución de los enfermos dentro de la patología médica, permite su ubicación en los siguientes grupos por orden jerárquico: primero, cardiovasculares, 16,5 %; segundo, del aparato locomotor activo, 12,5 %; tercero, broncopulmonares, 12,1 %; y cuarto enfermedades mentales con 11,9 %.

Le siguen con frecuencia siempre importante pero menor: quinto, las afecciones glandulares, con 8,7% sexto, las digestivas con 7,1 %; séptimos, las afecciones de los órganos sensoriales con 6,2 % y octavo, las afecciones del sistema nervioso central con 4,3 %.

En último término, hay un grupo claramente minoritario formado por: noveno las afecciones de la sangre, con 3,4 %; décimo las afecciones del aparato urogenital, con 2,9 % y undécimo la senilidad, con 1,9 %, en último lugar hay un caso de cáncer que corresponde al 0,3 %.

Dentro de nuestra estadística aparece un 12,1 % correspondiente a " otras enfermedades ", cifra cuya excesiva magnitud podría deberse a casos indebidamente ubicados por los encuestadores.

Resulta aparentemente sorprendente el hecho, que sea el cáncer el que ocupa el último lugar jerárquico entre las enfermedades crónicas, lo que se explica, porque se trata por lo general, de un proceso de corta evolución que obliga muchas veces a la hospitalización.

c.- GRUPO DE EDADES Y CAPACIDAD FUNCIONAL
DEL ENFERMO CRONICO

EDADES	TOTALES		CAP. NORMAL %	DISMIN. %	INVAL. %	DECON. %
	Nº	%				
0 - 17	42	15,7	23,8	38,1	30,9	7,2
18 - 45	90	33,6	38,9	37,8	17,8	5,5
46 y más	136	50,7	18,4	37,6	42,6	1,4
TOTAL	268	100,0	25,8	37,9	36,6	3,7

La investigación realizada, permite descubrir un porcentaje importante de enfermos inválidos y con capacidad disminuida en todas las edades de la vida,

pero particularmente en las extremas. Esto se debe a que los factores invalidantes responden a causas disímiles, alguna de las cuales operan de frecuencia en la niñez: encefalitis, meningitis, etc. y otras, en la adultez tales como enfermedades cardiovasculares, del aparato locomotor y otras.

De igual modo es interesante hacer notar, que a medida que se avanza en los grupos de edades, el número de enfermos crónicos es mayor. Esto se debe a que gran número de enfermedades crónicas, son resultado de procesos adquiridos en la vida.

Es importante destacar el elevado número de enfermos crónicos entre 18 y 45 años de edad con capacidad de trabajo normal y disminuida, 38,9 % y 37,8 % respectivamente, que será analizado en el capítulo siguiente.-

CAPITULO SEGUNDO

C A P I T U L O S E G U N D O

PROYECCIONES MEDICO SOCIALES DEL ENFERMO CRONICO DE
18 A 45 AÑOS DE EDAD.

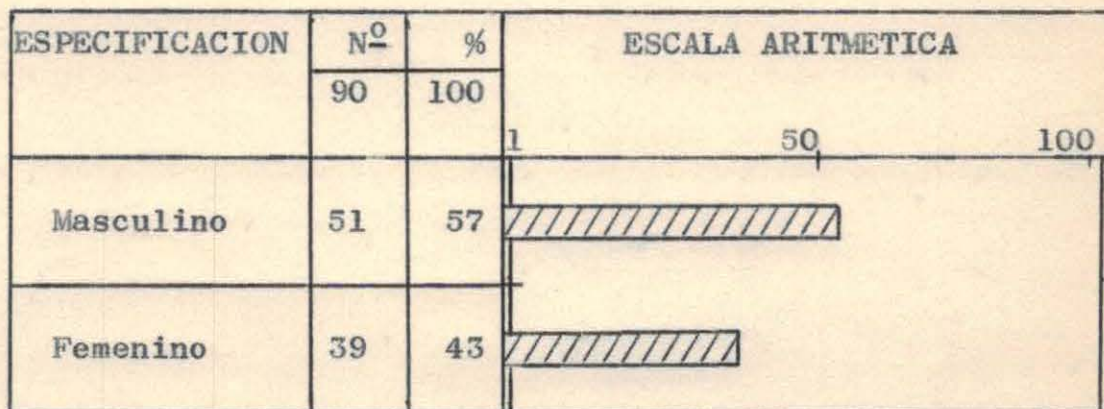
Como la meta de la investigación ha sido el pesquisaje del enfermo crónico en edad de laborar y, el estudio de sus características individuales, médicas y socio-económicas, a la vez que, calificar y cuantificar las medidas de orden médico y de rehabilitación decididas en su favor, que permitan a la institución patrocinante llevar a efecto un Programa de Rehabilitación Profesional; es que se ha dedicado este capítulo a un estudio detallado del enfermo crónico, cuya edad fluctúa entre los 18 y 45 años.

Entre los 3.740 individuos encuestados, fueron descubiertos 268 enfermos crónicos; lo que constituye el 7,2 % de la población.

A su vez entre los 268 enfermos crónicos, se encontraron 90 personas de 18 a 45 años de edad; lo que constituye el 33,6 % del total de enfermos crónicos.

I.- GENERALIDADES DEL ENFERMO CRÓNICO DE 18 A 45 AÑOS DE EDAD:

a.- SEXO DEL ENFERMO CRONICO.



Como puede apreciarse en el gráfico, el mayor porcentaje de enfermos crónicos (57 %), se encuentran en el sexo masculino. Hallazgo que adquiere mayor gravedad si se piensa que se trata de individuos en edad de laborar y formar un hogar.

El mayor porcentaje de hombres enfermos contrasta con la tendencia observada en la totalidad de los enfermos crónicos en que no hay diferencias cuantitativas por sexo, este hecho significa que existe una mayor incidencia de mujeres enfermas sobre los 45 años de edad.

b.- NUMERO DE ENFERMOS ACTIVOS Y PASIVOS

ESPECIFICACION	Nº	%
Pasivos	50	55,6
Activos	40	44,4
TOTAL	90	100,0

Al momento de efectuarse la investigación se encontró que más de la mitad de los enfermos crónicos de 18 a 45 años de edad (55,6 %) no efectúa trabajo alguno, perdiéndose para la comunidad como fuerza laboral activa.

CAPACIDAD LABORAL DEL ENFERMO CRONICO

ESPECIFICACION	Nº	%
Capacidad normal	35	38,9
Capacidad disminuída	34	37,8
Incapaz	16	17,8
Dato dudoso	5	5,5
TOTAL	90	100,0

Los resultados expuestos en este cuadro, indican que un 55,6 % de los enfermos crónicos se encuentran con su capacidad de trabajo disminuída, ya sea en forma parcial (37,8 %) o total (17,8 %). Luego se

encuentra un 38,9 % de enfermos crónicos de capacidad normal para el trabajo, y un 55 %, cuya capacidad laboral no está bien precisada.

c.- LUGAR DEL ENFERMO CRONICO EN EL GRUPO FAMILIAR
DE ACUERDO A CAPACIDAD LABORAL

ESPECIFIC.	TOTALES		CAP. NORMAL %	DISMIN. %	INVAL. %	DESCON. %
	N ^o	%				
J. de Hogar	42	46,7	61,9	26,1	9,6	2,4
Hijo	22	24,4	18,2	31,8	40,9	9,1
Cónyuge	17	18,9	24,1	58,6	11,7	5,6
Cuñado	4	4,4	25,0	25,0	25,0	25,0
Otros	3	3,3	--	100,0	--	--
Sobrino	1	1,1	--	100,0	--	--
Madre	1	1,1	--	100,0	--	--
TOTAL	90	100,0	38,9	37,8	17,8	5,5

Dentro del grupo familiar el enfermo crónico ocupalos siguientes lugares en orden decreciente: primero es el jefe de hogar (46,7 %), y en una tercera parte tiene su capacidad de trabajo disminuída total o parcialmente.

En segundo lugar es un hijo del jefe de hogar (24,4 %), con un porcentaje de menorvalencia equivalente al 77,7 %.

En tercer lugar tenemos a la cónyuge, 17 casos, y en un 70,3 % tiene afectada su capacidad laboral. Luego sigue un 9,9 % de otros miembros del grupo familiar (cuñado, madre del jefe de hogar y sobrino) en su mayor parte con capacidad laboral disminuida.

d.- NIVEL EDUCACIONAL DEL ENFERMO CRONICO

ESPECIFICACION	N ^o	%
Analfabeto	10	11,1
Primario (Incompleto)	9	10,0
Primario (Completo)	30	33,3
Secundario (Incompleto)	21	23,3
Secundario (Completo)	5	5,5
Técnico (Incompleto)	1	1,1
Técnico (Completo)	1	1,1
Comercial (Incompleto)	3	3,3
Vocacional (Incompleto)	5	5,5
Universitario (Incompleto)	2	2,2
Universitario (Completo)	1	1,1
Dato no precisado	2	2,2
TOTAL	90	100,0

El estudio referente a la instrucción del enfermo crónico, indica que un 55,4 % de ellos tienen menos de 6 años de estudios primarios y un 11 % son analfabetos.

Un grupo adicional 23,3 % alcanzó el primer ciclo de enseñanza secundaria; los restantes 18,7 % tienen algún grado de enseñanza comercial, técnica, vocacional

o segundo ciclo de humanidades, logrando solamente un 1,1% enseñanza universitaria completa.

II.- INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD CRONICA SOBRE LA CAPACIDAD DE TRABAJO.

a.- AREAS DE SALUD COMPROMETIDAS DE ACUERDO A CAPACIDAD LABORAL.

ESPECIFICACION	TOTALES		CAP.NORMAL %	DISMIN. %	INVAL. %	DESCON. %
	N ^o	%				
Cardiovascular	16	17,6	31,3	62,4	6,3	--
Enf. Mental	15	16,5	26,6	26,6	33,3	13,5
Digestivas	12	13,2	66,6	25,0	--	8,4
Locomotor	9	10,0	--	55,5	44,5	--
Broncopulmonar	9	10,0	11,1	55,5	33,4	--
Org. sensorial	6	6,6	50,0	33,3	16,6	--
Endocrinas	4	4,5	75,0	25,0	--	--
Sangre	4	4,5	50,0	--	50,0	--
Urogenital	1	1,1	100,0	--	--	--
S. Nervioso C.	3	3,5	--	66,6	--	33,3
Otros	11	12,4	72,7	18,2	--	9,1
TOTAL	90	100,0	38,9	37,8	17,8	5,5

La investigación de la distribución de los enfermos dentro de la patología médica permite la ubicación de los siguientes grupos por orden jerárquico: Primero, cardiovasculares con un 17,6 %; segundo, mentales con un 16,5 %; tercero, digestivas con 13,2 %; cuarto, aparato locomotor y afecciones broncopulmonares con 10 % cada una.

Le siguen en frecuencia: órgano sensorial, endocrinas y enfermedades de la sangre. En último término hay un grupo minoritario representado por el Sistema Nervioso Central 3,3 % y enfermedades del aparato urogenital con 1,2 %

Se encuentra además un grupo de "otras" enfermedades crónicas, cuya magnitud asciende a 12,4 %, en la cual se encuentran casos indebidamente calificados por los encuestadores.

Cabe destacar que comparando la clasificación médica del Enfermo Crónico de 18 a 45 años de edad con la estadística de la totalidad de los enfermos, hay variaciones significativas en la ordenación de los grupos de enfermedades según la incidencia que presentan.

Al establecer cuales son los grupos de enfermedades crónicas más invalidantes, la investigación precisa las siguientes en orden jerárquico: 1) Enfermedades del aparato locomotor (9 casos), disminuyen la capacidad de trabajo en forma parcial en un 5,5 % y en forma total en un 44,5 %; 2) Enfermedades broncopulmonares (9 casos) disminuyen la capacidad laboral en forma parcial en un 55,5 % y en forma total en un 33,4 %; 3) Enfermedades cardiovasculares (16 casos) disminuyen la capacidad de trabajo en forma parcial en un 62,4 % y en forma total en un 6,3 %; 4) Enfermedades del sistema nervioso central que en un 66,6 % disminuyen parcialmente la capacidad de trabajo.

Sigue a continuación el grupo de " otras enfermedades " las que en un 18,2 % de los casos disminuyen parcialmente la capacidad laboral y las enfermedades digestivas y endocrinas que afectan la capacidad de trabajo en forma parcial en un 25 % cada una.

Las enfermedades de la sangre (4 casos) en un 50 % no afectan la capacidad de trabajo, en tanto que el 50 % restante la invalida totalmente. Las enfermedades mentales (15 casos) disminuyen parcialmente la capacidad de trabajo en un 26,6 % y totalmente en un 33,3 % y por último se ubica el rubro Organos sensoriales (6 casos) que en un 33,3 % invalida en forma parcial y en 16,6 % en forma total la capacidad de trabajo.

c.- ORIGEN DE LA ENFERMEDAD CRONICA DE ACUERDO A
CAPACIDAD LABORAL

ESPECIFICACION	TOTALES		CAP.NORMAL %	DISMIN. %	INVAL. %	DESCON. %
	N ^o	%				
Accidentes del Trabajo	6	6,6	--	66,6	33,3	--
Otros accidentes	3	3,3	66,6	--	33,3	--
Enfermedad congénita	13	14,5	30,8	30,8	30,8	7,6
Enfermedad adquirida	61	67,8	39,4	42,6	13,1	4,9
Dato dudoso	7	7,8	71,4	--	14,3	14,3
TOTAL	90	100	38,9	37,8	17,8	5,5

Se demuestra que la mayoría de las enfermedades crónicas (61 casos), son la resultante de procesos adquiridos a través de la vida, los que porcentaje de 55,7 % afectan la capacidad laboral del individuo. Sigue a continuación, el grupo de enfermedades de origen congénito (13 casos), que en 61,6 % de los casos

disminuye la capacidad laboral del enfermo crónico en forma total o parcial; en último término figuran los accidentes del trabajo, del tránsito, etc (9 casos), las que en un 75 % disminuyen la capacidad de trabajo.

c.- Cambios en el trabajo ocasionados por la enfermedad crónica.

FUERZA DE TRABAJO ANTES DE LA ENFERMEDAD Y
ACTUALMENTE

CLASIFICACION	ANTES		ACTUAL	
	N ^o	%	N ^o	%
Activos	55	61,1	40	44,4
Pasivos	35	38,9	50	55,6
TOTAL	90	100,0	90	100,0

El análisis de las variaciones en la fuerza de trabajo entre los enfermos crónicos, demuestra que ésta ha disminuido en un 16,7 %, cifra que pasa a engrosar el número de enfermos crónicos pasivos de 38,9% a 55,6 %.

INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD CRONICA EN LA ACTIVIDAD
LABORAL DESEMPEÑADA POR EL ENFERMO CRONICO

ESPECIFICACION	N ^o ANTES	N ^o ACTUAL	% VARIACION
Obrero no calificado	23	18	5,5
Obrero calificado	8	10	2,2
Tropa y tripulantes	13	5	8,8
Empleados	8	4	4,4
Comerciantes	1	1	--
Profesionales	1	1	--
Labores domésticas	24	24	--
Ninguno	11	26	16,7
Sin dato	1	1	--
TOTAL	90	90	--

El estudio de la influencia de la enfermedad crónica sobre la actividad laboral, muestra variaciones en la fuerza del trabajo en las diferentes categorías, pese a lo cual se mantiene el mismo orden de prioridades por actividad. Las variaciones se hacen sentir con mayor fuerza en el grupo que incluye al personal de tropa y tripulantes, que disminuye en un 8,8 %; esta mayor disminución se explica porque en los Institutos de la Armada, dada su naturaleza, exigen a su personal condiciones físicas óptimas.

Sigue a continuación el grupo de obreros no calificados que disminuyen en un 5,5 % su fuerza laboral, a la vez, que el obrero calificado aumenta en un 2,2 %, lo que se explica porque dos enfermos tuvieron una

rehabilitación profesional consistente en aprendizaje de un nuevo oficio, como veremos mas adelante.

Luego se encuentra el grupo de empleados con una distancia del 4,4 %.

Se mantiene estable el número de enfermos dedicados a labores domésticas, comerciantes y profesionales; en tanto que aumenta considerablemente 16,7 % el grupo de enfermos crónicos que no desempeñan ningún trabajo.

INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD CRONICA SOBRE EL TIPO DE TRABAJO DESEMPEÑADO POR EL ENFERMO CRONICO.

ESPECIFICACION	ANTES N ^o	ACTUAL N ^o	VARIACION N ^o	VARIACION %
Liviano	37	33	-4	4,4
Mediano	17	15	-2	2,2
Pesado	24	15	-9	10,0
Ninguno	11	26	+15	16,7
Sin dato	1	1	--	--
TOTAL	90	90	--	--

El análisis de las variaciones en el tipo de trabajo señala que la reducción mayor , 10 %, se encuentra en el rubro de trabajos pesados.

En segundo lugar se encuentra un 4,4 % de reducción en el grupo que efectúa trabajos livianos,

se incluye en este rubro a los enfermos crónicos que desempeñan labores domésticas; y solamente se encuentra un 2,2 % de disminución de los trabajos medianos.

Cabe destacar el total de reducciones en los tipos de trabajo que pasan a engrosar el grupo de enfermos crónicos pasivos.

INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD CRONICA EN LA PERIODICIDAD DEL TRABAJO REALIZADO POR EL ENFERMO CRONICO.

ESPECIFICACION	ANTES N ^o	ACTUAL N ^o	VARIACION N ^o	VARIACION %
Ocasional	10	12	+2	2,2
Permanente	68	51	-17	18,8
Ninguno	11	26	+15	16,7
Sin dato	1	1	--	--
TOTAL	90	90	--	--

La investigación demuestra que la fuerza de trabajo que varió de actividad, fue sustraída en un 18,8 % del grupo que tenía trabajo permanente, de los cuales el 2,2 % pasa a desempeñar trabajos ocasionales, en tanto que el 16,7 % restante se incorpora a la población pasiva.

Cabe destacar que las labores domésticas fueron consideradas como un trabajo de tipo permanente.

III.- MEDIOS DE VIDA DEL ENFERMO CRONICO:

MEDIOS DE VIDA DEL ENFERMO CRONICO DE ACUERDO
A CAPACIDAD LABORAL

ESPECIFICACION	TOTALES		CAP. NORMAL %	DISMIN. %	INVAL. %	DESC. %
	N ^o	%				
A expensas de la familia.	38	42,3	26,2	44,8	29,0	--
Pensiones	9	10,0	11,1	33,3	55,6	--
Pensión y ayuda de familia	3	3,3	--	33,3	--	66,6
Trabajo personal	33	36,7	66,7	27,2	--	6,1
Trabajo y pensiones	6	6,6	33,3	66,6	--	--
Sin dato	1	1,1	--	--	--	100,0
TOTAL	90	100,0	38,9	37,8	17,8	5,5

La experiencia recogida demuestra que un 55,5 % de los enfermos crónicos no trabajan y viven con el auxilio de la familia e ingresos provenientes de pensiones; se trata de personas dedicadas a labores domésticas, personas que nunca han trabajado, y personas enfermas que a causa de su misma enfermedad perdieron su trabajo.

Sigue a continuación un 36,7 % de enfermos que viven exclusivamente de su trabajo personal. También hay un grupo menos importante del orden del 6,6 %, que junto con recibir una pensión, desarrolla cierto grado de actividad laboral.

a.- A expensas de la familia.

CAUSAS DE DESEMPLEO DEL ENFERMO CRONICO QUE VIVE A
EXPENSAS DE LA FAMILIA DE ACUERDO A NIVEL LABORAL.

ESPECIFICACION	TOTALES		CAP.NORMAL %	DISM. %	INVAL. %	DESC. %
	N ^o	%				
Invalidez en si	20	40,0	--	25,0	70,0	5,0
Falta trabajo en el mercado	5	10,0	80,0	20,0	--	--
Otras causas	24	48,0	25,0	62,5	8,3	4,1
Sin dato	1	2,0	--	--	--	100,0
TOTAL	50	100,0	20,0	42,0	32,0	6,0

Los datos obtenidos señalan que el mayor porcentaje de causales de desempleo el 40 %, lo constituye la invalidez en sí, que imposibilita al enfermo crónico a efectuar un trabajo remunerado.

Sigue a continuación un grupo de cinco casos con capacidad de trabajo normal en un 80 %, y capacidad disminuída en un 20 % que no encuentran trabajo.

Además se encuentra un importante grupo 48 % que nunca ha formado parte de la población activa desempeñando labores domésticas en sus respectivos hogares.

b.- Recibe pensiones: (Invalidez, Viudez, Orfandad, Otras)

PREVISION DEL ENFERMO CRONICO

ESPECIFICACION	N ^o	%
Servicio de Seguro Social	16	17,8
Caja de la Marina Mercante	11	12,2
Caja de la Defensa Nacional	5	5,6
Caja de Empleados Particulares	3	3,3
Caja de Empl. Públicos y Periodistas	1	1,1
Caja de Carabineros	1	1,1
Caja de Empl. y Obreros Municipales	1	1,1
Beneficiarias	5	5,6
Ninguno	45	50,0
Sin dato	2	2,2
TOTAL	90	100,0

Es notorio el hecho de que un 50 % de los enfermos crónicos carece de previsión; lo que se explica por el alto porcentaje de ellos que no constituyen fuerza de trabajo.

El sistema previsional mayoritario es el Servicio de Seguro Social, con un 17,8 %, que deriva del hecho de que la mayoría de los enfermos crónicos que trabajan están incluidos en el sector obrero.

En orden de importancia le siguen otros organismos previsionales como: Caja de la Marina Mercante con 12,2 % y Defensa Nacional con 5,6 %, llama la atención el bajo número de enfermos crónicos pertenecientes a este

último sistema previsional, ya que la Defensa Nacional ocupaba el primer lugar con un 23 % en los antecedentes generales de la población en estudio, ello podría deberse al hecho que sus imponentes son controlados periódicamente, lo que ayuda a prevenir la enfermedad, o en su defecto, evita que llegue a la etapa de cronicidad.

Un 6,6 % pertenece a Empleados particulares, públicos, carabineros, y municipales. Se encuentra además, un grupo de 5,6 % de enfermos crónicos beneficiarios de algún sistema previsional.

TIPOS DE PENSIONES QUE GENERA EL ENFERMO CRONICO
DE ACUERDO A SU CAPACIDAD LABORAL.

ESPECIFICACION	TOTALES		CAP. NORMAL. %	DISM. %	INVAL. %	DESC. %
	Nº	%				
Invalidez	9	50,0	--	55,5	44,5	--
Viudez	5	27,8	40,0	40,0	20,0	--
Orfandad	2	11,1	--	100,0	--	--
Otras	2	11,1	50,0	--	--	50,0
TOTAL	18	100,0	16,7	50,0	27,8	5,5

Cabe destacar que de la totalidad de los enfermos crónicos un 20 % (18 casos) está percibiendo pensiones diversas; siendo la mas frecuente la de invalidez (50 %); viudez (27,7 %) y orfandad (11,1 %).

Considerando la capacidad para el trabajo se aprecia que el mayor porcentaje de pensiones 77,8 %

recaen sobre enfermos con su capacidad de trabajo disminuida en forma parcial (50 % de los casos) y total en un (27,8 %).

También hay enfermos con capacidad normal 16,7 %, que reciben pensiones en categoría de Beneficiarias de algún sistema previsional.

c.- Por trabajo personal.

TRABAJO PERSONAL EFECTUADO POR EL ENFERMO
CRONICO.

ESPECIFICACION	Nº	%
Obrero no calificado	18	45,0
Obrero calificado	10	25,0
Tropa y tripulantes	5	12,5
Empleados	4	10,0
Comerciantes	1	2,5
Profesionales	1	2,5
Sin dato	1	2,5
TOTAL	40	100,0

Del análisis de los oficios desempeñados por el enfermo crónico, indica que a medida que los trabajos exigen un mayor contenido cultural y mayor status social, disminuye la incidencia de enfermos.

Así se encuentra que el mayor porcentaje

de enfermos crónicos está ubicado en el nivel obrero, (70 %); el segundo lugar está representado por el personal de tropa y tripulantes (12,5 %), lo que contrasta con las estadísticas de oficios de los jefes de hogar, en el cual, el mayor porcentaje pertenece a las Fuerzas Armadas.

Luego se ubica un grupo menos importante de empleados, 10,5 %; comerciantes, 2,5 % y profesionales con 2,5 %.

IV.- ATENCIONES MEDICAS:

a.- LUGAR DE LA REPARACION MEDICA DEL ENFERMO CRONICO DE ACUERDO A CAPACIDAD LABORAL

ESPECIFICACION	TOTALES		CAP.NORMAL %	DISM. %	INVAL. %	DESC. %
	Nº	%				
Consultorio SNS.	15	16,7	46,7	20,0	20,0	13,3
Hospital S.N.S.	19	21,1	5,3	42,1	52,6	--
Consul.otras Cajas	7	7,8	57,1	28,6	14,3	--
Hop. Otras Cajas	9	10,0	44,4	55,6	--	--
Médico particular	10	11,1	40,0	40,0	10,0	10,0
Otras atenciones	4	4,4	25,0	75,0	--	--
Ninguna	19	21,1	57,9	36,9	--	5,2
Sin dato	7	7,8	42,9	28,7	14,2	14,2
TOTAL	90	100,0	38,9	37,8	17,8	5,5

La experiencia recogida muestra que un

71 % de los enfermos crónicos han recibido alguna atención médica en organismos asistenciales públicos o privados.

El total de los enfermos crónicos que alguna vez fue hospitalizado a causa de su proceso crónico, alcanza a 31,2 %, en tanto que el resto, 40 % dispuso solamente de atenciones ambulatorias.

Considerando la capacidad funcional asociada a las reparaciones médicas, se encuentra que los enfermos con capacidad disminuída, recurren con mayor frecuencia a las hospitalizaciones, siguiendo a continuación el grupo de incapacitados para el trabajo.

Por otra parte, se tiene que el enfermo crónico con capacidad funcional normal, presenta el mayor número de atenciones ambulatorias, encontrándose en este mismo grupo el mas alto porcentaje de individuos cuyo proceso patológico no ha recibido reparación médica.

Cabe destacar que en el grupo de incapacitados, todo enfermo ha recibido atención médica, cuyo detalle se encuentra consignado en el cuadro respectivo.

b.-INTENTOS DE REHABILITACION DEL ENFERMO CRONICO DE
ACUERDO A CAPACIDAD LABORAL

ESPECIFICACION	TOTALES		CAP.NORMAL %	DISM. %	INVAL. %	DESCON. %
	Nº	%				
Asistencia a Gimnasia	1	1,7	--	100,0	--	--
Asistencia a Neurología	3	3,3	33,3	--	66,7	--
Asistencia a Laborterapia	3	3,3	--	33,3	66,7	--
Aprendizaje de nuevo oficio	2	2,2	50,0	50,0	--	--
Tratamiento alcoholismo	3	3,3	66,7	33,3	--	--
Otros	6	6,7	66,7	33,3	--	--
Ninguno	66	73,3	39,2	37,8	16,5	6,5
Sin dato	6	6,7	16,6	50,0	16,6	16,6
TOTAL	90	100,0	38,9	37,8	17,8	5,5

Solo un 20 % de los enfermos crónicos tuvieron algún tratamiento rehabilitador. Entre los medios de rehabilitación utilizados con una frecuencia de 10 % cada uno figuran: Asistencia a Neurología, Asistencia a Laborterapia, y tratamiento alcohólico.

Luego se encuentra un grupo de 6,7 %, que han utilizado otras medidas de rehabilitación como hidroterapia y fisioterapia.

Al establecer una relación entre los intentos de rehabilitación y la capacidad laboral, se

encuentra las siguientes tendencias en orden a los medios utilizados.

Primero, fisioterapia e hidroterapia, (6 casos), es recibido en mayor porcentaje por los enfermos crónicos con capacidad funcional normal (66,6 %) y en segundo término por enfermos con capacidad funcional disminuída (33,3 %).

Segundo, tratamiento por alcoholismo (3 casos), es recibido en un 66,6 % por enfermos con capacidad de trabajo normal, y en 33,3 % por enfermos con capacidad laboral disminuída.

Tercero, a tratamiento neurológico, (3 casos), asiste un 66,6 % de incapacitados y un 33,3 % de enfermos con capacidad de trabajo normal.

Cuarto, a laborterapia (3 casos), asisten en mayor proporción los enfermos incapacitados, y un 33,3 % de enfermos con capacidad laboral disminuída.

Hay además un amplio sector, 73,3 % de enfermos crónicos para quienes no se decidió ninguna medida de rehabilitación, ya sea por ignorancia, desinterés del paciente o por falta de programas y recursos técnicos y económicos.

Dejamos en claro que no podemos asegurar que estos individuos hayan sido categóricamente rehabilitados, sino que tan solo hubo en ellos un intento de rehabilitación.-

CAPITULO TERCERO

C A P I T U L O T E R C E R O

POSIBILIDAD OCUPACIONAL DEL ENFERMO CRONICO

REHABILITADO PROFESIONALMENTE

Investigación efectuada a la totalidad de las Industrias con más de 100 operarios en la Provincia de Valparaíso en el año 1967.

Siendo uno de los objetivos fundamentales de un Programa de Rehabilitación Profesional, integrar a la vida económica y social del país a enfermos crónicos con capacidad de trabajo limitada, concediéndoles oportunidades de participar en oficios apropiados a su capacidad residual en el libre mercado del trabajo, se estimó necesario efectuar una investigación en el medio industrial, que permitiera conocer sus características básicas y la disposición para absorber la promoción de alumnos beneficiados con el Programa de Rehabilitación Profesional del Instituto Nacional de Capacitación Profesional.

Con este objeto se confeccionó una encuesta destinada sólo a obtener los datos mas significativos de las Industrias seleccionadas; ya que se esperaba un rechazo debido a la naturaleza de la investigación.

Para la realización de este estudio se consideró a la totalidad de las Industrias con mas de 100 operarios en la Provincia de Valparaíso, que por razones de índole técnica interesaba especialmente a la Institución patrocinante. Es importante señalar que hubo dificultades

para precisar el número de Industrias con más de 100 operarios en la zona, puesto que las distintas Instituciones consultadas sobre el particular (INACAP, CORFO, Servicio de Cooperación Técnica, Asociación de Industriales de Valparaíso y Aconcagua ASIVA, Asociación de Pequeños Industriales de Valparaíso y Aconcagua APIVA, Dirección de Industria y Comercio DIRINCO, Inspección del Trabajo) solo disponían de un registro de las Industrias que eran de interés para su trabajo específico. Estas dificultades son mayores cuando se trata de precisar el número de establecimientos de la Mediana Industria (50 a 99 operarios), y de la pequeña Industria y Artesanado (5 a 49 operarios) motivo por el cual se ha preferido no proporcionar el dato relativo a la totalidad de las Industrias de la Zona como hubiera sido deseable para facilitar una mayor comprensión del universo y de la muestra en su real magnitud.

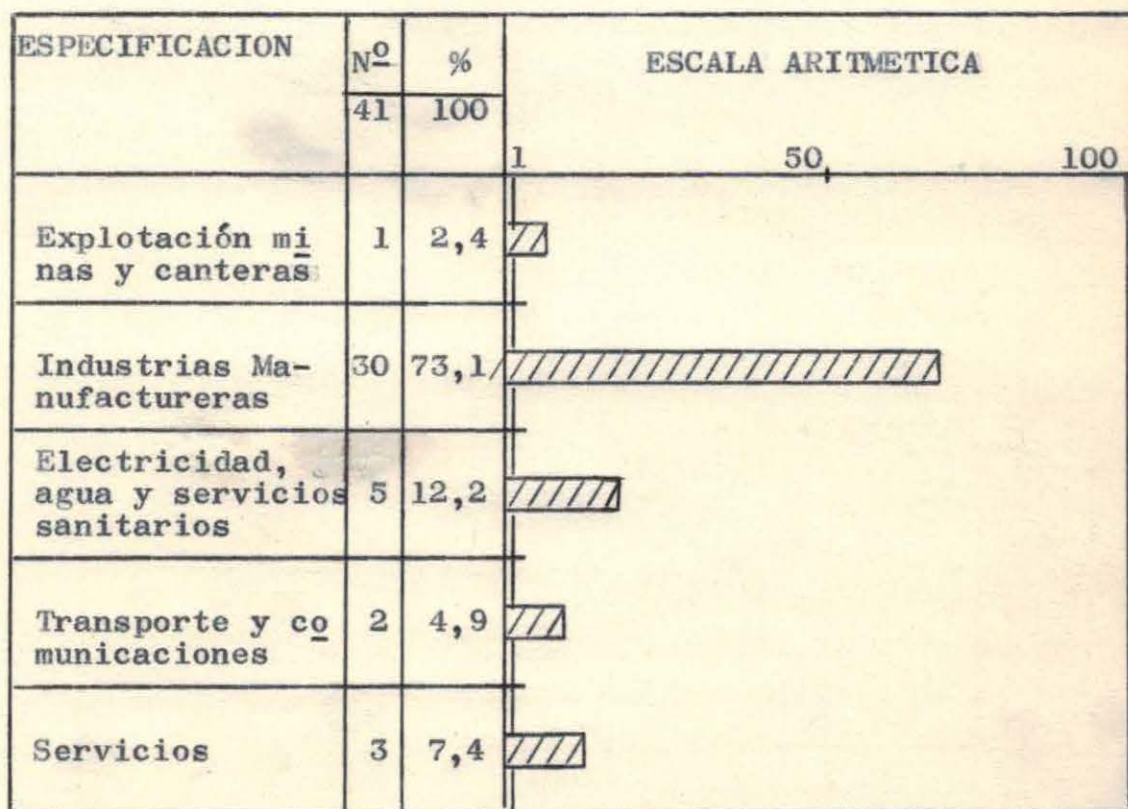
La información relativa a la Industria se obtuvo en entrevista directa con la persona encargada de la selección del personal en cada uno de los establecimientos visitados.

Previo al trabajo en terreno se envió una circular a las Industrias que fueron visitadas, informándoles ampliamente acerca de los objetivos de la investigación y sus alcances futuros; lo que evitó el rechazo que se esperaba por parte del sector empresarial, prueba de esto, es que solo una de las Industrias se negó a proporcionar los datos requeridos, efectuándose la investigación en 41 Industrias de la Provincia.

I.- CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS INDUSTRIAS INVESTIGADAS:

a.- Giro de la Industria: Se utiliza la clasificación recomendada por la Organización Internacional del Trabajo, (O.I.T.), y aceptada oficialmente por la Dirección de Estadísticas y Censos en el año 1960.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LAS INDUSTRIAS



El análisis del giro o actividad económica de las Industrias señala, que el mayor porcentaje (73,1 %) se encuentra en el rubro Manufacturas, el que incluye elaboración y transformación de materias primas, como alimentos, textiles, tabaco, maderas y petróleo.

En segundo lugar con un 12,2 % se encuentran las industrias relacionadas con la preparación y distribución del gas, agua y electricidad, que por su naturaleza agrupa a obreros cuyos oficios generalmente son desempeñados a " campo abierto "

En tercer lugar se ubica el rubro Servicios con un 7,4 %, que comprenden empresas dedicadas al turismo y diversiones, que no exigen a los operarios una calificación especial para el trabajo, pero si les requiere un continuo contacto con el público, por ejemplo, porteros y ascensoristas de Empresas Hoteleras, camareras, croupier, mozos, etc.

En cuarto lugar, con un porcentaje menor, 4,9 %, se encuentra el grupo de trasportes y comunicaciones. En último término se encuentra la explotación de minas y canteras con un 2,4 %.

b.- Mano de obra.

FUERZA DE TRABAJO DE LAS INDUSTRIAS.

ESPECIFICACION	Nº	%
Operarios hombres	9338	77,6
Operarias mujeres	2745	23,0
Total operarios	12083	100,0
Empleados hombres	3054	77,1
Empleadas mujeres	777	22,9
Total Empleados	3831	100,0

ESPECIFICACION	Nº	%
Total operarios	12083	78,7
Total empleados	3831	21,3
Total general	15914	100,0

La cifra total de los efectivos de la fuerza de trabajo totaliza 15914 personas, de las cuales la mano de obra propiamente tal cubre un 78,7 %, y los empleados un 21,3 %.

Tanto en el grupo de obreros como en el de empleados la fuerza de trabajo se encuentra representada en un 77,1 % por el hombre y en un 23 % por la mujer.

En el nivel obrero la mujer se encuentra en Industrias Manufactureras , de productos alimenticios y textiles desempeñando oficios que sólo requieren habilidad manual. Se opone al incremento de la ocupación de la mujer obrera la falta de instituciones que le proporcionen alguna especialización en el trabajo, y las leyes sociales derivadas de su trabajo en la Industria, por ejemplo Ley de Salas Cunas, que exigen al Industrial un gasto extra y prohibición del trabajo nocturno, que obstaculiza la actividad laboral continuada durante las 24 horas del día.

PROMEDIO DE PERSONAL POR INDUSTRIA

ESPECIFICACION	N ^o
Total Industrias	41
Total Operarios	12083
Promedio Operarios	294
Total Empleados	3831
Promedio Empleados	93

El estudio señala un promedio de 294 operarios y 93 empleados por Industria. Esto significa que la fuerza de trabajo media está compuesta por 388 personas por establecimiento.

INDICE DE REPOSICION DE PERSONAL

ESPECIFICACION	N ^o	%
Total operarios	12083	
Demanda operarios estables	273	
Indice de reposición		2,2

La experiencia recogida a través de la investigación demostró que la cifra de reposición de personal (es decir, reemplazo del personal que jubila, fallece, se traslada de ciudad, contrae matrimonio, en el caso de la mujer, o por enfermedad), es del orden del 2,2 %, guarismo que coincide con otros estudios sobre el tema.

A su vez, las necesidades de mano de obra estable alcanzan a 273 operarios por concepto de reposición. Ninguna de las Industrias visitadas expresó proyectos de expansión de sus actividades.

Las mayores necesidades de reposición de personal se registra en las Industrias Manufactureras de alimentos y textiles (76 %). Este hecho se explica por encontrarse en estos rubros el mayor número de oficios sin calificación desempeñados por mujeres, que ocupacionalmente constituyen un elemento inestable de trabajo en el nivel obrero.

c.- Selección del personal

CARGO DE LA PERSONA QUE EFECTUA LA SELECCION

ESPECIFICACION	TOTALES		PROFESIONAL	NO PROFESIONAL
	Nº	%	%	%
Jefe de personal	24	59,2	25,0	75,0
Jefe de planta	7	17,2	42,8	57,1
Contador	3	7,4	100,0	--
Jefe administrat.	3	7,4	33,3	66,7
Dueño	4	9,8	25,0	75,0
TOTAL	41	100,0	34,1	65,9

La investigación señala la inexistencia de un criterio unánime de las Industrias, en lo relativo a la designación de la persona que efectúa la selección del personal.

Considerando los cargos desempeñados, se ubica en primer lugar al jefe de personal (24 casos), de ellos un 75 % se ha formada exclusivamente en la práctica y el 25 % restante son profesionales.

En segundo lugar se encuentra a los jefes de planta (7 casos), un 57,1 % de ellos se han formado con la experiencia de su propio trabajo.

El tercer lugar se encuentra representado por los dueños, de los cuales un 25 % son profesionales.

A continuación sigue el grupo formado por los jefes administrativos y los contadores (3 casos cada uno), éstos últimos, como se comprende, se encuentran ubicados en un 100 % en la categoría profesional.

Estas cifras indican, que únicamente un 34,1 % de las Industrias designan a un profesional en la responsabilidad de la selección del personal.

PROFESION DE LA PERSONA QUE SELECCIONA
LA MANO DE OBRA.

ESPECIFICACION	N ^o	%
Contador	9	64,3
Ingeniero	4	28,6
Abogado	1	7,1
TOTAL	14	100,0

El estudio señala, que un 92,9 % (13 casos) es un ingeniero o contador quien efectúa la selección de la mano de obra. Cabe destacar que el contenido profesional

de estas personas se relaciona preferentemente con técnicas de utilización de recursos materiales, y no con técnicas relacionadas con los recursos humanos como sería deseable para el desempeño de este cargo.

APRECIACION DE LOS CRITERIOS UTILIZADOS EN LA SELECCION DEL PERSONAL.

El conocimiento adquirido en el presente trabajo señala los siguientes criterios en orden de importancia adoptados por las Industrias.

1.- Edad: Las Industrias señalaron como requisito de ingreso para el personal obrero edades que fluctúan entre los 18 y 45 años de edad, mínima y máxima, respectivamente. Sólo cuando se trata de operarios altamente calificados, o bien, de operarias mujeres para trabajos sin calificación no se fija edad máxima para su ingreso.

2.- Instrucción: El nivel de exigencia educacional se encuentra en la sexta preparatoria.

El más bajo nivel de exigencia (lee y escribe o ninguno), se encuentra en los establecimientos donde laboran mayor número de operarias mujeres, en base exclusiva de su habilidad manual. Esta situación se presenta en las Industrias Manufactureras de alimentos y textiles.

3.- Período de prueba: La totalidad de las Industrias someten al operario a un período de prueba, es decir, el operario ingresa por un lapso de tiempo que fluctúa entre 1 y 6 meses, durante los cuales se aprecian sus aptitudes para el oficio y sus cualidades (responsabilidad, honradez, etc), que lo harán o no merecedor a un contrato indefinido

que le permita gozar de las prerrogativas de la Ley de inamovilidad.

4.- Examen médico: El 100 % de los establecimientos visitados exige al operario, previo a su ingreso un exámen médico, esta medida es controlada en alto grado en las Industrias que laboran con alimentos, las cuales además, exigen al operario que ingresa, su carnet de sanidad.

Otros requisitos exigidos en la totalidad de las Industrias, pero de menor significación son : recomendaciones de trabajos anteriores efectuados por el postulante, carnet de situación militar y carnet de identidad.

En consecuencia la investigación señala como " trabajador ideal", al operario que se encuentra en la etapa de adulto joven, físicamente apto, con un nivel de instrucción equivalente a sexta preparatoria, que le facilite una fácil comprensión y formación polifacética en el uso de las máquinas industriales.

II.- ACTITUD DEL INDUSTRIAL ANTE EL OPERARIO CON SU CAPACIDAD LABORAL DISMINUIDA POR ACCIDENTES DEL TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL.



ESPECIFICACION	Nº	%	ESCALA ARITMETICA		
	41	100	1	50	100
Cambio a oficio de menor responsabilidad	18	44			
Indemnización por accidentes del trabajo	7	17,1			
No se ha presentado la situación en la Industria.	15	36,5			
Otros	1	2,4			

El estudio relativo a la actitud actual del Industrial ante el operario que por accidente del trabajo o enfermedad profesional, ve disminuída su capacidad laboral, revela que en un 44 % de las Industrias, se les ubica en puestos de menor responsabilidad; y un 17,1 % de las Industrias le da indemnización por accidente del trabajo. Se encuentra además un grupo del orden de 36,5 % que corresponde al rubro "no se ha presentado esta situación en la Industria"; se trata de empresas cuyos trabajos no ofrecen riesgos mayores unido a un eficiente sistema de Seguridad Industrial.

Estas cifras están demostrando que no hay

por parte del industrial, un trato justó ante el operario que ve disminuída su capacidad laboral, puesto que, recurre a disposiciones legales, o cambios a oficios menores, antes que a medidas de readaptación laboral en la misma Empresa. Ello se debe en algunos casos, a la falta de conocimientos prácticos sobre la materia y en otros simplemente, a la falta de conciencia sobre la responsabilidad que cabe a la Industria ante este operario.

SALARIO EN RELACION A CAMBIO DE OFICIO

ESPECIFICACION	Nº	%	ESCALA ARITMETICA		
	18	100	1	50	100
Con el mismo salario que tenía	12	66,7			
Con el salario que corresponde al nuevo oficio	6	33,3			

La experiencia recogida a través de este estudio señala que un 66,7 % de las Industrias, en que al operario menorvalente se le cambia de oficio, continúan cancelando al obrero el mismo salario del oficio anterior; en segundo lugar tenemos que en un 33,3 % se les cancela el salario que corresponde al nuevo oficio, el que por la naturaleza de los trabajos resulta menor que el recibido antes de la enfermedad profesional o accidente del trabajo que produjo la disminución de la capacidad laboral del operario.

b.- DISPOSICION PARA ENVIAR A REHABILITACION PROFESIONAL
AL OPERARIO MENORVALENTE.

ESPECIFICACION	Nº	%
Lo enviaría	19	46,4
No lo enviaría	22	53,6
TOTAL	41	100,0

Las opiniones dadas por la Industria ante la posibilidad de enviar a cursos de Rehabilitación Profesional al operario con capacidad laboral disminuída, fueron positivas en un 46,4 %, estas Industrias son en su mayor parte las mismas que actualmente cambian de oficio al operario menorvalente; además la totalidad de estas Industrias reservarían la vacante, al operario, por el período que dure la capacitación profesional.

Un 53,6 % de las Industrias no lo enviaría a Rehabilitación Profesional, porque no creen en la recuperación o formación profesional de este individuo; además por la naturaleza del trabajo algunas Industrias no requieren mano de obra calificada.

III.- GRADO DE ACEPTACION DEL INDUSTRIAL HACIA EL ENFERMO
CRONICO REHABILITADO PROFESIONALMENTE.

a.- Opiniones sobre su capacidad laboral.

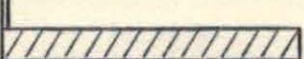

Cabe destacar que las personas entrevistadas, en un 92,6 % (38 casos) manifestaron desconocimiento de las

experiencias sobre Rehabilitación Profesional y su significado; a la vez que un porcentaje de 7,4 % (3 casos) tienen conocimiento sobre ello, el que han adquirido por contactos con profesionales que participan en este programa en Santiago.

El escaso conocimiento existente sobre la materia se explica por la falta de difusión de esta experiencia en Chile.

Las opiniones recogidas mediante la investigación, son el pensamiento basado en la propia experiencia, o bien, prejuicios tradicionales de la sociedad hacia el ser humano que presenta limitada su capacidad de trabajo.

GRADO DE CONFIANZA DEL INDUSTRIAL EN LA
CAPACIDAD LABORAL DEL ENFERMO CRONICO
REHABILITADO PROFESIONALMENTE

ESPECIFICACION	Nº	%	ESCALA ARITMETICA		
	41	100	1	50	100
Cree en capacidad laboral	19	46			
No cree en capacidad laboral	22	54			

El elevado porcentaje 54 % de personas que no confían en la capacidad laboral del enfermo crónico, constituye un factor desfavorable y necesario de considerar en un proyecto de ubicación de estos enfermos en el campo

de trabajo industrial; por lo cual se analizan a continuación los fundamentos dados, por la persona entrevistada a su respuesta sobre capacidad laboral del enfermo crónico.

FUNDAMENTOS A LA RESPUESTA AFIRMATIVA SOBRE LA CAPACIDAD LABORAL DEL ENFERMO CRONICO.

ESPECIFICACION	Nº	%	ESCALA ARITMETICA		
	19	100	1	50	100
Superación del enfermo crónico como factor psicológico	9	47,3			
Mayor desarrollo capacidad residual	6	31,6			
Lo ha visto en la práctica	3	15,8			
No fundamenta su respuesta	1	5,3			

Entre los fundamentos dados al por que de la confianza en la capacidad laboral del enfermo crónico rehabilitado profesionalmente, se encuentran en orden de importancia los siguientes: 1) " la superación como factor psicológico ", con un 47,3 %, se agrupan bajo este rubro conceptos tales como: deseos de superación para ocupar un lugar dentro de su grupo social, retener el puesto que

cuales las personas entrevistadas no confían en la capacidad laboral del enfermo crónico; demuestran que un 45,5% considera que un operario para trabajar en un Industria debe estar en posesión de todas sus capacidades físicas y, el enfermo crónico aún cuando se le haya proporcionado una Rehabilitación Profesional encuentra "perdida su capacidad o resistencia física"; carece de agilidad y destrezas necesarias en trabajos industriales, constituyéndose en un obstáculo en el proceso normal de la producción.

En orden decreciente, hay un grupo formado por el 31,8 % que no confían en la capacidad laboral por considerar que este operario pasa a " depender de su incapacidad " en la cual excusaría ausentismo, negligencia. Además sentiría un complejo de inferioridad ante sus compañeros pudiendo ello reflejarse en acciones inseguras y dificultades en el establecimiento de relaciones sociales armónicas con su grupo laboral.

Igualmente, es significativo, que un 18,2% no fundamente su respuesta, e indique que no cree en la capacidad laboral del enfermo crónico " por razones obvias"; lo que estaría indicando la existencia de prejuicios y desconocimiento del problema en su real dimensión.

Así también, hay una experiencia negativa con esta categoría de operarios en una Industria, como motivo de rechazo para cooperar en este programa.

b.- Posibilidades ocupacionales del enfermo crónico.

NUMERO DE INDUSTRIAS QUE PROPORCIONARIAN TRABAJO DE ACUERDO A OPINION SOBRE CAPACIDAD LABORAL DEL ENFERMO CRONICO.

ESPECIFICACION	TOTALES		CREE %	NO CREE %
	N ^o	%		
Da trabajo	20	48,7	85	15
No da trabajo	21	51,3	9,5	90,5
TOTAL	41	100,0	46,4	53,6

El análisis de las posibilidades ocupacionales del alumno egresado de un Programa de Rehabilitación Profesional, que en un total de 20 Industrias (48,7 %) se le proporcionarían trabajo; de estas industrias el 85 % cree en la capacidad laboral del enfermo crónico y, un 15 %, a pesar de no confiar en las posibilidades de utilización de sus capacidades residuales, estaría dispuesta a tener una experiencia de este tipo.

Frente a este hecho se encuentra un total de 21 Industrias (51,3 %), que no proporcionarían trabajo al operario rehabilitado profesionalmente, grupo que en un 90,5 % no confía en la capacidad de trabajo de este operario y, el 9,5 % restante a pesar de estar de acuerdo con ello, no le proporcionarían trabajo porque se trata de Industrias donde no hay oficios especializados.

LIMITACION AL INGRESO DEL ENFERMO CRONICO

ESPECIFICACION	N ^o	%
Limitaría su ingreso	17	41,4
No limitaría su ingreso	3	7,4
No acepta	21	51,2
TOTAL	41	100,0

Destaca el hecho, que solamente 3 Industrias, o sea, el 7,4 % no limita el ingreso del menorvalente, cifra que coincide con el número de industriales entrevistados que tienen conocimiento del Instituto de Rehabilitación Profesional.

Luego se encuentra un porcentaje del 41,4 %, que corresponden a las industrias que aceptan rehabilitados profesionales, pero limita el número de ellos. Encontramos en este grupo a personas que manifestaron creer en la rehabilitación profesional, pero argumentan algunas objeciones: el 14,7 % de ellas limitaban el ingreso, debido a que consideraban que el trabajo de la industria requiere esfuerzo físico y es peligroso; en orden decreciente, el 7,3 % expresó que requiere operarios con formación polifacética, debido a los continuos cambios en el trabajo, como asimismo para el sistema de ascensos. Un grupo minoritario de 4 personas con 1 opinión cada una, que corresponde al 9,6 % expresa: " temor al Sindicato "; " el trabajo de la Empresa es para atención de turistas "; " se da trabajo sólo a familiares de operarios de la industria"; " siempre que no sean sordos ".

Un grupo minoritario correspondiente al 51,2 % expresa no aceptar operarios rehabilitados profesionalmente; por no confiar en su capacidad laboral, o por experiencias negativas con enfermos, o debido a la naturaleza de la industria que no necesitan operarios calificados.

TIPO DE TRABAJO QUE PROPORCIONARIAN AL
ENFERMO CRONICO 20 INDUSTRIAS

ESPECIFICACION	N ^o	%
Vacantes calificadas	13	65
Vacantes sin calificar	7	35
TOTAL	20	100

La investigación sobre el número de vacantes para operarios rehabilitados profesionalmente demuestra, que un 65 % de las Industrias le proporcionaría trabajo para el oficio en el cual fue adiestrado, pero no precisan número de vacantes, explicando que depende del número que se produzcan en los oficios requeridos, o bien, de acuerdo a los resultados obtenidos con los primeros contratados.

En cambio 4 de las 7 Industrias que darían trabajos menores (mozos, utileros etc), precisan el número de vacantes, las que en total ascienden a 34, y el grupo minoritario, 3 industrias no expresan el número exacto de vacantes que podrían ser ocupadas por enfermos crónicos rehabilitados profesionalmente.

19 de las Industrias, que constituye el 95 %, manifestaron que el salario sería igual al del operario con capacidad de trabajo normal en el mismo oficio. I sólo un 5 %, que corresponde a una industria manifiesta que el salario sería objeto de un acuerdo especial con la institución patrocinante del Programa de Rehabilitación Profesional.

PERIODO DE PRUEBA EN EL TRABAJO

ESPECIFICACION	Nº	%
1 a 3 meses	11	55
4 a 6 meses	7	35
Ninguno	2	10
TOTAL	20	100



La casi totalidad de las Industrias, previo a la contratación definitiva del operario rehabilitado profesionalmente, lo sometería a un período de prueba que le permitiera ver las reales capacidades y disposición del trabajador en su oficio.

El 55 % de las Industrias lo pone a un período de prueba por un tiempo de 1 a 3 meses; un 33 % por un período que fluctúa entre 4 y 6 meses y, un 10 % lo contrataría sin necesidad de período de prueba, este 10 % (2 Industrias) está representado por aquellas Empresas, en las cuales la persona encargada de la selección del personal conoce la experiencia de rehabilitación profesional, y darían mayores oportunidades al enfermo crónico para ocupar una vacante.

IV .- SUGERENCIAS DE LA INDUSTRIA SOBRE OTRAS AREAS DE TRABAJO PARA EL REHABILITADO PROFESIONALMENTE.

a.- Trabajos por sub-contratación: Es el trabajo que las industrias envían a hacer a particulares o a otras industrias; por carecer del personal o instalaciones industriales adecuadas.

TRABAJO POR SUB-CONTRATACION

ESPECIFICACION	Nº	%	ESCALA ARITMETICA		
	41	100	1	50	100
Se hacen trabajos por sub-contratación	18	44			
No se hacen trabajos por sub-contratación	23	56			

El estudio relativo a industrias que efectúan trabajos por sub-contratación, señaló que un 44 % envía trabajos a otros establecimientos industriales, o bien, a particulares trabajos que por diversas razones no pueden ser efectuados en las mismas industrias.

TIPOS DE TRABAJO POR SUB-CONTRATACION

ESPECIFICACION	Nº	%
Trabajos de mecánica	7	38,7
Construcción	3	16,7
Vestuario	3	16,7
Cajas de cartón y bolsas polietileno	3	16,7
Corte de árboles	1	5,6
Extensión matriz	1	5,6
TOTAL	18	100,0

El detalle consignado en este cuadro indica, que el mayor porcentaje de industrias, 38,7 %, que efectúan trabajos por sub-contratación, se relacionan con el rubro mecánica; incluyéndose aquí trabajos de mecánica de banco, torno, fresa, afinado y ajuste de motores.

Es segundo lugar se ubican trabajos de construcción propiamente tal y sus derivados como pintura y carpintería. Siguiendo en orden decreciente tenemos con 16,7 % vestuario y confección de cajas de cartón y polietileno, para el envase de alimentos.

En último lugar con 5,6 % se ubica corte de árboles y extensión de matriz respectivamente, trabajo que se manda a hacer para efectuar la instalación de la red de alcantarillado y postes telefónicos.

b.- OTRAS AREAS DE TRABAJO SUGERIDA POR LA INDUSTRIA

ESPECIFICACION	Nº	%
Preocupación del Estado	14	34,1
Talleres Protegidos	8	19,3
Cooperativa de trabajo de enfermos crónicos	5	12,2
Trabajos en el hogar	3	7,3
Trabajos menores sin responsabilidad	3	7,3
Trabajos en industrias con trabajos en serie	1	2,6
No se debe darles trabajo	1	2,6
No opina	6	14,6
TOTAL	41	100,0

La investigación demostró que el mayor porcentaje de industrias, 34,1 %, considera que el Estado debe procurarles trabajo en sus instituciones a los enfermos crónicos rehabilitados profesionalmente, o bien, legislar en forma especial para este tipo de trabajadores.

En segundo lugar se ubica un grupo en el orden del 19,3 % que señala como lugar de trabajo ideal para el enfermo crónico, los Talleres Protegidos, los que podrían tener secciones diferentes para cada tipo de enfermedad.

Otro grupo, 12,2 %, recomienda la formación de cooperativas de trabajo entre los enfermos crónicos.

En menor porcentaje, 7,3 %, se encuentran las industrias que indican la reserva de trabajos menores

como: ascensoristas, porteros, barrenderos etc. Además un 7,3 % considera que deben efectuar trabajos en industrias caseras: telares, tejidos a máquina o alguna actividad de tipo manual.

Sigue a continuación un grupo importante, 14,6 % que no opina por desconocimiento del tema, e incluso un caso que corresponde al 2,6 % estima que no debe perderse el tiempo en dar ocupación a este operario.

A través del estudio presentado en esta Memoria se han obtenido los objetivos planteados al iniciar la investigación y que se refieren a la obtención de un conocimiento sobre la realidad del enfermo crónico, especialmente de 18 a 45 años de edad, y sus posibilidades ocupacionales en la Industria a fin de proporcionar a la Institución patrocinante elementos de análisis para adecuar el Programa de Rehabilitación Profesional que se iniciará en Valparaíso, en base a la realidad encontrada.

Se presenta en el capítulo siguiente una síntesis de los aspectos de mayor interés derivados de esta investigación.-

CAPITULO CUARTO

C A P I T U L O C U A R T O

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES:

En los capítulos precedentes se han expuesto los resultados de la investigación efectuada con fines de conocimiento de la realidad del enfermo crónico, sus proyecciones médico-sociales, sus posibilidades de Rehabilitación Profesional y de ocupación en la Industria, haciendo especial consideración al enfermo crónico de 18 a 45 años de edad.

¿ En que forma se entrelazan los factores sociales, la enfermedad crónica y la capacidad laboral del individuo?, ¿Cuál es su significación?, ¿ Cuáles son las posibilidades de un Programa de Rehabilitación Profesional ?

Tales son las interrogantes en las que se tratará de dar respuesta en este capítulo, de acuerdo a los aspectos mas significativos encontrados en este estudio y que responden a las hipótesis directrices.

A) En primer término se destacan las conclusiones relativas a las Instituciones que se preocupan de la Formación Profesional del obrero a nivel nacional y del enfermo crónico en particular.

1.- El Instituto Nacional de Capacitación Profesional, (INACAP) es el organismo estatal a través del cual el país ha enfrentado la tarea de proporcionar a cada rama económica la mano de obra calificada, necesaria para la productividad del capital.

- 2.- El problema de integrar al proceso laboral al enfermo crónico, es abordado conjuntamente por el Servicio Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Capacitación Profesional, en un proyecto piloto iniciado en 1965 en Santiago; al reconocer el primero de éstos que los esfuerzos invertidos en programas de rehabilitación física, no devolvían al país sus recursos humanos, los que además, en muchas ocasiones generaban pensiones de invalidez.

- 3.- El estudio sobre el enfermo crónico en edad de laborar en Santiago, se efectuó exclusivamente en base a las estadísticas de pensiones de invalidez otorgadas a los imponentes del Servicio de Seguro Social, que no refleja la real magnitud del problema.

B) En Valparaíso, la Sociedad Chilena de Rehabilitación interesada en conocer la magnitud del problema presentado por el enfermo crónico, y presentar estos resultados a las Segundas Jornadas Regionales de Rehabilitación en el año 1966, ve la necesidad de efectuar un estudio ya no a nivel de un Centro Médico Asistencial, sino que a nivel de un área de población que fuera representativa de Valparaíso.

De este material, analizado por las autoras desde el punto de vista de la Rehabilitación Profesional del enfermo crónico; fluyen las siguientes conclusiones de orden general sobre las características sociales, económicas y médicas de la población en estudio.

- 4.- La zona geográfica elegida para la investigación, por

considerársela de composición social heterogénea y representativa de Valparaíso, reveló que un 25 % de los jefes de hogar de las viviendas encuestadas pertenecen a instituciones de la Armada y Marina Mercante; constituyéndose Playa Ancha en un sector eminentemente marino.

- 5.- La investigación demostró que Playa Ancha está habitada por una población " joven ", lo que influye para que solamente una cuarta parte de ella sea laboralmente activa. Por otra parte, se demostró que el mayor porcentaje (74,2 %) de jefes de hogar recibe ingresos de hasta dos sueldos vitales (estudio efectuados en 1966) Y si consideramos que hay un promedio de 5,2 personas por familia, se concluye que los ingresos son insuficientes para mantener un buen standard de vida de la población.
- 6.- La experiencia señala la presencia de un bajo porcentaje de obreros calificados (6,2 %), y de profesionales entre los jefes de hogar; cifra que corresponde a nuestra realidad nacional.
- 7.- El estudio de salud de la población, señaló una incidencia de 7,2 % de enfermedad crónica, el proceso patológico tiene su origen en causas disímiles adquiridas en la vida en 65,5 % de los casos; por lo cual a medida que se avanza en los grupos de edades el número de enfermos crónicos es mayor.
- 8.- La enfermedad crónica influye en la capacidad de trabajo

del individuo disminuyéndola en forma parcial o total en un 70, % % de los casos.

C) Del grupo de enfermos crónicos ubicados mediante la investigación efectuada en Playa Ancha; se seleccionó para un estudio más profundo de los aspectos médicos y sociales a las personas cuyas edades fluctúan entre los 18 años (en que se inicia la actividad laboral) y los 45 años como máximo (a fin de permitirle un cierto período laboral antes de finalizar su edad activa).

Se presentan a continuación los aspectos de mayor significación resultantes de este análisis.

- 9.- En el grupo de enfermos crónicos de 18 a 45 años de edad, la mayor incidencia se encontraron en el sexo masculino, hecho que se agrava si se piensa que este individuo es actualmente jefe de hogar o está en edad de formar una familia.
- 10.- El grupo en referencia, en un porcentaje de 56,6 % presenta su capacidad de trabajo disminuida parcial o totalmente, debido en su mayoría a consecuencias de procesos patológicos que afectan al aparato locomotor, afecciones broncopulmonares, cardiovasculares y sistema nervioso central.
- 11.- Las enfermedades encontradas en el grupo de 18 a 45 años de edad, también en mayor porcentaje, tienen su origen en procesos adquiridos a través de la vida, pero, aquellas que tienen su origen en procesos congénitos y accidentes del trabajo afectan en mayor grado

la capacidad de trabajo del individuo.

- 12.- Es notorio el bajo nivel educacional del enfermo crónico; ya que un 11 % de ellos son analfabetos y 55,4 % tienen menos de seis años de escolaridad; lo que influye para que los oficios desempeñados por ellos se encuentren en el nivel obrero.
- 13.- La investigación demostró que a consecuencia de la enfermedad crónica, el número de enfermos activos ha disminuído en 16,7 %. Esta fuerza de trabajo ha sido sustraída principalmente del personal de tropa y obreros que desempeñaban trabajos pesados y permanentes; desconociéndose si los que permanecen como fuerza laboral activa desempeñan oficios compatibles con su proceso patológico.
- 14.- El mayor porcentaje de enfermos crónicos 55,6%, viven a expensas de su familia o generan pensiones, constituyéndose en una carga para la sociedad.
- 15.- La casi totalidad de los enfermos crónicos en edad de laborar ha recibido atención médica en algún servicio médico asistencial, pero preferentemente en el Servicio Nacional de Salud, ya que el mayor porcentaje de enfermos es imponente del Servicio de Seguro Social, o bien son familiares de imponentes.
- 16.- Los intentos de rehabilitación por parte del enfermo crónico son mínimos (20 %), se encuentran en el área

de la rehabilitación física, hecho significativo que debe relacionarse con el bajo nivel cultural del enfermo crónico y con las condiciones socio-económicas de los grupos familiares, agregado a la insuficiencia de programas adecuados de rehabilitación en todos sus aspectos.

D) Siendo el objetivo de la Rehabilitación Profesional integrar al proceso laboral al enfermo crónico en edad de laborar; se efectuó una investigación en las Industrias con más de 100 operarios en la Provincia de Valparaíso, que permitiera conocer las posibilidades ocupacionales del enfermo crónico en este campo de trabajo.

Las conclusiones derivadas de este estudio son las siguientes:

- 17.- Las 41 Industrias investigadas presentan un promedio de mano de obra de 294,7 operarios por Industria, y se encuentra representado en un 77 % por el hombre y en 23 % en la mujer.
- 18.- La investigación demostró que el mayor porcentaje de Industrias, 73,1 %, se encuentran en el rubro Manufacturas, especialmente derivadas de la elaboración de productos alimenticios y textiles, encontrándose en ellas las mayores necesidades de reposición de personal.
- 19.- La mayoría de las industrias que presentan demanda de mano de obra, son para oficios sin calificar y para

trabajos de temporada; los que no serían recomendables para las personas rehabilitadas profesionalmente, limitando posibles áreas de trabajo para los enfermos crónicos.

- 20.- No hay un criterio unánime en las Industrias para designar a la persona que efectúa la selección del personal, entregándose esta importante labor en un 66 % a personas formadas en la práctica, o profesionales en un 34 %, cuya formación dice relación con técnicas de utilización de recursos materiales.
- 21.- La experiencia demostró la existencia de una alta exigencia en relación a requisitos de ingreso, en el aspecto educacional, edad y aptitudes físicas; requisitos que muy pocos de los enfermos crónicos encontrados en el estudio pueden cumplir satisfactoriamente. Además algunas industrias prefieren formar al operario que ingresa en el mismo trabajo.
- 22.- La investigación señaló que la Industria ante el operario que por accidente del trabajo o enfermedad profesional ha disminuído su capacidad laboral, de preferencia se le da indemnización por accidentes del trabajo, o se le cambia a oficios de menor responsabilidad, y no a medidas de readaptación laboral.
- 23.- Se demostró que en el ambiente industrial, hay desconocimiento sobre el significado y alcances del concepto de Rehabilitación profesional; lo que condiciona la falta de confianza en la capacidad laboral del enfermo

crónico, ya sea del que está trabajando en la Industria o del que desea ingresar a ella.

- 24.- El bajo número de Industrias (7,4 %), que no limitan el ingreso del menor-valente al mercado industrial, son aquellas que tienen conocimiento del Programa Piloto de Rehabilitación Profesional de Santiago.
- 25.- Son escasas las posibilidades ocupacionales del enfermo crónico rehabilitado profesionalmente; siendo 13 las Industrias que hipotéticamente darían trabajo a este operario, no expresando el número exacto de vacantes ofrecidas.
- 26.- El rechazo hacia el enfermo crónico se comprueba nuevamente mediante el análisis de las sugerencias del Industrial, en la casi totalidad de los casos señaló, como lo mas adecuado, que las personas rehabilitadas profesionalmente no efectúen trabajos en las industrias, sino que, en su hogar o en talleres especialmente adecuados para ellos por instituciones estatales.

SUGERENCIAS:

El conocimiento adquirido a través del presente trabajo, permitiría señalar innumerables sugerencias para un Programa de Rehabilitación Profesional del Enfermo Crónico; pero como para una factible utilización de ellas hay que analizarlas desde el punto de vista de los recursos de todo orden que señalan las posibilidades reales de concretizarse, es que presentamos exclusivamente sugerencias

en un plano de práctica realización.

- 1.- En la selección de los alumnos que ingresen al programa de Rehabilitación Profesional en Valparaíso, se sugiere dar prioridad a los enfermos crónicos que tengan mayores posibilidades de cumplir con los requisitos mínimos exigidos por las industrias, y facilitar de este modo su ubicación en el libre mercado del trabajo.

- 2.- Con el fin de proporcionar trabajos adecuados a los enfermos crónicos rehabilitados profesionalmente, que no puedan ubicarse en las industrias, se sugiere la instalación de talleres laborales donde se efectúen trabajos por sub-contratación para las industrias de la zona, a la vez de ayudar a otros enfermos crónicos a adquirir o readquirir el hábito de trabajo como medida previa a su retorno al empleo.

Con este mismo objeto se podría aprovechar las sugerencias de los industriales consultados, seleccionando las que mas favorezcan al rehabilitado profesional.

- 3.- Las personas que solicitan pensión de invalidez deberían pasar por los integrantes del equipo de rehabilitación profesional (Médico, Psicólogo, Técnico Industrial y Asistente Social); para que éste evaluara y determinara el grado de incapacidad y las posibilidades que una vez preparados profesionalmente puedan reintegrarse a la fuerza del trabajo, evitando así otorgar pensiones de invalidez a quienes aún pueden desempeñar un trabajo remunerado, como ocurre actualmente.

- 4.- Se sugiere una mayor divulgación de los objetivos y realizaciones del Programa de Rehabilitación Profesional a nivel de las fuentes empresariales, a fin de permitir el acceso del enfermo crónico rehabilitado profesionalmente en el área de trabajo industrial.

- 5.- Previo a la formación de un Centro de Rehabilitación Profesional de enfermos crónicos en alguna zona, debería efectuarse una investigación, que permita conocer la incidencia de la enfermedad crónica, y poder efectuar los programas de rehabilitación, de acuerdo a la realidad encontrada en el plano local.

- 6.- Se sugiere que la Institución patrocinante efectúe un estudio para conocer el costo real de capacitación profesional para el enfermo crónico en edad de laborar, en base a lo cual, determinar la prioridad que le corresponde en la distribución de recursos.

- 7.- El curso de Formación Profesional podría comprender una parte práctica, en alguna Industria que le permita al alumno cierto grado de adiestramiento en una situación real de trabajo, a la vez que le darían mayores posibilidades de ubicación en la actividad para la cual fue calificado.

- 8.- A causa de la aplicación de los adelantos tecnológicos en el proceso de producción, y en los bajos ingresos económicos de los jefes de hogar de las clases asalariadas, insuficientes para atender las necesidades del grupo familiar, la mujer se ha incorporado como fuerza laboral

activa en importante proporción, por lo tanto, sugerimos que el INACAP actúe a corto plazo y a nivel nacional ante la urgente necesidad de capacitación profesional de la mujer.-

N O M I N A D E F U E N T E S

A.- BIBLIOGRAFIA:

- TEXTOS.

BROWN, FRANCES

" Enfermería Médica ", Editorial Interamericana, México, 1965.

CORPORACION DE FOMENTO
DE LA PRODUCCION

" Programa de Investigación y Planificación del uso de los Recursos Humanos en Chile ", Santiago, Chile, 1961.

GOLDEN, CLINTON

" Causas de la Armonía Obrera ". Editorial Intercontinental. S.A. México, 1959.

ORGANIZACION ESTADOS
AMERICANOS

" Segunda Conferencia Interamericana de Ministros del Trabajo sobre Servicios de Empleos ". Venezuela, Mayo 1966.

ROMERO, HERNAN

" El grave problema de los accidentes ". Editorial Universitaria, Santiago, Chile, 1959.

NACIONES UNIDAS

" Capacitación de los ciegos de las Comarcas Rurales en las regiones menos desarrolladas desde el punto de vista económico! Nueva York, Estados Unidos, 1964.

NACIONES UNIDAS

" Estudio de los aspectos legislativos y administrativos de los programas de rehabilitación de las personas impedidas en determinados países ". Publicaciones de las Naciones Unidas. Nueva York. Estados Unidos, 1964.

UNITED NATIONS

" Seminar en Rehabilitations of the physically handicapped for participants from Asia and the Far East Publicacion de Naciones Unidas, Nueva York, Estados Unidos, 1958.

- REVISTAS Y FOLLETOS:

REVISTA MEDICA DE VALPARAISO

" Rehabilitación ". Volumen 12, 1959.

REVISTA DE SERVICIO SOCIAL

" Aspectos de la Rehabilitación ". Volumen 1, La Habana, Cuba. 1953.

REVISTA DE SERVICIO SOCIAL.

" Aspectos sociales de la Rehabilitación ". Volumen 30, 1956.

SERVICIO DE COOPERACION TECNICA.

" Instituto chileno de la Productividad ", Santiago, Chile, 1966.

SOCIEDAD CHILENA DE REHABILITACION.

" Material Segundas Jornadas Regionales de Rehabilitación. Viña del Mar, Chile, 1966.

INSTITUTO NACIONAL DE CAPACITACION PROFESIONAL.

" INACAP ", Santiago de Chile, 1966-1967.

B.- ENTREVISTAS:

ALWAYAY, JORGE

Cardiólogo del Hospital Sanatorio Valparaíso.

CAMPOS, SOFIA

Asistente Social Asesora, IV Zona de Salud.

FRANCO, ELIANA

Asistente Social, del Centro Piloto de Rehabilitación Profesional de Santiago.

GONZALES, ANTONIO

Director del Centro Anglo Chileno de Mecánica, del INACAP, Valparaíso.

GROVE, MAX

Traumatólogo del Instituto de Seguridad de la Asociación de Industriales de Valparaíso y Aconcagua.

LETELIER, MARTA

Asistente Social, Profesora de Investigación Social, integrante del Seminario de Memorias, de la Escuela de Servicio Social, Universidad de Chile.

MUÑOZ, ANTONIO

Director del Centro Franco Chileno de Electricidad, del INACAP, Valparaíso.

NOBIS, NATHAN

Ingeniero Jefe, Servicio de Cooperación Técnica, Valparaíso.

RODRIGUEZ, ANTONIA

Asistente Social Colocadora del Ministerio del Trabajo, Santiago.

ROJAS, AURA	Asistente Social, Directora Escuela de Servicio Social, Universidad de Chile, Valparaíso.
REPETTO, RAUL	Gerente del Instituto de Seguridad de ASIVA.
PACHECO, GEORGINA	Asistente Social, Profesora de Servicio Social Profesional, Universidad de Chile, Valparaíso.
PINO, HERIBERTO	Ingeniero Coordinados, Programa de Centros, INACAP, Valparaíso.
SEPULVEDA, HERNAN	Ingeniero Jefe Zonal Subrogante, INACAP, Valparaíso.
SEPULVEDA, DANIEL	Ingeniero Jefe Zonal, INACAP Valparaíso.
SOLAR, CARLOS	Profesor de Estadística, e integrante del Seminario de Memorias, de la Escuela de Servicio Social de la Universidad de Chile.
VARGAS, ALFONSO	Cardiólogo del Hospital Sanatorio Valparaíso.
VILCHES, JORGE	Kinesiólogo del Centro de Rehabilitación Física del Hospital Sanatorio Valparaíso.

A N E X O S

ENCUESTA SOBRE ENFERMEDADES
CRONICAS E INVALIDEZ

Patrocinio:

Sociedad Chilena de Rehabilitación
IV Zona de Salud

A.- GENERALIDADES

- Ubicación del hogar (calle N^o)
..Manzana N^o (aparece en la tarjeta)
..Predio N^o (" " " ")
..N^o de orden (no llenar)
..Avalúo de la propiedad E^o (no llenar)

B.- DEL JEFE DE FAMILIA

- | <u>Nombre y apellidos:</u> | <u>Profesión:</u> |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <u>Sexo:</u> | 1 Obrero construcción |
| 1 Masculino | 2 Obrero industrial |
| 2 Femenino | 3 Obrero especializado indep. |
| ..Edad (en años) | 4 Obrero de minas |
| <u>Relacion con la vivienda:</u> | 5 Obrero agrícola |
| 1 Propietario | 6 Servicio doméstico-mozo |
| 2 Arrendatario | 7 Costurera |
| 3 Otra calidad | 8 Lavandera |
| 4 Dato desconocido | 9 Suplementero |
| <u>Previsión: (Caja)</u> | 10 Zapatero remendón |
| 1 Ninguna | 11 Obrero no calificado |
| 2 Seguro Social | 12 Empleado oficina |
| 3 Empl. Públicos | 13 Empleado de comercio |
| 4 Empl. Particulares | 14 Empleado particular (otros) |
| 5 Marina Mercante | 15 Profesor de Estado-Normalista |
| 6 Defensa Nacional | 16 Empleado público (otors) |
| 7 Carabineros | 17 Comerciante establecido |
| 8 Ferrocarriles | 18 Comerciante ambulante |
| 9 EE. y Obr. Municipales | 19 Tripulantes |
| 10 Otras Cajas | 20 Personal de tropa |
| 11 Dato desconocido | 21 Oficialidad |
| <u>Ingresos mensuales:</u> | 22 Profesional liberal |
| .. Escudos. | 23 Profesional funcionario |
| | 24 Profesional funcionario y liberal |
| | 25 Rentista |
| | 26 Otras actividades |
| | 27 Ninguno |
| | 28 Dato desconocido. |

C.- DE LOS COMPONENTES DEL HOGAR

- . Trabajo (Indíquese N^o de personas en cada rubro)
- . Jefe de familia
- . Dueña de casa (si tiene actividades remuneradas)
- . Adultos sanos
- . Adultos enfermos crónicos
- . Estudiantes que trabajan
- . Ancianos que trabajan (sobre 60 años)
- . Total de activos

- . No trabajan:
- . Jefe de familia (si está enfermo o inválido)
- . Dueña de casa (si no tiene actividades remuneradas)
- . Adultos enfermos crónicos
- . Niños de edad pre-escolar
- . Estudiantes
- . Ancianos (sobre 65 años)
- . Inválido de cualquier edad (aunque efectúen pequeños trabajos)
- . Total de pasivos

- . Suma de activos y pasivos (N^o total de componentes del hogar)

D.- DEL ENFERMO CRONICO O INVALIDO

..Predio N^o (corresponde a N^o tarjeta de encuestaje)

..N^o de orden (no llenar)

NOMBRE Y APRELLIDOS

Sexo

- 1 Masculino
- 2 Femenino

..Edad (en años)

<u>LUGAR DEL ENFERMO CRONICO O INVALIDO DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR:</u>	<u>NIVEL EDUCACIONAL</u>
1 Jefe de familia	1 Analfabeto
2 Padre del jefe de familia	2 Primario (incompleto)
3 Madre del jefe de familia	3 Primario (completo)
4 Cónyuge	4 Secundario(incompleto)
5 Tío	5 Secundario (completo)
6 Hijo	6 Técnico (incompleto)
7 Sobrino	7 Técnico (completo)
8 Primo	8 Comercial (incompleto)
9 Nieto	9 Comercial (completo)
10 Cuñado	10 Vocacional (incompleto)
11 Otros (amigo)	11 Vocacional (completo)
12 Dato desconocido.	12 Universitario(incompleto)
	13 Universitario (completo)
	14 Otros (especificar)
	15 Dato desconocido.

<u>PROFESION U OFICIO</u>	
<u>Antes de la enfermedad</u>	<u>Actual</u>
1 Obrero construcción	1
2 Obrero industrial	2
3 Obrero especializado independ. (gásfiter, electricista etc.)	3
4 Obrero de minas	4
5 Obrero agrícola	5
6 Servicio doméstico-mozo	6
7 Costurera	7
8 Lavandera	8
9 Suplementero	9
10 Zapatero remendón	10
11 Obrero no calificado	11
12 Empleado oficina	12
13 Empleado de comercio	13
14 Empleado particular (otros)	14
15 Profesor de Estado-normalista	15

16 Empleado público (otros)	16
17 Comerciante establecido	17
18 Comerciante ambulante	18
19 Tripulantes	19
20 Personal de tropa	20
21 Oficialidad	21
22 Profesional liberal	22
23 Profesional funcionario	23
24 Profesional funcionario y liberal	24
25 Rentista	25
26 Otras actividades	26
27 Ninguno	27
28 Dato desconocido	28

PREVISION (caja)

<u>Antes de la enfermedad</u>	<u>Actual</u>
11 Ninguna	1
2 Servicio de Seguro Social	2
3 Empleados Públicos	3
4 Empleados particulares	4
5 Marina Mercante	5
6 Defensa Nacional	6
7 Carabineros	7
8 Ferrocarriles del Estado	8
9 Empl. y obreros Municipales	9
10 Beneficiaria	10
11 Otros	11
12 Dato desconocido	12

PENSION

Tipo de pensión recibida

- 1 Ninguna
- 2 Invalidez
- 3 Velez
- 4 Viudez
- 5 Orfandad
- 6 Otras
- 7 Dato desconocido

Antigüedad de la pensión mensual

.. años .. meses

Monto actual de la pensión mensual

Es ...

TRABAJO: Tipo de trabajo

Antes de la enfermedad

Actualidad

1 Ninguno	1
2 Labores domésticas	2
3 Liviano	3
4 Mediano	4
5 Pesado	5
6 Dato desconocido	6

Periodicidad del trabajo

Antes de la enfermedad

Actualidad

1 Ninguno	1
2 Ocasional	2
3 Permanente	3
4 Dato desconocido	4

Capacidad actual para el trabajo

Medios de vida
(actualidad)

- 1 Normal
- 2 Disminuída
- 3 Incapaz
- 4 Dato desconocido

- 1 Trabajo personal
- 2 Pensión de vejez
- 3 Pensión de invalidez
- 4 Otras pensiones
- 5 Pensión invalidez-trabajo
- 6 Pensión vejez-trabajo
- 7 Otras pensiones-trabajo.
- 8 A expensas de la familia
- 9 Interno en Institución
- 10 Es estudiante
- 11 Otras
- 12 Ninguna
- 13 Dato desconocido.

Monto de la entrada proveniente del actual trabajo

Eº mensual ...

Causa del desempleo (si hay)

- 1 Está trabajando
- 2 Invalidez en sí
- 3 Dificultades de movilización corporal.
- 4 Falta de trabajo en el mercado
- 5 Falta de ayuda o de relación con fuentes de trabajo.
- 6 Otras causas de desempleo.
- 7 Dato desconocido.

Tiempo sin trabajar
(hasta actualidad)

... años ... meses

E.- DE LA ENFERMEDAD CRONICA O INVALIDES
(ASPECTOS MEDICOS)

Por parálisis

- 1 Boliomeititis o parálisis infantil
- 2 Parálisis cerebral
- 3 Hemiplegia (parálisis en la mitad del cuerpo)
- 4 Paraplegia (parálisis de ambos miembros inferiores)
- 5 Otras parálisis
- 6 Sospecha de parálisis
- 7 Dato negativo

Por lesión del aparato locomotor:

- Amputación miembro superior
- 1 sobre el codo
 - 2 bajo el codo
 - 3 ambos miembros
- Amputación miembro inferior
- 4 sobre la rodilla
 - 5 bajo la rodilla
 - 6 ambos miembros
- Fractura mal tratada:
- 7 miembro superior
 - 8 miembro inferior
 - 9 columna
- 10 Artritis crónica
 - 11 Otra invalidez del aparato locomotor
 - 12 Sospecha de lesión del aparato locomotor
 - 13 Dato negativo

Por lesión de organo sensorial

- 1 Ceguera
- 2 Sordera
- 3 Sordomudo
- 4 Labio leporino y alteraciones de la fonación por fisura del paladar
- 5 Otra lesión organo sensorial
- 6 Sospecha de lesión órgano sensorial
- 7 Dato negativo.

Por senilidad
(vejez extrema)

- 1 Sí
- 2 Sospecha de senilidad
- 3 Dato negativo

Por cánceres

- 1 Sí
- 2 Sospecha de cáncer
- 3 Dato negativo

Por enfermedad cardiovascular.

- 1 Afección cardíaca de nacimiento
- 2 Defecto valvular reumático o de otro orden
- 3 Hipertensión arterial
- 4 Infarto miocardio
- 5 Arterioesclerosis de los miembros
- 6 Otra enfermedad cardio.
- 7 Sospecha de enfermedad cardiovascular.
- 8 dato negativo

Por enfermedad broncopulmonar:

- 1 TBC pulmonar
- 2 Asma bronquial o bronquitis crónica, enfisema
- 3 Otra enfermedad broncopulmonar
- 4 Sospecha de enfermedad broncopulmonar
- 5 Dato negativo

Por afección digestiva

- 1 Úlcera gastro-duodenal
- 2 Clecistopatías crónicas
- 3 Otra afección digestiva
- 4 Dato negativo.

Por afección urogenital

- 1 Nefritis crónica
- 2 Afección de la próstata
- 3 Otra afección urogenital
- 4 Sospecha de afección urogenital
- 5 Dato negativo

Por afección de la sangre

- 1 Anemias
- 2 Leucemias
- 3 Otra afec. de la sangre
- 4 Sospecha de afección de la sangre
- 5 Dato negativo

Por afección glandular

- 1 Obesidad extrema
- 2 Diabetes
- 3 Otra afección glandular
- 4 Sospecha de afección glandular
- 5 Dato negativo

Mentales

- 1 Débil mental, retardo mental, oligofrenia
- 2 Encefalitis
- 3 Mongolismo
- 4 Esquizofrenia
- 5 Epilepsia
- 6 Demencia, locura
- 7 Psico-neurosis
- 8 Otra causa mental
- 9 Sospecha de enfermedad mental
- 10 Dato negativo

Por enfermedad social

- 1 Desnutrición o miseria social o fisiológica
- 2 Sospecha de enfermedad social
- 3 Dato negativo

Otras enfermedades

- 1 Sí (precisar)
- 2 Dato negativo.

ORIGEN DE LA ENFERMEDAD CRONICA O INVALIDEZ

- 1 Accidente del trabajo
- 2 Accidente del tránsito
- 3 Otros accidentes
- 4 Enfermedad congénita
- 5 Enfermedad adquirida
- 6 Dato no precisado

EDAD DE LA VIDA EN QUE INSTALO LA ENFERMEDAD CRONICA

.. años

DURACION DE LA ENFERMEDAD CRONICA

.. años

EDAD DE LA VIDA EN QUE SE INATALO LA INVALIDEZ

.. años.

DURACION DE LA INVALIDEZ

.. años

REPARACION MEDICA DE LA ENFERMEDAD CRONICA

- 1 Ninguna
- 2 Atendida en Consultorio Servicio Nacional Salud.
- 3 Hospitalización S.N.S.
- 4 Atendida en Consultorio de otras Cajas
- 5 Hospitalizado en hospitales de otras Cajas.
- 6 Atendida por médico particular
- 7 Otras atenciones
- 8 Dato negativo.

INTENTOS DE REHABILITACION
EFECTUADOS:

- 1 Ninguno
- 2 Pierna ortopédica
- 3 Confección de otras prótesis
- 4 Permanencia en escuelas de lisiados
- 5 Asistencia regular a Gimnasia reparadora
- 6 Asistencia regular a un Servicio Neurológico
- 7 Asistencia a Centros de Labor-terapia
- 8 Aprendizaje de nuevo oficio
- 9 Cambio de trabajo dentro de la misma Empresa
- 10 Cambio de trabajo o Empresa en otro sitio
- 11 Tratamiento de alcoholismo
- 12 Otros.

TIEMPO DESDE LA ULTIMA ATEN-
CION MEDICA O INTENTOS DE
REHABILITACION HASTA LA
ACTUALIDAD:

.. años .. meses

ASPECTOS SUBJETIVOS DE
LA INVALIDEZ:

¿ El enfermo crónico se
siente inválido ?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 El está en duda
- 4 Dato desconocido

¿ Los familiares conside-
ran inválido al enfermo
crónico ?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 Están en duda
- 4 Dato desconocido

¿ El encuestador estima
que el enfermo crónico
o supuesto inválido es
capaz de trabajar ?

- 1 Sí, con restricción
 - 2 Sí, con limitaciones
 - 3 No
 - 4 Queda en duda
 - 5 Dato desconocido.
-

ESTUDIO SOBRE REHABILITACION PROFESIONAL

I.- IDENTIFICACION DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACION:

- 1.- Cargo que ocupa la persona entrevistada
- 2.- ¿ Se exige para este cargo ser profesional ?
sí ... No ... ¿ Cual ? ...

II.- IDENTIFICACION DE LA EMPRESA:

- 1.- Actividad principal de la Industria
- 2.- ¿ Cuantas personas trabajan en la Industria ?
- 3.- Operarios Hombres Empleados Hombres
- Operarios Mujeres Empleados Mujeres

III.- DE LA REHABILITACION PROFESIONAL:

- 1.- ¿ Sabía Ud. que en Santiago funciona el Instituto de Rehabilitación Profesional del INACAP, egresando de él operarios calificados, cuyo rendimiento en la Industria ha sido muy satisfactorio ? Si ... No
- 2.- Según estudios se ha comprobado que el rendimiento laboral del rehabilitado profesionalmente es igual o superior al individuo sano. ¿ Está Ud. de acuerdo ?
si ... No... Motivos
- 3.- Este año se abrirá en Valparaíso el Instituto de Rehabilitación Profesional del INACAP, para personas menores-valentes de 18 a 45 años de edad.
 - a) ¿ Enviaría a este Instituto al operario que por accidente del trabajo o enfermedad profesional debe de cambiar de oficio ? Si ... No ... (En caso afirmativo le guardaría la vacante mientras sigue el curso ?
si ... No ...
- 4.- Actualmente si por accidente del trabajo o enfermedad profesional, se produce incapacidad para el oficio habitual del operario:

- a) ¿ Se le cambia de oficio ? Sí ... No ... (En caso afirmativo).
- ¿ Con el mismo salario que tenía ?
 - ¿ Con el mismo salario que corresponde al nuevo oficio?
 - ¿ Con menor salario que el que corresponde al nuevo oficio ?
- b) Se le da desahucio
- c) Se recurre a indemnización por accidente del trabajo..
- d) No se ha presentado esta situación en la Industria ..
- e) Otros (especificar).

INCAPACIDADES:

- 1.- En un sentido estricto " Incapacidad ", es la carencia de aptitud para realizar algo. Siendo así ¿ Qué elementos considera Ud. que condicionan una incapacidad para el trabajo?
- a) Falta de conocimientos
 - b) Falta de práctica en el oficio
 - c) Falta de condiciones físicas para el oficio
 - d) Falta de cualquier condición física
 - e) Otros (Especificar).
- 2.- Al solicitar empleo una persona menor-valente rehabilitado profesionalmente en un oficio calificado y si cumple los requisitos exigidos por la Industria para el ingreso del personal. ¿ Leproporcionaría trabajo ? Si .. No ... (En caso afirmativo).
- a) En la selección le daría las mismas oportunidades que al operario sano que opta al mismo cargo ? Si...No...
 - b) En caso de contratarlo:
 - Su salario sería igual al del operario sano del mismo oficio ?
 - Su salario sería inferior al del operario sano del mismo oficio ?
 - Se le pondría a un período de prueba, ¿ Cuanto tiempo ?
 - A pesar de estar calificado para un oficio, lo contrataría para un puesto sin importancia o no calificado ?
- 3.- ¿ Pondría limitaciones al número de personas menor-valentes que ingresen a la Industria ? Si ... No ..
- No opina
 - ¿ A cuantos aceptaría ?..... No opina
 - ¿ Por qué limitaría su ingreso ?
 - No opina

- 4.- Para las personas rehabilitadas profesionalmente que no tengan acceso al mercado de trabajo industrial ¿ Qué medios podría sugerir para darles ocupación útil?

IV.- DEL PERSONAL:

- 1.- La selección del personal en base a que criterios se efectúa ?

ELEMENTOS	OPERARIOS CALIFICADOS	AYUDANTES Y APRENDICES
Edad (Máxima, mínima)		
Estudios (Tipo)		
Años experiencia en la especialidad		
Examen teórico (Especificar)		
Examen práctico (especificar)		
Período de prueba (tiempo)		
Examen médico		
Recomendaciones		
Otros (especificar)		

- 2.- Para el año 1967 ¿ Que ingreso de personal nuevo se calcula ?

- Operarios calificados
- Aydantes y aprendices
- Personal de reposición.....
- No se contratará personal.

- 3.- ¿ Se hacen trabajos por sub-contratación, Si.... No...
 (En caso afirmativo) Tipo de trabajo

OBSERVACIONES

.....
 Nombre del encuestador

.....
 Firma

.....
 Fecha.-

-

I N D I C E

Página

INTRODUCCION

P R I M E R A P A R T E

CAPITULO PRIMERO

LA REHABILITACION PROFESIONAL COMPLEMENTO DE

LA REHABILITACION FISICA.

I.- INACAP, Institución patrocinante de un Programa de Rehabilitación Profesional en Chile para Enfermos Crónicos de 18 a 45 años de edad	1
II.- Necesidad de un Programa de Rehabilitación Profesional, para Enfermos Crónicos en edad de laborar.	12

SEGUNDA PARTE

NECESIDAD DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION PROFESIONAL DEL ENFERMO CRONICO Y POSIBLE MERCADO OCUPACIONAL EN LA INDUSTRIA

CAPITULO PRIMERO

Página

ELEVADO NUMERO DE ENFERMOS CRONICOS COMO RESULTADO DE UNA INVESTIGACIÓN SOBRE EL 10 % DE LA POBLACION EN EL SECTOR DE PLAYA ANCHA EN VALPARAISO EFECTUADA EN 1966

<u>I.- CARACTERISTICAS DE LA POBLACION EN CUESTADA</u>	
A) Motivos por los cuales se eligió el sector de estudio	20
B) Aspectos demográficos: a) Universo, muestra; b) Número de familias y su composición; c) Número de personas por familia	22
C) Situación socio-económica del grupo en estudio a) Población activa y pasiva; b) Oficio de los Jefes de Hogar de las familias encuestadas; c) Ingresos del Jefe de Hogar; d) Previsión; e) Vivienda.....	28
<u>II.- ANTECEDENTES DE SALUD DE LA POBLACION EN ESTUDIO</u>	
a) Número de hogares con Enfermos Crónicos, sexo del Enfermo crónico; b) Areas de salud comprometidas; c) Grupo de edades y capacidad funcional del Enfermo Crónico	34

CAPITULO SEGUNDO

Página

PROYECCIONES MEDICO SOCIALES DEL ENFERMO CRONICO DE 18 A 45 AÑOS DE EDAD

I.- GENERALIDADES DEL ENFERMO CRONICO DE 18 a 45 A AÑOS DE EDAD

- a) Sexo del enfermo crónico 42
- b) Número de enfermos activos y pasivos, capacidad laboral del enfermo crónico 43
- c) Lugar que ocupa el enfermo crónico dentro del grupo familiar 44
- d) Nivel educacional del enfermo crónico 45

II.- INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD CRONICA SOBRE LA CAPACIDAD DE TRABAJO

- a) Areas de salud comprometidas y capacidad laboral.. 46
- b) Origen de la enfermedad crónica y capacidad laboral 48
- c) Cambios en el trabajo ocasionados por la enfermedad crónica.
 - Cambios en la fuerza del trabajo antes de la enfermedad crónica y actualmente.
 - Oficios desempeñados antes de la enfermedad crónica y actualmente.
 - Tipo de trabajo (pesado, mediano, liviano) antes de la enfermedad crónica y actualmente.
 - Periodicidad en el trabajo (ocasional, permanente) antes de la enfermedad crónica y actualmente 49

III.- MEDIOS DE VIDA DEL ENFERMO CRONICO

- a) a expensas de la familia 54

b) Previsión del enfermo crónico, recibe pensiones (invalidez, viudez, orfandad, otras).....	55
c) Por trabajo personal	56
IV.- <u>ATENCIONES MEDICAS</u>	
a) Lugar de la reparación médica de la enfermedad crónica	58
b) Intentos de rehabilitación del enfermo crónico	60

CAPITULO TERCERO

**POSIBILIDAD OCUPACIONAL DEL ENFERMO CRONICO REHABILITADO
PROFESIONALMENTE**

Investigación efectuada a la totalidad de las Industrias con mas de 100 operarios en la Provincia de Valparaíso en 1967.

**I.- CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS INDUSTRIAS
INVESTIGADAS.**

a) Giro de la Industria	64
b) Mano de obra	65
c) Selección del personal	69

**II.- ACTITUD DEL INDUSTRIAL ANTE EL OPERARIO CON SU
CAPACIDAD LABORAL DISMINUIDA POR ACCIDENTE DEL
TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL**

a) Actitud ante el operario menorvalente	73
b) Disposición para enviar a rehabilitación profesional al operario enfermo	75

III.- <u>GRADO DE ACEPTACION DEL INDUSTRIAL HACIA EL ENFERMO CRONICO REHABILITADO PROFESIONALMENTE.</u>	
a) Opiniones sobre la capacidad laboral del enfermo crónico.....	75
b) Posibilidades ocupacionales del rehabilitado profesional	80
c) Condiciones de selección y de contratación ..	83
IV.- <u>SUGERENCIAS DE LA INDUSTRIA SOBRE OTRAS AREAS DE TRABAJO PARA EL REHABILITADO PROFESIONALMENTE.....</u>	85

CAPITULO CUARTO

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

a) Conclusiones:	89
b) Sugerencias:	96

NOMINA DE FUENTES

ANEXOS.-