

MINISTERIO DE EDUCACION PUBLICA  
ESCUELA DE SERVICIO  
SANTIAGO

**“ENFERMOS EGRESADOS DEL  
HOSPITAL SANATORIO VALPARAISO  
CON ALTAS NO MEDICAS”**

- Trabajo realizado en el “Hospital Sanatorio Valparaiso” de la ciudad de Valparaiso, aprovechando estadísticas del año 1941.

MEMORIA DE PRUEBA PARA  
OPTAR AL TITULO DE ASIS-  
TENTE SOCIAL DEL ESTADO.

ALICIA

TIA SUAREZ

1942

ocial



REGISTRO N

A mis padres con todo cariño y reconocimiento.-

Con afecto sincero al Dr. Eduardo Pereira a quien debo no solo la direccion de esta Memoria sino la recuperacion de mi salud.-

-----



## INTRODUCCIÓN.-

Mientras realizábamos nuestra práctica en el Hospital Sanatorio "Valparaíso", tuvimos oportunidad de conocer el problema relacionado con las Altas No Médicas que, con el carácter de grave se plantea a la Institución.-Los actuales tratamientos de la Tuberculosis pulmonar, exigen la prolongada hospitalización del paciente.-Ésta situación da origen a problemas de variada índole que culminan con el prematuro egreso del enfermo de la Institución, sin haber obtenido, al menos, una mejoría relativa.-

Es indiscutible que la Tuberculosis es hoy el enemigo Número Uno de nuestra nacionalidad, ya que para ello basta considerar las elevadas cifras de morbilidad y mortalidad con que cuenta el país.-Se comprenderá así la trascendencia de hondo contenido social, que encierra el hecho de que un alto porcentaje de individuos, abandone las posibilidades que se le ofrecieron para vivir en mejor forma.-

Nuestra finalidad ha sido llegar a conocer las causas que condicionan el problema, a través del análisis de 130 casos y al mismo tiempo, establecer, después de 6 años ya transcurridos, si el abandono inoportuno de la estadía sanatorial ha condicionado la forma actual de vida del grupo de enfermos que egresaron con Altas No Médicas.-

Para ello nuestro trabajo se orientó en dos sentidos: efectuar una Encuesta Social a cada uno de los enfer-





## CAPÍTULO I.-

### HOSPITAL SANATORIO "VALPARAISO" .-

El Hospital Sanatorio "Valparaíso", construido en la ex-Quinta Balfour, actualmente de propiedad de la Honorable Junta Central de Beneficencia, está situado en lo alto del Cerro Delicias, Barrio O'Higgins, en la ciudad de Valparaíso.-Enclavado en el corazón de una meseta de cerro, boscosa, se alza, imponente, en medio de pinos y eucaliptus.-A la belleza arquitectónica del edificio, semejante a su construcción y organización al Hospital Sanatorio El Peral, cercano a la ciudad de Santiago, forman un marco adecuado, hermosos jardines y un paisaje excepcionalmente bello: la ciudad de Valparaíso, con sus numerosos y poblados cerros que se yerguen sobre un bien delineado plan y una extensa bahía que añade encanto al paisaje.-El clima, marítimo húmedo, sin ser de elección para un Sanatorio no puede ser considerado inadecuado para el tipo de institución que sirve.-

El Establecimiento ubicado en las puertas mismas de una gran ciudad, como es la de Valparaíso, cuenta con medios relativamente fáciles de comunicación con ella.-El aprovisionamiento de la Institución es así posible sin grandes contratiempos, como también el acceso del personal externo y familiares y visitas de los enfermos.-Como un medio de dar mayores comodidades al personal externo, la H. Junta Local de Beneficencia, ha puesto a disposición de éstos un

microbus, que a determinadas horas recoge este personal y traslada hasta el Establecimiento mismo.-

El Hospital Sanatorio "Valparaíso" fué inaugurado el 11 de Enero de 1940, bajo la presidencia de Don Pedro Aguirre Cerda, quien asistió también a este acto.-Concurrieron además, el Intendente de la Provincia en esa fecha, Sr. Aníbal Cruzat, el Jefe de la IV Zona Hospitalaria, Doctor Hugo Grove y los miembros de la Honorable Junta Central de Beneficencia Doctores Lucio Córdova y René García Valenzuela.- Fué su primer Director, el Dr. Eduardo Pereira, quien lo regenta hasta la fecha con singular acierto.-Abrió sus puertas el 16 de Febrero de ese mismo año y completó su dotación de enfermos en el mes de Marzo del año ya citado.-

El edificio mismo en que funciona el Establecimiento puede ser dividido en a).- Hospitalización de enfermos y b).- Cocina y Lavandería.-La gran agrupación destinada a la hospitalización de enfermos, consta de sub suelo en el que tienen sus habitaciones el personal auxiliar de servicio internos y cuatro pisos en los que se distribuyen las salas de hospitalización con los servicios anexos y finalmente las terrazas de reposo.-El edificio de hospitalización puede ser subdividido a su vez en una mole central y dos alas en las que funcionan los servicios generales y las salas de hospitalización.-La mole central puede distribuirse así: primer piso; cuenta con una Portería, Central Telefónica, Peluquería, Economato, Farmacia, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre y Plasma y Servicio Social.-



Segundo piso: Estadística y Recepción de Enfermos , Rol del Personal, Contaduría, Enfermería Jefe, Radiología y la Dirección.-

Tercer piso: salón dedicado a sesiones de estudios médicos, Fisioterapia y Pabellón Quirúrgico.-

Cuarto Piso: Sector Médico, con habitaciones dedicadas a médicos residentes, comedor, sala de recibo y sala de recreo.-En el mismo piso funcionan: Servicio Dental y Otorinolaringología.-

Servicios de Hospitalización:- Funcionan en ambas alas del edificio.-En el ala izquierda están ubicadas los servicios destinados a enfermos del sexo masculino y en el ala derecha, los correspondientes a enfermos del sexo femenino.-Cada piso cuenta, pues, con dos sectores, lo que hace un total de 8 en el Establecimiento.-Cada sector a su vez cuenta con 4 salas de hospitalización y dos piezas para pensionistas.- Las salas, con amplios ventanales, tienen 3 camas cada una.-El mobiliario de estas salas está esmaltado en alegres colores que ponen una nota viva y acogedora en el ambiente.-En cada Sector hay también ascensores y escalas de acceso a otros pisos, baños y servicios para enfermos, salas de ropa sucia, sala de trabajo de la Enfermera, Sala de examen médico y orientadas hacia el Norte, el comedor de enfermos y el repostero.-Allí tienen también sus habitaciones privadas las Enfermeras, que, a excepción de la Enfermera Jefe, son internas.-Esta organización se repite en todos los sectores del Establecimiento.-El tercer piso ha sido dedicado exclu-

sivamente a la Sección Cirugía.-Por su misma especialidad, este departamento presenta algunas variaciones en lo que se refiere a salas de hospitalizaciones.-Solo cuenta con 3 de ellas en cada sector; la otra sala ha sido dividida en 4 boxes en que se aíslan los enfermos recientemente operados.- En total, el establecimiento cuenta, pues, incluyendo el Pensionado, con 274 camas.-

En una prolongación del macizo de hospitalización, hacia el Sur, se levanta una construcción de un piso con su respectivo sub-suelo.-En el sub-suelo se encuentran lavandería, calderas que suministran agua caliente al edificio, a la calefacción central, a la cocina y a la lavandería.-En el primer piso está ubicada la cocina, comunicada con el repostero del primer piso, desde donde se distribuye la comida a los demás sectores por medio de montacargas.- Como construcciones anexas pueden ser consideradas los talleres de carpintería, gasfitería, mecánica y garajes; la casa del jardinero Jefe, del chofer, del mayordomo y la casa del Médico Director que es residente.-

En cuanto a su organización, podemos decir que tanto la supervigilancia técnica como administrativa de la Institución está a cargo del Médico Director.- El cuerpo médico está formado por 3 fisiólogos.-Además hay especialista en Otorinolaringología, un laboratorista y un dentista.-

La planta de Enfermeras(se les exige título universitario) asciende a 14, distribuidas en la siguiente



forma: 1 Enfermera Jefe, revestida del máximo de atribuciones técnicas y administrativas; debe controlar el trabajo de las Enfermeras y del personal de servicio.- 5 Enfermeras Jefe de Piso encargadas de vigilar el trabajo de carácter técnico y administrativo que se efectúa en el piso a su cargo; 3 en el Pabellón de Operaciones; 1 a cargo del Banco de Sangre y Plasma y 4 plazas vacantes que están ocupadas actualmente por cuidadoras.-

El Personal Administrativo se distribuye así: Director del Establecimiento; 1 Contador, 1 Oficial primero de Contaduría y Cajero, 2 Oficiales de Control, 1 Mayordomo, 1 Ecónomo, 1 Bodeguero, 1 Secretario Servicio Médico, 2 Jefes de Terapia Ocupacional ( profesores), 2 Choferes, 1 Cocinero Jefe y 2 Telefonistas.-

Personal Auxiliar:- 9 ciudadoras, 4 auxiliares de Institutos Científicos: Rayos, Laboratorio, fisioterapeutas, 1 auxiliar de Farmacia, 2 Dietistas.-

Personal de Servicio:- Cocineros, Ayudantes de Cocina, panaderos ( 15); costureras y lavanderas (13); Porteros (9); mozos y mensajeros (2); empleados y empleadas de Salas (41); jornaleros, personal que trabaja en talleres, bodegas, jardines, etc ( carpinteros, mecánicos, electricistas, gasfiteros, etc, (29).-

El Servicio Social:- El Establecimiento como moderna institución asistencial, no pudo prescindir en su organización de la actuación de Asistentes Sociales, las que por estar dedicadas a estudiar, valorizar y tratar el aspec-

to social de la situación del enfermo, son un auxiliar valioso dentro del complejo servicio médico así organizado.-

El Servicio Social Sanatorial presenta características que lo diferencian sensiblemente del Servicio Social Hospitalario propiamente tal.- Estas diferencias son originadas por la especialidad misma de la institución: atención de enfermos tuberculosos.-La tuberculosis es enfermedad de evolución lenta y requiere, por lo tanto, prolongados períodos de hospitalización.-

Necesariamente esta situación ha de crear graves problemas que afectarán al enfermo, su familia y a la colectividad.-

Por este mismo hecho, se establece un contacto más o menos estrecho y prolongado, entre la Asistente Social y el enfermo.-En esta situación puede aquella realizar una labor más pausada y constructiva que la que se efectúa en los Hospitales, cuyos enfermos, por lo general, pasan rápidamente e impelen a la Asistente Social a realizar una labor de emergencia.-

El Servicio Social en la Institución fué organizado por la Sra. Julia Espina de Solís, quien lo dirige hasta la fecha.-Cuenta desde su inauguración con 2 ayudantes.-Corresponde a cada Asistente Social la atención de 110 enfermos, a excepción de la Asistente Social Jefe que solo atiende 70 enfermos y al personal.-

El Servicio Social interviene con el enfermo, desde el momento mismo en que éste se inscribe para obtener



cama en el Establecimiento ya que el criterio de hospitalización surge, de la indicación médica y de la indicación social hecha por el Servicio Social de la institución.-La última de ellas se había hecho desde hace 2 años, por el Servicio Social de la Lucha Anti Tuberculosa Coordinada que funcionaba en el centro Regional BroncoPulmonar.-Actualmente la Lucha Anti-tuberculosa ha sido reorganizada y corresponderá a las Asistentes de la Institución, hacer la indicación social previa al ingreso del enfermo al Sanatorio, tal como se hizo en los primeros tiempos.- Esta labor tiene por objeto evitar la hospitalización de enfermos que no se adaptarán a la vida sanatorial.-Es necesario hacer esta selección: 1º.-Escasez de camas para los procesos curables y 2º.- Por el costo elevado de funcionamiento ( \$ 63,87 diarios por cama).-

Hecha la selección del enfermo, el Servicio Social debe realizar una encuesta que en la mayoría de los casos se completa con visita domiciliaria.-El original de esta encuesta se archiva en la Oficina de Servicio Social y una copia queda consignada en la Historia Clínica del enfermo.-Posteriormente se clasifica el caso en mayor, menor o solamente se anotan los trámites solicitados por el enfermo.-Los rubros de la Encuesta Social que se efectúa, han sido establecidos de acuerdo con la experiencia adquirida por las Asistentes Sociales del Servicio.-Comprende: 1.- Grupo Familiar, que, además de los datos necesarios para identificarlo, comprende una columna dedicada a la salud de los que conviven con el enfermo y que servirán de base a la Asistente Social para hacer un esquema

de las medidas de prevención que deben adoptarse con sus componentes.- 2.-Datos de la Habitación, de vital importancia para realizar una lucha antituberculosa efectiva.- 3.-Situación económica del grupo familiar, indicando entradas y gastos; es importante también especificar en qué consistía la labor del enfermo y si era este un trabajo adecuado a su capacidad física.-Se toma nota también, de las repercusiones que tiene para el hogar, en el orden económico, la hospitalización de uno de sus componentes.-4.-Situación actual; se anotan en este rubro, todas las condiciones en que se encuentra el grupo familiar en el momento en que interviene la Asistente Social.-

Labor social que realiza:- Destacaremos en primer término las actividades que se desenvuelven bajo el patrocinio del Servicio Social y que tienen como finalidad beneficiar al grupo formado por los enfermos hospitalizados en la Institución.-

1.-Caja de Ayuda Mútua, cuya presidencia corresponde, según los Reglamentos de la misma Caja, a la Asistente Social Jefe, quien está asesorada en sus funciones por el profesor del establecimiento.-Además existe un directorio integrado por enfermos, representando cada uno de ellos a los sectores existentes.-La Caja se financia con las cuotas de incorporación del enfermo-socio que asciende a \$ 3.-- y con diferentes cuotas donadas periódicamente por miembros del personal técnico, administrativo o auxiliar.-Se efectúan pequeñas loterías, rifas y aún beneficios para incrementar los fondos, los



que son destinados: 1º.- Como aporte económico para aquellos enfermos indigentes que necesiten ayuda de esta clase.-Cada caso debe ser previamente calificado por la Asistente Social que conoce la situación del enfermo.-2º.- La Caja hace también préstamos en dinero a aquellos enfermos que lo solicitan con la autorización previa de la Asistente Social Jefe a quien deben exponer las causas que motivaron la solicitud del préstamo.-Dentro de la Caja existe una Sección Ahorros destinada a fomentar este hábito entre los enfermos y que puede servirles como ayuda eficaz al egresar del Sanatorio.-Cada imponente tiene su pequeña libreta con un rodaje parecido al de la Caja Nacional de Ahorros.- Se estimula el ahorro con premios periódicos e intereses mayores que los usuales.-

Servicio Social Colectivo.- Deben mencionarse también las charlas que continuamente ofrece a los reposantes el Servicio Social en las que se prefieren temas relacionados con la salud individual como del grupo que la rodea.- Colaboran, a su vez, en esta labor, el cuerpo médico y los profesores del Establecimiento.-

Servicio Social Individual.- Como anteriormente dijimos, la evolución crónica de la tuberculosis determina situaciones que repercuten violentamente sobre la situación económica-social del hogar.-Es por este motivo que el Servicio Social individual, en instituciones de este tipo es de trascendental importancia, ya que, proporcionando al enfermo, la tranquilidad necesaria para llevar a cabo el tratamiento indicado, indirectamente está contribuyendo a efectuar lucha

antituberculosa en forma efectiva.-

Se puede observar que son los siguientes problemas los que se presentan con mayor frecuencia en el Servicio Social Sanatorial:.-Peligro de contagio intrafamiliar que hace indispensable el examen de todos los individuos que conviven bajo un mismo techo, lo que no es fácil realizar, por la resistencia habitual de los supuestos sanos a un examen de salud.-Trámites de hospitalización de los familiares del enfermo que lo necesiten.-Se trata casi siempre de hospitalizar niños que han cogido el contagio de la tuberculosis en el mismo hogar.- 2º.- Incapacidad de trabajo del Jefe de hogar por enfermedad, lo que hace necesario habilitar a la cónyugue para desempeñar actividad remunerada o bien capacitar a los hijos en edad y condiciones para trabajar.-En caso de enfermedad de la dueña de casa, la práctica nos ha demostrado que el problema es aún más difícil, ya que es necesario dar al esposo y los hijos, por lo menos, las comodidades materiales de que disfrutaban en su hogar; lo que, dado el ambiente de escasos recursos en que trabajamos, no es siempre posible lograrlo, produciéndose así, con mucha frecuencia, los problemas de hogar deshecho por prolongada hospitalización de la madre.- 3º.- Para problemas de orden económico contamos con un fondo de \$ 500.-- mensuales que ofrece la Dirección del establecimiento,-Para otorgamiento de raciones alimenticias y ropas puede recurrirse a la Dirección de Protección a la Infancia y Adolescencia, siempre que la persona para quien se solicita estos beneficios esté encuadrada en las edades límites a que



esta institución circunscribe su acción.-

Tambien se realiza aunque en forma de casos aislados, la búsqueda de trabajo apropiado a enfermos parcialmente recuperados o que han curado con defecto y que al mismo tiempo son capaces de desempeñar un oficio que les exija un gasto limitado de energías.-

Esta labor que es imprescindible efectuar en un establecimiento de este tipo, ya que son numerosos los individuos que quedan reducidos a esta situación, no puede hacerse en la forma amplia que debiera, en primer término, porque el número de Asistentes Sociales no les permite emprender una tarea larga y penosa como es ésta, ya que es muy difícil conseguir éxito en ella, porque en nuestro medio el patron elige libremente a sus asalariados, con miras a obtener la explotación máxima del mismo, con un desprecio absoluto de los principios de colaboración social; se crea una situación muchas veces insoluble para el problema de la ocupación del menor válido.-

El Servicio Social no sólo actúa colectivamente con el grupo de enfermos de la institución e individualmente con ellos y su respectivo grupo familiar, sino que tiene a su cargo otros roles que cumplir.-Uno de ellos está en relación con el Establecimiento en que sirve, calificando las admisiones desde el punto de vista social.-

Es tambien colaboradora del médico tratante a quien puede proporcionar todos aquellos datos que individualicen al enfermo y que puedan facilitarle su comprensión, lo

que redundará en beneficio de las relaciones armónicas que deben existir entre ambos.-

En cuanto a su tarea práctica en colaboración con la lucha antituberculosa, es de gran importancia actual en nuestro país, en que es necesario una intensa labor de profilaxis frente a la situación verdaderamente angustiosa, creada por la etapa de infección masiva que atravesamos.-Su papel como realizadora de la educación sanitaria, que, valiéndose de diversos métodos, difunde conocimientos elementales de higiene, de alimentación racional, de puericultura, prevención de las enfermedades infectocontagiosas, es de alto valor en estos momentos en que toda iniciativa de esta clase debe ser estimulada.-Somos de la opinión, que todo esfuerzo realizado para evitar la propagación del mal, en un país como el nuestro, que carece del número suficiente de Enfermeras Sanitarias debe ser efectuado por la Asistente Social aún cuando ello no sea tarea específica incluida en su radio de acción.-

En nuestra opinión el Servicio Social del Establecimiento, está en condiciones de desempeñar una labor eficiente, ya que cada Asistente Social tiene a su cargo un número no excesivo de camas, lo que unido a un ritmo relativamente lento del ingreso de enfermos nuevos, le permite realizar una labor de acuerdo a un plan pre-establecido, en el hogar del enfermo.-

El Servicio Social en el Sanatorio "Valparaíso", creemos de interés recalcar cuenta, como lo ha reconocido



y agradecido muchas veces, con la comprensión y colaboración de la Dirección, como del cuerpo técnico del Establecimiento, lo que no es poco decir si consideramos que es el Servicio Social Hospitalario el que permanece en un plano de inferioridad en lo que se refiere a la comprensión cabal de la función que desempeña, lo que no sucede en otros campos en que éste tiene ocasión de actuar.-Como prueba de esta comprensión pueden citarse las reuniones mensuales que se celebran con el Sr. Director, Dr. Eduardo Pereira, presentándose en estas reuniones, casos sociales de interés o bien trabajos relacionados con el Servicio Social.-

En cuanto a la readaptación del enfermo tuberculoso que egresa del Sanatorio, somos de opinión que en nuestro país, atendiendo a la escasez de camas, no es aconsejable realizar su readaptación dentro de la institución sanatorial propiamente tal, ya que ello significaría prolongada permanencia del enfermo en el establecimiento lo que retardaría el movimiento de altas del plantel.-

Por los motivos expuestos esta tarea debe ser realizada en establecimientos especialmente destinados para este objeto, que tengan un costo diario mas bajo y que en lo posible se financien en parte, con el trabajo que realicen los mismos enfermos.-La Asistente Social Jefe del Establecimiento, Sra. Julia Espina de Solís, en un artículo publicado en la Revista de Asistencia Social, órgano de la Beneficencia Pública, bajo el título "El Servicio Social en el Hospital Sanatorio Valparaíso", dice: Sabido es que en otros países tales

Como Inglaterra, Francia, Italia, existen poblaciones alrededor de los Sanatorios, con higiénicas habitaciones que ha de ocupar el ex-enfermo tuberculoso con su familia; talleres, granjas agrícolas para capacitar y orientar hacia nuevos rumbos de trabajo al enfermo egresado de u a cura sanatorial.-Son remunerados según sus necesidades económicas vitales y no según la labor que efectúen, ya que ésta es prescrita por el médico como la requiere su estado de salud".

En la actualidad, la laborterapia dentro de la Institución debe tener como finalidad, en aquellos casos que el médico lo estimare conveniente, hacer menos monótona la cura sanatorial, concretándose a labores livianas adecuadas a la capacidad física del enfermo.-

Hay en el Establecimiento dos maestros de terapia ocupacional que enseñan a confeccionar juguetes en madera y género a los enfermos.-

Sin embargo, no ha sido posible dar su verdadero significado al papel de la laborterapia dentro del Establecimiento por razones de orden material muy conocidas.-

Los profesores deben además preocuparse de alfabetizar o completar la instrucción primaria de aquellos enfermos que lo necesitan.-

Cabe destacarse que la Dirección del Establecimiento se ha preocupado de preferencia de proporcionar al enfermo un número suficiente de distracciones con la finalidad de hacerle menos doloroso este aislamiento a que ha



debido someterse, como se ha preocupado también, dentro de lo posible, de procurar los medios suficientes para que el enfermo convierta su estadía en una etapa útil, de perfeccionamiento individual.-

Es así como la Institución cuenta con un equipo de cine sonoro que ofrece a los enfermos todas las semanas y en forma gratuita, las cintas de actualidad o bien películas instructivas.-Hay también un equipo completo de radio y micrófono cuyas instalaciones comunicadas con cables y alto parlantes llegan hasta las mismas terrazas de reposo.-En esta forma, el enfermo tendido en su litera, puede escuchar transmisiones de radio o música de la discoteca que posee el Sanatorio o bien charlas instructivas a las que hemos hecho mención anteriormente.-

Existe también una vasta y seleccionada biblioteca en la que el enfermo, no solo encuentra solaz para sus horas libres, sino que también libros destinados a elevar su nivel intelectual.-La biblioteca está organizada y dirigida por los profesores del Establecimiento que guían al enfermo para que elija la lectura más adecuada.-

Bajo la dirección de un reposante que es asesorado por uno de los profesores del establecimiento, aparece mensualmente la Revista "El Paraíso", que cuenta con la colaboración entusiasta de los enfermos que han ido de día en día perfeccionando la calidad de sus producciones.-Se financia con la venta de la Revista dentro del Establecimiento y en la actualidad se expende también en algunos quioscos de

la ciudad.-Contribuyen, también, a su financiamiento algunos avisos que se han logrado obtener de los proveedores del Establecimiento.-La Revista está sujeta a la censura de la Dirección.-

Condiciones de ingreso:- El establecimiento recibe a a dultos de ambos sexos que presenten formas curables de tuberculosis pulmonar.-Los candidatos son seleccionados en los servicios dispensariales de la Caja de Seguro Obligatorio.-Sin embargo se ha destinado un número de camas a enfermos indigentes (140)

A su ingreso el enfermo debe someterse a una estricta cura de reposo para lo cual debe permanecer en cama durante 15 días.-

En cuanto a la procedencia de los enfermos de la Institución, podemos decir que acuden de toda la provincia y aún muchos provienen del Norte del país, pero el mayor número de enfermos reside en la ciudad de Valparaíso.-

Causas de egreso:- El Alta puede otorgarse por los siguientes motivos:

- 1º.- Por término de tratamiento.-
- 2º.- Por voluntad propia o de su familia o apoderado.-
- 3º.- Enviado a otro Establecimiento.-
- 4º.- Por medida disciplinaria.-
- 5º.- Fugado.-



Fines de la Institución:- El Hospital Sanatorio "Valparaíso", es un Centro Regional de Terapia activa antituberculosa preocupándose además de desempeñar el papel de centro de reeducación que los modernos conceptos asistenciales exigen a Institutos de esta naturaleza.-

-----

C A P I T U L O   I I .-

PROYECCIONES DE LA TUBERCULOSIS EN VALPARAISO .-

La difusión que ha alcanzado la Tuberculosis en Chile, ha creado uno de los problemas sanitarios más difíciles de resolver en el país.-

Analizar en particular, las consecuencias de la Tuberculosis en la Provincia de Valparaíso, considerada por su población, actividad comercial, centro industrial y productor, como una de las provincias que contribuye en gran proporción al progreso de la Nación.-es nuestra finalidad.-

MOVIMIENTO DEMOGRÁFICO AÑO 1944.-

(Datos proporcionados por la Dirección General de Sanidad, Jefatura Provincial de Valparaíso.- )

<u>Movimiento demo-</u> <u>grafico.-</u>		<u>República de</u> <u>Chile.-</u>	<u>Provincia de</u> <u>Valparaíso</u>
Población	(1)	5.023.539	425.065
Densidad		6.7	89.8
Nupcialidad	(3)	7.9	9.9
Natalidad	(3)	39.7	36.9
Mortinatalidad	(4)	35.4	26.6

1.- Población según censo 1940.-

3.- Casos por mil habitantes

4.- Casos por 1.000 partos.-Nº nacidos vivos más Nº nacidos muertos.-

5.- Casos por mil nacidos vivos.-



Mortalidad infantil (5)	147.0	132.2
Mortalidad general (3)	19.1	19.0

(1) INDICE POR MORTALIDAD ESPECIFICA AÑO 1944.-

<u>Enfermedades</u>	<u>República de Chile</u>	<u>Provincia de Valparaíso</u>
Tuberculosis (todas sus formas)	226.3	360.4
Cáncer	61.1	92.2
Coqueluche	14.1	12.4
Fiebre tifoidea y Paratífus	10.7	9.2
Meningitis meningoc. C.E.	5.5	4.4
Difteria	3.5	4.4
Tifus exantemático	1.4	0.9
Sarampión	1.1	0.2
Escarlatina	0.2	---

En la Sinopsis estadística de los Servicios de Beneficencia y Asistencia Social de Chile en 1945, se indica en el rubro TBC. la tasa específica de morbilidad por 100.000 habitantes, por provincias.-Según esa tasa las diversas provincias se agruparían en la forma siguiente, siendo las más afectadas por la TBC. Aconcagua (700,6), Magallanes (516,3) Concepción (455,5), Tarapacá (413,1) y Valparaíso (402,8).-

(1) Casos por 100.000 habitantes.-

El orden de precedencia de las provincias conuerda con los trabajos publicados acerca de la influencia de las condiciones climatéricas, del trabajo y de la vivienda en el desarrollo de la Tuberculosis.- Sabido es que en la Provincia de Valparaíso, las habitaciones reúnen muy malas condiciones de higiene general y la mayor parte de nuestra clase obrera vive en conventillos insalubres ubicados en los diversos cerros de la ciudad.-

(1) CORRELACION ENTRE SALARIO Y MORTALIDAD POR TBC.-  
1940

<u>Provincia</u>	<u>Salario <math>\frac{1}{2}</math> sema- nal.-Haber.-</u>	<u>Mortalidad por TBC. Promedio 39/41</u>
Tarapacá	109	364,1
Antofagasta	127	195,0
Atacama	88	219,4
Coquimbo	66	221,9
Aconcagua	59	190,6
Valparaíso	92	343,7
Santiago	87	323,4
O'Higgins	58	186,7
Colchagua	39	160,8
Curicó	36	250,1
Talca	44	270,5
Maule	42	177,3

(1).- Datos obtenidos del libro "Epidemiología de la TBC. en Chile por el Dr. Benjamin Viel.-



<u>Provincia</u>	<u>Salario <math>\frac{1}{2}</math> Sema- nal- Haber</u>	<u>Mortalidad por TBC. Promedio 39/41</u>
Concepción	98	347,1
Arauco	48	170,9
Bío Bío	31	239,6
Malleco	29	188,7
Cautín	39	172,2
Valdivia	67	222,8
Osorno	47	128,6
Llanquihue	56	178,3
Chiloé	44	99,3
Aisén	61	123,4
Magallanes	117	364,7

El Dr. Viel concluye este estudio manifestando que el mayor porcentaje de individuos afectados por la TBC. se encuentra en aquellas provincias en que el salario medio es mas elevado.-Lo explica diciendo que son los centros industrializados los que ofrecen mejor salario al obrero.-A su vez un centro industrial, presupone densidad mayor de población, lo que facilitaría la difusión del contagio.-Enfocado así el problema nos parece bastante lógica su conclusión, ya que se ha demostrado que no es suficiente el alza de salario para disminuir inmediatamente la incidencia de la TBC. en el país.-

NÚMERO DE CAMAS PARA ADULTOS Y NIÑOS QUE EXISTEN EN LA PROVINCIA

(De acuerdo con los datos proporcionados en los diversos Establecimientos especializados que realizan lucha antitbc.)

<u>Establecimiento</u>	<u>Nº de camas</u>	<u>Cura que efectúa.-</u>
Sanatorio "Valparaíso"	274	Activa
Sanatorio Peña Blanca	310 / Pens.	Pasiva
Sanatorio La Higuera	50	Pasiva
Hospital Salvador	120	Aislamiento
Hospital Deformes	32	Pneumotórax
Pabellon Cousiño	45	Pasiva
Hospital Mena	10	Pasiva

Como una de las etapas mas efectivas en la lucha contra la tbc., se ha planteado especialmente en EE.UU. el aislamiento del enfermo contagioso.-

Se ha calculado que un tbc. antes de morir pasa por una etapa de contagiosidad que dura más o menos dos años y que en éste período contagia a nueve personas.-Con este cálculo se ha establecido que un país necesita dos camas por cada fallecido anual de tbc., es decir las camas necesarias para mantener aislados a todos los contagiosos, ya que como cada uno vive 2 años en este estado antes de su muerte, hay que aislar a los que se supone van a morir en el año en que se inicia la acción y en el siguiente.-

Entre nosotros, el número de camas dedicadas al



aislamiento es muy bajo, lo que significa un buen número de tuberculosos altamente bacilíferos, circulando libremente, esparciendo el contagio y minando toda campaña de profilaxis que pudiera efectuarse.-

Se ha dicho que la política correcta a seguir, sería destinar las camas al aislamiento de los contagiosos y propender al tratamiento higiénico-dietético, en su domicilio de aquellos enfermos que no lo son.-Sin embargo se ha demostrado a través de numerosos trabajos que nuestro pueblo no está preparado para ello y aún más, que no dispone de medios para hacerlo.-

El Dr. Vizcarra ha hecho estudios de la vivienda entre tuberculosos incapacitados, tomando al azar 100 hombres y 50 mujeres.-

Dá los siguientes resultados: la vivienda misma, sin considerar la calidad de los materiales y las exigencias del urbanismo, que en todos los casos son deplorables, representa solo un valor igual a la mitad de lo normal.-

Los dormitorios albergaban a 471 personas que disponían de 273 camas.-

Alojaban en cada dormitorio 3,2 personas sirviendo a 1,7 persona por cama.-

En las mujeres se alojaban 4,1 persona por dormitorio, sirviendo a 1,9 persona por cama.-

En cuanto al problema alimenticio todos concuerdan en que nuestro pueblo sufre de hipoalimentación.-

Efectos en la colectividad.-

Para apreciar las nefastas proyecciones de la tbc. en la colectividad, basta pensar en la alta mortalidad que ella determina en el país y en lo que significa para una nación como la nuestra, de escasa población y actividad productora pobre, el ver ralearse de sus filas el elemento joven que debiera aprovecharse en el trabajo productivo.-

Se ha repetido con insistencia que el porvenir de Chile y probablemente las expectativas de un mejor nivel de vida de su población, están muy ligados a la industrialización creciente de la nación.-Es muy importante, pues, para su desarrollo, elevar el número de su población activa antes que el aumento de su población global.-Chile al respecto se encuentra en posición muy desfavorable.-Los últimos censos de población arrojan un alto porcentaje de individuos en edad no productiva que deben depender de un número menor de individuos que producen.-En cuanto al futuro no nos ofrece perspectivas mas halagadoras.- Por una parte, diezman la población del futuro, la alta mortalidad infantil considerada como una de las más elevadas del mundo; y la tbc. que, por los índices de mortalidad y morbilidad que determina, son factores negativos en nuestra población activa, entabando el progreso de la nación.-

El Dr. Benjamin Viel en su libro "Epidemiología de la TBC. en Chile", hace una interesante experiencia que nos dá a conocer en forma muy elocuente la influencia de la tbc. sobre la economía chilena.-



Tomó los totales fallecidos en el país en el promedio de 3 años centrados en 1940, sin considerar los fallecidos por tbc. ya que supuso, imaginariamente, que el mal no existiera.-Usando luego la población del censo de éste año, calculó la tasa que significa la proporción de muertes ocurridas, eliminando las de tuberculosis.-Aplicó luego la tasa de mortalidad general del país por edades, al número de fallecidos por tbc., ya que de no existir ésta enfermedad, aquellos individuos hubieran estado sometidos al riesgo de morir por otras causas.-De esta suposición extrae las siguientes conclusiones:

1º.- El promedio de vida de los individuos habría alcanzado a los 55 años, en tanto que actualmente ésta cifra solo llega a 48 años.-La tbc. está representando, entonces, 7 años en la vida promedio en Chile.-

Considera luego la espectación de vida en diferentes edades con tbc. y sin ella.-La espectación de vida al nacer es de 42,8 años, que ascendería a 45,8 años de no mediar la tbc. y que ésta misma cifra a los 15 años cambia de 43,8 a 47,7 años.-

Considera luego el daño causado por los casos fatales, por cada mil personas que han llegado vivas a los 15 años, existen 3.900 años de trabajo y de producción derrochados para la economía nacional por causa de la tbc.-

Es pues, enorme la repercusión económica que tiene la tbc. entre nosotros.-

Debemos considerar luego el número de años

perdidos por capítulo de enfermedad a lo que agregaremos la inmensidad de los daños que provoca al grupo familiar y colectividad como elemento desequilibrador del curso normal de la vida.-Puede decirse que el enfermo tuberculoso, desde el momento mismo en que contrae la enfermedad, se convierte en un elemento cuya capacidad de trabajo es reducida.-Si tomamos en cuenta que la generalidad de nuestros enfermos acude a los servicios asistenciales en un estado ya avanzado de la enfermedad, que muchas veces lo imposibilita para gozar de las garantías de la ley de Medicina Preventiva, o bien si se considera que en Chile es el indigente y el obrero asegurado el mejor resguardado frente a la tuberculosis, es común observar que el enfermo se convierte en una carga económica pesada que contagia y consume.-Si el individuo afectado por la enfermedad, es, por desgracia, el sostén regular de una familia debe producirse necesariamente, un desequilibrio más o menos grave, que, indirectamente, repercutirá en la rama productiva que el enfermo actuaba y vendrá a sumarse a los problemas de esta índole que afronta el gobierno de la nación.-

No menos graves son los problemas de orden moral, que con los prolongados períodos de hospitalización se producen.-Éstas situaciones muy comunes en los casos que la dueña de casa ha debido someterse a un largo período de hospitalización, produce la disgregación del hogar por dispersión de sus miembros y si tomamos en cuenta que, entre nosotros, la moral familiar no siempre está bien cimentada, es frecuente constatar que el esposo ha decidido formar un nue-



vo hogar.-

LUCHA SOCIAL CONTRA LA TUBERCULOSIS..-La tuberculosis es considerada una enfermedad social, por cuanto presenta problemas de carácter médico y de carácter social que deben ser resueltos.- Ambos factores están íntimamente ligados y se complementan el uno con el otro.-Por tanto, todo plan de lucha antituberculosa obligadamente debe contemplar ambos factores.-Enfocado así el problema, nos es posible distinguir dos grandes aspectos en una lucha antituberculosa racionalmente realizada:-

Lucha directa o específica, que considera el armamento especializado contra la enfermedad.-Esta labor debe ser realizada por los organismos cuya finalidad es proteger la salud pública.-Las funciones que debe llenar la lucha directa o específica, puede resumirse a grandes rasgos en los siguientes puntos: a) Pesquisaje de los focos de contagio y su aislamiento para evitar la propagación del mal.-Tarea que incumbe al dispensario, centro de profilaxis por excelencia.-El moderno concepto de dispensario no solo se conforma con recibir a aquellos individuos que voluntariamente acuden a consultarlo, sino que también debe buscar al enfermo en todos los sectores de la población, de preferencia en aquellos grupos que presentan factores que los predisponen a adquirir la infección tuberculosa.-En nuestro país está demostrado, por lo demás, que el enfermo tuberculoso solo acude a consultar médico cuando el mal está muy avanzado.-Es pues, indudable los beneficios que se derivan de una lucha antituberculo

sa realizada en esta forma.- El dispensario para llevar a cabo su función integral debe estar en íntima relación con los servicios asistenciales de la ciudad: preventorios, hospitales sanatorios, y asistencia post-sanatorial, a fin de realizar otras de sus funciones específicas, la colocación de enfermos y observación de los sospechosos.-

2º.- El dispensario debe también preocuparse de la asistencia médica y social a los familiares del enfermo, para reducir a un mínimum los problemas que dificultan la segregación del enfermo de su medio y como una medida efectiva de profilaxis a través del examen sistemático de los demás componentes del grupo familiar.-

3º.- Corresponde también al dispensario, realizar, dentro del grupo en que actúa, una intensa educación sanitaria y convertirse en el centro de la campaña anti tbc.

En nuestra provincia (Valparaíso) estas labores de dispensarios son realizadas por el Seguro Obligatorio y el Centro Regional Bronco Pulmonar.-

La lucha antituberculosa directa debe preocuparse también de la prevención de la tbc. en los ganados; de la inspección de mataderos y de la higienización de la leche.-Sabemos que la tbc. en los ganados del país mantiene un porcentaje alto, lo que es tanto más peligroso si se toma en cuenta que tanto la leche como carne de estos animales, se aprovechará en la alimentación del hombre, convirtiéndose en agente propagador del contagio tuberculoso.-Un gran número de tbc. intestinales y adenitis tbc. se ha demostra-



do , provienen de haber ingerido leche proveniente de animales tuberculosos y que anteriormente no fué sometida a proceso de esterilización.- De aquí entónces, que en nuestro país a semejanza de otras naciones, se haya dado carácter de obligatoria a la pasteurización de la leche, para evitar que un alimento que reúne grandes valores nutritivos pueda convertirse en el agente trasmisor de la tbc..-

Atendiendo a la misma finalidad se ha establecido la inspección rigurosa de los mataderos, ya que desde estos establecimientos se distribuirá la carne al consumo de la población.-Se ha tratado con esta medida de evitar que se expendá al público un artículo alimenticio que puede convertirse en verdadero peligro para la ciudadanía.-

En esta provincia como en el resto del país, la lucha anti tbc. directa es realizada separadamente y sin nexo alguno por una serie de instituciones, siendo la Beneficencia y la Caja de Seguro Obligatorio quienes hacen los mayores esfuerzos en este sentido.-Es indudable que la falta de unidad en la coordinación de la campaña es uno de los factores que mas poderosamente influyen en la poca o ninguna efectividad de estos esfuerzos y de allí entónces, es que estemos de acuerdo con aquellos que piensan, que es indispensable unificar esta acción dispersa a través de un comando único, encargado de planificar una labor de conjunto, que nos permita un aprovechamiento mas lógico y racional del armamento de lucha antituberculosa con que contamos.-Sin embargo, por otra parte tambien, estamos convencidos que, mientras no se habi-

lite un número adecuado de camas para tuberculosos avanzados que permita aislar en forma conveniente estos focos de contagio, todos los esfuerzos que se hagan en este sentido serán estériles y, seguramente destinados al más lamentable de los fracasos.-

Entre nosotros la ley de Medicina Preventiva del Dr. Cruz Coke, facilita el pesquisaje del individuo afectado por la enfermedad, al exigir un examen anual de salud a sus imponentes.-En la práctica, sólo un pequeño número de individuos cumple con dicho reglamento.-Si consideramos además que se ha criticado con insistencia que el espíritu de la ley de Medicina Preventiva no contempla el carácter de contagiosa de la enfermedad.-I.- Porque abandona al incurable.-II.- implícitamente no reconoce la importancia del factor contagio y prescinde de los contagios.-III.-Porque selecciona grupos en una enfermedad que por ser contagiosa no reconoce distinciones, solo podemos pensar que la Ley de Medicina Preventiva no es capaz de ofrecer la solución integral del problema.-  
LUCHA INDIRECTA O INESPECIFICA ANTITUBERCULOSA.- Siendo la tuberculosis también un problema social, no solo se requiere de la lucha directa, sino que a su acción debe sumarse la lucha indirecta, que la refuerza convenientemente y le proporciona una solución integral.-

La lucha antitbc. inespecífica tiende a mejorar el standard de vida y cultural de las masas.-Persigue el abaratamiento de las subsistencias, el mejoramiento de la vivienda, el aprovechamiento de las horas libres en entreten-





C A P I T U L O    I I I    .-

ALTAS NO MEDICAS HOSPITAL SANATORIO "VALPARAISO"

AÑO 1941.-

Hemos visto cómo un gran número de tuberculosos no puede ser tratado en la forma que lo exigen los adelantos de la terapéutica y de la higiene por falta de medios para ello, y cómo, toma cuerpo la enfermedad, porque las condiciones en que el enfermo vive, generalmente desastrosas, favorecen la evolución progresiva de ella.-Paralelamente a este problema marcha también otro que, por su trascendencia eminentemente social que se proyecta a larga distancia al individuo, a la familia y a la colectividad, nos decidió a efectuar su estudio.-Es el problema de las Altas No Médicas.-Problema presentado en todo establecimiento que albergue enfermos crónicos, ya que la raíz misma del mal posee un factor común a todos ellos: la permanencia de individuos durante meses y años en establecimientos de esta índole en forma anti-natural, necesariamente ha de crear situaciones anormales bajo todo punto de vista.-Sin embargo, adquiere contornos verdaderamente trágicos por sus consecuencias, en lo que se relaciona con nuestro ya tan decantado problema de la tuberculosis.-Enfocado el problema desde el establecimiento, en que efectuamos la Gran Estadística de 6 meses, nos decidimos a efectuar este trabajo con los enfermos egresados de la Institución en el año 1941 con altas no médicas, es decir con aquellos que han obtenido el alta, no porque el criterio médico aconsejara su evacuación



del plantel, sino por razones imperativas y ajenas a la reacción orgánica experimentada por el paciente.-Por tanto comprende un grupo de enfermos que va desde el que ha obtenido la casi total regresión de sus lesiones, hasta a aquel cuyo estado de agravación es sensiblemente comprobable.-

Se escogieron precisamente las altas no médicas producidas en el año 1941, por estimar que el plazo de 5 años que ya ha transcurrido, permite llegar a conclusiones de cierto valor en lo que a evolución post-sanatorial se refiere.-

En el Establecimiento se concede el alta no médica atendiendo a los siguientes motivos:

- 1º.- Solicitud del enfermo o sus familiares.-
- 2º.- A quien rehusa el tratamiento propuesto.-
- 3º.- Por medida disciplinaria.-
- 4º.- Fugados.-

Nuestro trabajo se basa en 160 enfermos, que, por alguno de los motivos anteriormente anotados, obtuvieron el alta no médica en un total de egresos que asciende a 459 enfermos.-Expresado en tanto por ciento, tenemos que el 34,8 % de las altas se otorgó por este capítulo.-Cifra muy alta para nuestro desolador panorama médico-social, en lo que se refiere a lucha antituberculosa especialmente.-Para dar una idea mas exacta del problema, ofrecemos a continuación un cuadro de las Altas No Médicas otorgadas por el Establecimiento en el año 1941, de acuerdo con la distribución de causas que la motivaron y el número de días camas perdidos que ellas significan.-

---

HOSPITAL SANATORIO "VALPARAISO" -ALTAS NO MEDICAS- 1941.-

---

<u>Solicitadas</u>		<u>Rehus. Trat.</u>		<u>Discipl.</u>		<u>Fugados</u>		
Nº	Ds camas	Nº	Ds Cama	Nº	Ds Cm	Nº	Ds	Cm.
63	8.791	37	6.794	32	4.164	28	3.786	
TOTAL DIAS PERDIDOS:					23.535			
PORCENTAJE:					35,4 %			

---

Altas solicitadas por el enfermo o sus familiares.- Hemos visto en el cuadro precedente que el 43 % de las altas no médicas fueron concedidas a solicitud del enfermo o de sus familiares, esgrimiendo razones bien o mal fundamentadas (punto que trataremos de establecer más adelante).-

El enfermo se acerca al médico y exige el alta en forma perentoria; su actitud en estos casos es siempre decidida y no hay razones valederas para hacerle desistir de la resolución adoptada, salvo un escaso número que no insiste en sus propósitos, luego que se le enumeran los factores en contra que tendrá que afrontar una vez lejos de la Institución, sin haber obtenido una mejoría relativa al menos, al mismo tiempo que en una u otra forma se ha logrado eliminar los obstáculos que impedían la hospitalización, siempre que ellos hayan existido.-

Las razones más usuales que se dan para justificar la solicitud de alta son: conflictos económicos o familiares provocados por la ausencia de meses del hogar del enfermo; b) hastío producido por hospitalización prolon-



gada; c) deseos de cambiar de clima antes de someterse a intervención quirúrgica; d) o bien el enfermo agravado que a solicitud generalmente de sus parientes es llevado a morir en el hogar por razones afectivas fáciles de explicar.-

En estos casos, la labor del médico es convencer al enfermo de lo insensato de su resolución, haciendo resaltar todos los riesgos a que se expone con su actitud.-El médico no puede negarse a conceder el alta, ya que como hemos dicho la actitud del paciente en estos casos es casi siempre inflexible, y, si no se accede, apelará a otros medios para obtener su libertad; puede fugarse del establecimiento, por ej, como ha sucedido muchas veces.-Además Chile no cuenta con leyes compulsivas al respecto.-

No queremos sugerir con esto, que una legislación al respecto debe ser creada, ya que ello sería inútil mientras no contemos con el número suficiente de camas para atender y recibir estos enfermos.-

La Asistente Social conoce de las altas no médicas ya otorgadas y solo actúa cuando se le solicita para solucionar conflictos producidos y evitar el egreso prematuro del enfermo.-

Rehusan tratamiento médico indicado.- En su mayoría comprende a enfermos que se niegan a intervenciones quirúrgicas mayores (toracoplastía por lo general).-

Pese a que el médico ha explicado previamente al enfermo las razones de orden técnico que existen para aplicar determinado tratamiento, sea por los riesgos que im-

plica toda intervención quirúrgica o desconocimiento de las graves consecuencias que su negativa le acarreará, el enfermo en la mayoría de los casos insiste torpemente en su actitud.-El reposante que se niega a someterse al tratamiento que ha indicado el médico, obtiene de inmediato el alta.-

Medida disciplinaria.- El enfermo que incurra en grave atropello a la Institución se le dá el alta en forma inmediata.-Por lo general, incurren en éste delito bebedores consuetudinarios, que, ingeniándose de mil maneras introducen subrepticamente alcohol en el establecimiento, con grave peligro de relajar la disciplina reinante en un Sanatorio, o por el enfermo que se dedica a jugar el dinero percibido por concepto de auxilio de enfermedad, olvidando obligaciones contraídas con su hogar.- Comprende tambien a aquellos enfermos que reiteradamente no regresan el día indicado por el médico, cada vez que salen con permiso.-Como se comprenderá, siendo la tuberculosis una enfermedad que para obtener mejoría necesita que el individuo se ajuste a un régimen determinado de vida, no pueden tolerarse faltas de ésta naturaleza que paulatinamente van minando la disciplina imperante en estos establecimientos, cuyas ventajas principales, están todos acordes en reconocer, residen en el hecho de ser verdaderas escuelas de disciplina.-

Fugados.- En este grupo incluimos al enfermo que poco a poco envía a su casa todas sus pertenencias y un día de visita, confundido con el ir y venir de los familiares



que llegan hasta allí, abandona la Institución, sin dar explicación a nadie de su decisión.-

Generalmente recurre a este procedimiento el enfermo inadaptado a la vida sanatorial o bien aquel que no desea someterse a intervención quirúrgica y no ha tenido la franqueza de declararlo así.-

Al igual que el reposante dado de alta solicitada, o por medida disciplinaria, el que se fuga y es imponente de alguna Caja de Previsión, pierde todos los beneficios de la ley 6174 de Medicina Preventiva.-

Nuestro trabajo consistió, pues, en ubicar a éstos 160 enfermos que habían obtenido el alta en las condiciones descritas.-Tarea que resultó engorrosa y muchas veces desalentadora por las dificultades encontradas para ubicar al enfermo que había perdido todo contacto con la Institución 5 años atrás.- (Es asombrosa la forma en que nuestro pueblo se moviliza de domicilio y aún de ocupación, muchas veces sin dejar rastros).- En estas condiciones tan desfavorables, solo pudimos ubicar un 80 % de ellos o sea a 130 individuos del grupo de 160 que ellos forman.-A cada uno de los enfermos ubicados, aplicamos la Encuesta Social confeccionada con éste objeto y de la que adjuntamos un formulario, con el fin de conocer su situación económico-social actual.-Simultáneamente se les pidió asistir a un examen al Dispensario que de ordinario los controlaba.- (la mayoría de nuestros encuestados eran asegurados).-Ha sido tarea también difícil obtener que concurren a este control y en muchos casos ha

habido que repetir la visita 3 y 4 veces para insistir sobre este punto.-

En esta forma fué posible establecer los siguientes hechos a través de nuestras visitas que por su elocuencia numérica no necesitan de otro comentario.-

Nº de Altas No Médicas en el año 1941	Actualmente vivos	Fallecidos	No se ubicó
160	49	81	30

O sea que de 160 enfermos de Tuberculosis pulmonar que obtuvieron el alta no médica en el año 1941, sólo un 30,6 % sobreviven en la actualidad.-

De 130 enfermos egresados con altas no médicas en el año citado, pudimos comprobar un 5,2 % de contagio a otro miembro del grupo familiar en forma posterior al diagnóstico de tuberculosis hecho al enfermo.-

Nº enfermos ubicados alta no médica 1941	Contagio producido posteriormente	%
130	7	5,2

Cifra muy alta si se considera que la labor de control médico realizada con los contactos ha sido fragmentada y sumamente difícil hacer concurrir a control bronco pulmonar a personas supuestas sanas.-

Del grupo de 49 enfermos que actualmente sobreviven, hemos podido comprobar que el 52,3 % no asistía a con-



trol broncopulmonar en un período superior a un año.-

De este mismo grupo un 9,9 % no está trabajando normalmente en la actualidad por incapacidad física producida; en dos casos han reingresado a Sanatorio por reactivación de las lesiones y en otros dos por incapacidad física absoluta y permanente, habiendo sido acogidos a Pensión de Invalidez.-

Queremos hacer un comentario de carácter general sobre lo anteriormente expuesto.-

El tuberculoso egresado en las condiciones antedichas, en un medio desfavorable desde el ángulo que se le contemple, sujeto a una condición económica inestable, condicionada por su misma enfermedad y con todos los derivados que acompañan a la pobreza, privado de la única fuente de entrada que aseguraba su reposo y podía permitirle su total recuperación al mismo tiempo que le aseguraba el pan de sus familiares, (me refiero al obrero asegurado que constituye el 67,4 % de nuestro estudio), está expuesto a que su afección o bien se mantenga más o menos estable, con períodos de mejoría y empeoramiento, o a que progrese invariablemente o a que cure en forma espontánea por la resistencia natural del enfermo lo que sucede en forma excepcional.-No es de extrañarse, pues, que en estas condiciones se haya podido constatar un porcentaje tan alto de fallecimientos.-A nadie que manifieste interés por nuestros problemas nacionales, puede escapar el hecho de lo que significa tanta vida joven, segada cuando mucho podía esperarse de su



actividad desarrollada en beneficio de la colectividad.- Tenemos así, como los factores, enfermedad, bajo standard de vida de la clase asalariada, ignorancia, forman un todo que en circulo vicioso precipitan a nuestro hombre, cada día más en el desastre.-No puede escapársenos tampoco, el fondo económico general del problema, que representa una alta cifra de dinero perdido para una lucha antituberculosa que no ha alcanzado su eficacia máxima, precisamente porque los fondos con que cuenta son insuficientes.-

Queremos hacer un alcance al hecho de que el mayor porcentaje de altas no médicas ha sido otorgada por el capítulo de Altas solicitadas por el enfermo o sus familiares.- Estimamos además, que precisamente es en este rubro en que puede intervenir en mejor forma la Asistente Social ya que a través del desarrollo del Caso Social Individual, pueden preverse muchas situaciones y evitarse que se realicen tanta alta prematura, máximo si ella es solicitada por causas de orden social cuya solución está al alcance de sus facultades.-

En cuanto al resto de Altas No Médicas otorgadas por los demás capítulos y que privan al individuo de sus derechos a beneficios económicos, podemos considerarlo como medidas inconsultas y que sólo apresuran el desenlace trágico de nuestro tuberculoso?.-Mientras nuestra insuficiencia de medios para combatir el flagelo sea alarmante no podemos pedir un cambio radical de esta situación ya que só-





C A P I T U L O I V .-

ESTUDIO DE LAS CAUSAS QUE MOTIVARON LAS ALTAS NO MÉDICAS.-

Fácil es comprender por lo ya expuesto, que una situación como la bosquejada, necesariamente exige que se establezcan las causas que determinan el problema.- Pensamos que, mientras no haya medicación específica contra la tuberculosis y el individuo deba permanecer aislado de la sociedad por largos meses, no será posible dar solución integral al problema ya que él, está estrechamente ligado a esta situación y a lo complejo de la naturaleza humana; pero sí, estimamos que es posible y necesario, reducir el alto porcentaje de enfermos egresados con altas no médicas de la institución.-

Es necesario ir al análisis de los diversos factores que concurren a crear la situación ya descrita.- Para ello daremos a conocer, en primer término, las altas no médicas que se produjeron en 1941 y las razones que decidieron al médico para otorgarlas, ya que éstas quedan estampadas en la Ficha Clínica de cada uno de los enfermos.-

De 160 Altas No Médicas producidas en el año 1941, 63 fueron concedidas a solicitud del enfermo o familiares por los siguientes motivos:

Por situación económica aflictiva	3
Para trasladarse de clima	5
Por agravación	7
Por inadaptación al ambiente Sanatorial	9



Por motivos sociales	10
No se estipulan	29
TOTAL	<u>63</u>

Luego tenemos que las Altas No Médicas fueron otorgadas en 37 casos por rehusar tratamiento propuesto; y 32 casos por medida disciplinaria o sea, que el enfermo ha incurrido en graves faltas de conducta dentro del Establecimiento que pueden clasificarse en la siguiente forma:

Por haber provocado riña dentro del Establ.	2
Por haber sido sorprendido jugando dinero	2
Por ebriedad (Debe hacerse notar que 5 de ellos regresaron ebrios después del permiso.-Solo 1 fue sorprendido introduciendo licor al Establecimiento)	6
Por regresar con atraso en su permiso mensual	8
Por condiciones de carácter incompatibles con el régimen sanatorial	9
Sin especificar motivo	5
TOTAL	<u>32</u>

Hemos podido concretar las causas del alta en 104 casos através de la revisión de las Fichas Clínicas; sólo en 56 de ellas no se especificaba el motivo.-Debe tomarse en cuenta que en este número se ha incluido 28 fugados, que, como anteriormente dijimos, abandonan sorpresivamente el Establecimiento sin participar las razones que a ellos les impulsó.-

A través de las Encuestas efectuadas a cada uno de los enfermos egresados en estas condiciones procura-

mos establecer las razones que, a juicio del enfermo, habían sido causales de la interrupción de la estadía sanatorial.-A pesar del número proporcionalmente bajo de enfermos que logramos entrevistar personalmente ( 81 de ellos ya habían fallecidos, 49 solamente estaban vivos ) podemos decir que el 75 % de ellos lo atribuía a razones de carácter económico-social.-

Factores económicos - sociales.- Surgió entonces la pregunta: ¿ Cuáles son las condiciones de vida del grupo en que hemos efectuado nuestro trabajo y cuales sus medios económicos?.- Logramos establecer que de 160 enfermos egresados con alta no médica pertenecían a la Ley 4054, 108; eran indigentes 46 ( sin medios de previsión ); imponentes de otras Cajas, 6.-

El 71,9 % del elemento comprendido en este trabajo, tiene la calidad de asegurado, lo que significa que este porcentaje cuenta con un organismo de previsión que lo auxilia frente a la enfermedad, costea la estadía sanatorial y le proporciona además subsidio reposo que le permitirá vivir al grupo familiar mientras él esté enfermo.- La gran mayoría de los enfermos acogidos a Ley de Previsión que llegan al establecimiento son favorecidos por la ley 6174 de Medicina Preventiva, ya que las directivas de las Cajas de Previsión establecen que pueden ser enviados a un Sanatorio todo enfermo que padezca de una tuberculosis activa, cualquiera que sea su grado, solamente si tiene posibilidad de una mejoría importante o de una curación clínica.- El subsidio reposo que establece la ley 6174 de Medicina Preventiva, estipula el pago mensual del término medio de los últimos tres meses trabajados, es



decir, en la mayoría de los casos tienen asegurado el pago del sueldo total percibido antes de enfermarse, mientras dure su incapacidad.-

Es necesario saber ahora con exactitud si los esfuerzos de las Cajas de Previsión han sido suficientes para evitar problemas económicos dentro del hogar del enfermo.-

Aparentemente la situación está resuelta desde el punto de vista económico; pero se ha tomado en cuenta que toda enfermedad implica un aumento de gastos del presupuesto familiar y un menor rendimiento en el trabajo que se traduce por disminución de las entradas?.- Porque si bien es cierto, que nuestra legislación ha puesto al obrero y su familia a salvo de la miseria en situaciones creadas por la enfermedad, no es menos cierto que el bajo standard de vida de nuestro pueblo necesariamente ha de resentirse con la producción de estas situaciones anormales.- Así es corriente entre nuestros obreros, trabajar horas extraordinarias que le signifiquen mayores ingresos.- El individuo que enferma, se ve privado de recurrir a este medio que le asegura mejores entradas.- O bien es muy frecuente, que el monto de la preventiva al cabo de algunos meses, no cubra las necesidades vitales del enfermo, ya que el costo de la vida sube día a día y aquella no es reajustada por la Caja de Seguro Obligatorio de la cual son imponentes la mayoría de nuestros enfermos.- Por otra parte las preventivas que se fijan, no siempre corresponden al valor total del salario percibido antes de enfermarse.- Las estadísticas demuestran que éste acude a consul-



tar médico cuando el mal está muy avanzado, es decir, cuando ya realmente no se siente con energías para trabajar.- El enfermo no dá importancia a ciertos síntomas como baja de peso, inapetencia, ni acude de inmediato a consultar médico.- Lo atribuye a resfríos u otras causas y se conforma con guardar cama y no asistir a su trabajo.- Finalmente acude al Consultorio, se le dá permiso médico antes de completar la serie de exámenes que diagnosticarán la tbc. pulmonar.- Disminuye los días trabajados y el monto de las impeciones.- La preventiva tiene que otorgarse a base del salario percibido en los últimos 3 meses trabajados, de los cuales prácticamente no ha recibido salario en el último mes.-Como consecuencia recibe preventiva inferior al salario que realmente percibía antes de enfermarse.-Sucede también que muchas veces obrero y patrón, de común acuerdo, no imponen sobre el salario que verdaderamente percibe el obrero con la intención de no gastar mucho dinero en impeciones.-El asalariado solo viene a comprender su error cuando ya hospitalizado, necesita de este auxilio para asegurar el sustento propio y el de los suyos.-

Consideramos sin embargo, que más grave es aún la situación anormal provocada por hospitalización prolongada de uno de los componentes del grupo familiar, sobre todo si se trata de uno de sus jefes.- La práctica nos ha demostrado que cuando es el padre de familia el hospitalizado el problema más grave que se produce es el económico; pero nos ha demostrado también que la mujer, en la mayoría de los casos reúne condiciones de carácter que le permiten adaptarse rápidamente



a situaciones difíciles y salvarlas con éxito .- En cambio cuando es la dueña de casa la que se hospitaliza, la situación a resolver es mucho más compleja sobre todo si hay menores que deben quedar en el desamparo.- El hombre, generalmente, no es capaz de resolver la situación creada, y por el contrario se impacienta por la prolongada ausencia del hogar de la ama de casa y muchas veces sucede que es él quien insiste en hacer abandonar el establecimiento a su conyuge; o indirectamente contribuye a ello, cuando adopta como actitud frecuentar las tabernas, en las que derrocha su dinero descuidando los deberes para con su hogar y provocando otros problemas familiares que finalmente deciden a la esposa a abandonar su tratamiento.- En otros países, con experiencia similar a la nuestra en esta materia, Inglaterra por ejemplo, en legislación avanzada de post-guerra como es el plan Beveridge de Seguridad Social, se contempla como uno de los beneficios, el pago de empleado doméstico en caso de enfermedad de la dueña de casa y como parte del tratamiento médico cuando aquella está incapacitada para cumplir los deberes de tales.-

Está claro pues, que aún cuando la enfermedad suscita problemas de índole económico social, la solución que el enfermo les da es errada.- Momentáneamente pueden solucionar muchos problemas provocados, pero crean otros, que como hemos visto, no tardan en dar sus siniestros frutos.-

Nos fundamos para hacer esta aseveración en dos hechos:

1º.- Económicamente el enfermo queda privado de todo auxi-



lio, ya que hemos visto que el 60 % de los egresados prematuramente del Sanatorio con altas no médicas, automáticamente quedaron al margen de los beneficios económicos otorgados por la ley 6174 de Medicina Preventiva y solo cuentan con los beneficios económicos otorgados por la ley 4054 que le asegura durante la primera semana el monto total del salario diario (sacado del término medio de los 7 meses anteriores al momento de la incapacidad) la mitad en la segunda semana y la cuarta parte en los períodos siguientes hasta completar 26 semanas de enfermedad; luego, previos trámites médicos y administrativos, prorroga estos subsidios por 26 semanas más; es decir, que al cabo de un año el enfermo queda privado de auxilio económico.- Luego el problema del egresado, con alta no médica, se plantea en toda su magnitud, contagiosidad, malas condiciones de vida, habitación insalubre, incumplimiento del control post-sanatorial.-

Factores psicológicos.- En nuestra calidad de ex-reposante de Sanatorio, conocimos muy de cerca la enorme influencia del ambiente sanatorial sobre la psicología individual y cuán difícil es, seleccionar con habilidad las también innumerables ventajas que una estadía sanatorial ofrece, para limar muchos ángulos de la personalidad del individuo.-La estadía sanatorial, se hace necesaria en el caso de la tuberculosis por el carácter infectocontagiosa de la misma y por los tratamientos que la enfermedad actualmente requiere: Cura higiénico-dietética, crisoterapia, y colapsoterapia gaseosa y



quirúrgica.- Aún cuando éstos tratamientos fuera posible hacerlos en el hogar del paciente, nuestro pueblo carece de los medios para ello y además nuestra cultura en materia sanitaria es tan pobre que no está preparado para llevarlo a cabo.-

Estos establecimientos, como todo organismo cerrado que reúne a un grupo heterogéneo de personas que se sienten capaces de hacer una vida normal, ofrece ventajas e inconvenientes.- Como ventajas debemos anotar el hecho de que permita al enfermo proseguir un tratamiento completo, bajo vigilancia médica; vida metódica que les permite llevar más o menos la misma existencia y someterse con naturalidad a la ejecución íntegra de las prescripciones médicas que en sus casas no podrían haber seguido sin gran esfuerzo; vulgarización de cierto número de conocimientos en relación con la enfermedad misma.- Los inconvenientes derivan de una cura que va a ser de meses, que exige horas de inacción absoluta a individuos que conservan gran parte de sus energías.- Para someterse a este ambiente hay que reunir ciertas condiciones de carácter que no siempre son fáciles de encontrar: fuerte contextura moral para sobreponerse a las preocupaciones y al aislamiento prolongado que la enfermedad exige y un mínimum de cultura.-

La influencia del ambiente sanatorial que obliga a reposar gran parte del día y deja a la mente divagar siempre sobre las mismas preocupaciones centrales: estado de salud, síntomas y variaciones cotidianas, el ansia de curar y la vuelta a la vida normal, presta cierta característica al paciente condicionado por su calidad de enfermo crónico, que ha de mezclar-



se a todos los actos de su vida.- Simpatías y antipatías se manifiestan con más intensidad que en condiciones normales de vida.- Son frecuentes las intrigas provocadas, clima de erotismo y aburrimiento, que crean una atmosfera pesada a la que es muy difícil sobreponerse.- Es común observar en el ambiente sanatorial, descontento a todo lo que se les ofrece.- Son frecuentes, por ejemplo, las protestas por el régimen alimenticio que es una de las preocupaciones principales de estos establecimientos y que resulta tanto mas inexplicable si se agrega que nuestro pueblo nunca ha demostrado interés por alimentarse en forma adecuada.- Se ha dicho con insistencia que en este descontento debe tal vez buscarse una actitud de rebeldía del individuo hacia el orden social existente en el que se siente injustamente colocado.-

Todo este complejo psicológico, si así pudiéramos llamarlo, se traduce en insolencias, indisciplina e inadaptación.-

Es explicable también el temor y prejuicios que comúnmente se forman alrededor de los tratamientos propuestos, en especial los tratamientos quirúrgicos.-El enfermo se pierde en reflexiones sobre la posibilidad de curación, sobre consecuencias para su vida y la de los suyos, en pensamientos sobre la muerte, todo lo que le provoca una gama de reacciones como expresión vehemente del deseo de vivir, que es tanto más intensa si se considera que la tuberculosis ataca de preferencia a los individuos que se encuentran en la plenitud de la vida y se han visto privado de gozar de la independencia que



su estado les confiere y no se les ha permitido asumir una actitud responsable frente a la sociedad.- Contribuye mucho también el enfermo que ha pasado por una o más hospitalizaciones y que comunica a sus compañeros su confianza o desconfianza sobre los métodos de tratamiento.- Bajo todos estos resortes psicológicos, el individuo, frecuentemente rechaza el tratamiento propuesto y prefiere muchas veces recurrir a charlatanes, que según él, le han de devolver su perdida salud.-

Es curioso anotar que con mayor frecuencia, es el hombre quien obtiene el alta no médica, aún cuando hemos visto que los problemas revisten mayor gravedad con la hospitalización de la madre.- Es que tal vez el hombre por condiciones inherentes a su carácter, no se resigna a llevar como él llama, vida de inválido y se entrega a las diversiones, al juego y a la embriaguez.- Es por este motivo que el régimen de permisos y salidas necesita cautela y reforzamiento del concepto de responsabilidad del enfermo.-

Como vemos, no es posible considerar al individuo, como un ser pasivo ante la enfermedad, sin participación de su personalidad que sufre.- No es suficiente el tratamiento médico quirúrgico de la enfermedad si no se añade también, el conocimiento de la psicología y psicopatología de nuestros enfermos, indispensable para una mejor comprensión del paciente.- Para ello es necesario luchar por elevar el nivel cultural de todo el personal que queda en contacto con el enfermo en la Institución y adentrarse del criterio de que es un hombre el





que sufre y no solamente un conjunto de tejidos y órganos; que es un individuo, el que reacciona ante las situaciones provocadas por la misma enfermedad.-

Se impone un llamado a las fuerzas sanas del paciente y su encauzamiento a la única fuente noble de satisfacción: el trabajo adecuado a su capacidad.- ¿Quién podría objetarnos que si en el establecimiento se diera impulso a la laborterapia como un medio de distracción, de reeducación y finalmente de pequeña fuente productiva, no veríamos disminuido el alto porcentaje de altas no médicas en un establecimiento que en este aspecto ha sido descuidado?.-

Consideraremos un último factor:

Factor educacional- Como ya lo hemos dicho la cultura del individuo es importante para que éste realice en mejor forma su proceso de adaptación a la vida sanatorial.-El elemento que llega a la institución tiene asegurado un mínimo cultural que no es desestimable.- Los Sanatorios han sido considerados como grandes centros educacionales destinados a elevar el nivel cultural de los que allí llegan.- Sin embargo ésta influencia modeladora necesita ser orientada dentro de la institución, de preferencia hacia la educación sanitaria ya que ella es fundamental para la mejor comprensión de los fines que persigue el establecimiento.-Es manifiesta la carencia de conocimientos que no sólo nuestro pueblo, sino en medios aún mas cultos, se observa en relación con los principios fundamentales de la educación sanitaria.- Se ha dicho con insistencia que ella es plan fundamental en la adquisi-





ción de conducta y actitudes favorables para la conservación de la salud, lo que es muy lógico si consideramos que el estado de salud se rige en gran parte por los modos peculiares de vida.- Es evidente que el hombre educado en las normas y disciplinas que orientan una vida saludable, ante cada situación nueva que se le presente, efectuará un proceso de selección consciente de los hábitos y tendencias previamente formados, para decidir cuál es la acción útil, desde el punto de vista de la adaptación y superación a la situación presentada.- Es esta actitud mental favorable que una Institución Sanatorial debe propender a desarrollar entre los enfermos, a quienes diariamente se les presenta situaciones similares que resolver.-Ella puede influenciar en sentido positivo los hábitos personales, el conocimiento y la práctica de principios higiénicos fundamentales; debe estimular ideales de salud como son el desarrollo de la conciencia sanitaria, fé en los servicios médicos, deseos de alcanzar salud plena.- Pensamos sin embargo que una Institución sanatorial tiene ancho campo para abordar dos grandes problemas relacionados con la educación sanitaria: Son ellos la Educación Sexual y la lucha contra el alcoholismo. El primero de ellos, bien sabemos, hasta la fecha no se aborda en la forma que debiera hacerse, ya que es una materia difícil, que precisa mucho tacto y cultura para desarrollarlo y conocimiento profundo del elemento que se trata, ya que ella debe contemplar para su realización el nivel cultural del grupo, creencias, religión a que pertenecen.- Para nadie es un



misterio que hasta la fecha quienes tendrían la obligación de realizar esta labor, hasta ahora se han concretado a discutir quien es el mas apropiado para realizarla y cual debe ser la forma en que ella se realiza; en la práctica el problema sigue sin abordarse.-

¿ A quién correspondería realizar esta labor en Sanatorio?.-Creemos que en primer término a los médicos ya que son numerosas las oportunidades que tienen para hacerlo; en segundo lugar las Enfermeras y la misma Asistente Social puede realizarla ya que tiene cultura para ello y tiene a su favor una condición indispensable para realizarla: conoce la edad, sexo, creencias y necesidades del grupo en que actúa, quizás en forma más amplia, por su mismo papel, que el que pudiera tener con él, otras profesionales.-

En cuanto a la lucha contra el alcoholismo, vicio que degenra a nuestra raza, sabemos que cuanto se haga en el país en este sentido, nunca será suficiente.- En Sanatorio, se observa cuanta más necesidad de ella, por la frecuencia del problema, su relación con las altas no médicas en especial y en general en relación con la pérdida total de esperanzas de recuperación en el individuo que, por apreciación falsa de la vida, solo encuentra esparcimiento y consuelo para sus penas en la embriaguez.-

Aún cuando a Sanatorio, atendiendo al escaso número de camas con que cuenta, se hace selección rigurosa de los individuos, tanto desde el punto de vista médico y social, es-





C A P I T U L O V . -

Investigación hecha en un grupo de egresados con Altas No Médicas en el año 1941 del H. Sanatorio "Valparaíso", en comparación con un número igual de egresados con Altas No Médicas.-

En el presente capítulo hemos tenido como finalidad analizar en forma comparativa las condiciones actuales de vida tanto desde el punto de vista médico como económico-social de 130 enfermos egresados con Altas No Médicas del Sanatorio "Valparaíso" en el año 1941 y de 130 enfermos egresados también de la Institución en el mismo año, pero con Altas Médicas.-

Es evidente que si en algún modo ha repercutido sobre el enfermo el haber obtenido el alta en distintas condiciones será más fácil de apreciar en la situación actual en que se encuentran cada uno de los grupos.-

A pesar que, ya lo hemos dicho, se hace selección del individuo que ingresa a Sanatorio, tanto en el aspecto médico como social, y que este hecho presta cierta homogeneidad al grupo, se ha estimado necesario establecer si hay condiciones que hagan posible esta comparación.-Para ello se ha clasificado a los enfermos atendiendo en primer término a la extensión lesional.-



	Mínimas		Moderad. avanz.		Avanz		Totales
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Altas Médicas	15	11,5	80	61,5	35	26,9	130
Altas No Médicas	10	7,6	85	65,3	32	24,6	130

Por las cifras que inciden en los 3 rubros en que se han calificado las lesiones pulmonares podemos decir que, desde este punto de vista, se trata de grupos semejantes, susceptibles de ser comparados.-

Se ha considerado luego de interés establecer si entre aquellos enfermos dados de alta por razones médicas y los enfermos egresados con Altas médicas existía afinidad, si se les clasifica según sexo y edad, ya que ambos factores condicionan en gran parte la psicología individual e influyen por tanto poderosamente, la actitud del individuo hacia los problemas que se le presentan.-

	Hombres		Mujeres		Total
	Nº	%	Nº	%	
Altas Médicas	68	52,3	62	47,5	130
Altas No Médicas	72	55,3	58	44,6	130

Los porcentajes expresados nos permiten concluir que, atendiendo a la clasificación por sexo, también se trata de grupos comparables.-Las altas no médicas llama la atención que un gran porcentaje de ellas, correspondan al sexo masculino, que como ya dijimos, se ha observado que es el menos adaptable

a la disciplina sanatorial.-

---

	Edad...15 - 24	25 - 34	35 - 40 y más
Altas Médicas	52	63	15
Altas No Médicas	64	56	10

---

El mayor número de individuos enfermos se agrupan entre los 15 y 24 años entre las Altas No Médicas y entre los 25 - 34 años en las Altas Médicas, lo que confirma que la Tbc. crea factor de inferioridad económica en las poblaciones de edad activa.-

Ya establecido que ambos grupos son comparables desde el punto de vista médico y que clasificados según sexo y edad esta semejanza persiste, trataremos de establecer si las Altas otorgadas con criterios distintos han determinado o no, las condiciones actuales de vida de ambos grupos.-

---

	Trabajo		Reposo		Fallecidos		Totales
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Altas Médicas	78	60,0	12	9,2	40	30,7	130
Altas No Médicas	45	34,6	4	3,0	81	62,3	130

---

Es evidente la trascendencia de las Altas No Médicas en el grupo de individuos que la obtuvieron: porcentaje muy elevado de fallecidos en relación con las Altas Médicas que presupone un número elevado de individuos restados a las actividades productoras de la nación, al bienestar general de un grupo



familiar mas o menos numeroso; porcentaje mas elevado de individuos en actividad, dentro de las Altas Médicas o sea mayor capacidad productora de este grupo lo que significa que las expectativas de bienestar económico del individuo y grupo familiar son mayores para este número de enfermos.-

Si se analiza el standard de vida que han alcanzado ambos grupos tomando como índice la concentración de personas por pieza y por cama, tenemos:

Altas Médicas.-

Situación Econ.	Nº Familias	Personas por pieza	Personas por cama.-
Buena	44	2,2	1,4
Regular	21	2,2	1,3
Mala	25	2,2	1,5

Altas No Médicas.-

Situación Econ.	Nº Familias	Personas por pieza	Personas por cama.-
Buena	37	1,6	1,4
Regular	29	2,8	1,9
Mala	9	3,1	1,8

Hemos clasificado las situaciones familiares aplicando como salario medio diario la suma de \$ 42,40 (dato obtenido en la Caja de Seguro Obligatorio de Valparaíso )





CAPÍTULO VI

EXPOSICIÓN DE CASOS.-

CASO SOCIAL N° 1

Reseña del Caso

Ustera de 30 años de edad, profesión tejedora, convive en unión libre desde hace diez años con A. S. B. soltero, obrero de la Cua Unilena de tabacos. De ésta unión hay una hija de 4 años, no inscrita en el Registro Civil. - Madre egresó del hospital sanatorio Valparaíso con Alta No Médica en el año 1941 ya que no logró adaptarse a la vida sanatoria.

Situación Actual

Dejó de asistir a control broncopulmonar en el año 1942 porque no ha sentido molestias. El conviviente y la hija no se someten a control desde el mismo año. -

Manifiestan deseos de legalizar unión libre. No lo han hecho hasta ahora por dejación. -

Buena Situación económica.

Diagnóstico Social

Problemas de Orden Médico

Egreso prematuro de la Ustera del sanatorio.

Inasistencia a control broncopulmonar desde el año 1943 de la

cliente y su grupo familiar.

Problemas de Orden Moral

Unión libre

nija ilegítima

Problemas Jurídicos

Falta matrimonio civil

Falta inscripción en el Registro Civil de R. U. C.

Falta legitimación de R. U. C.

Problema de Orden Educativo

Desconocimiento de principios higiénicos sobretodo en lo que se relaciona con la Tbc.

Labor Social Efectuada

Se hizo visita domiciliaria en la que se solicita a la cliente reanude su control médico en el Dispensario de la Caja de Seguro Obligatorio ya que ella es imponente de dicha Caja.-Se le aconsejó en tal sentido insistiendo que este control es sobretodo necesario para ella que abandono prematuramente su cura sanatoria. Se pidió también control del resto del grupo familiar.-Efectuado el control a R. O. U. fue declarada aparentemente sana. En examen posterior el conviviente y la nina también fueron declarados sanos.-Como manifiestan deseos de efectuar el matrimonio civil y no existe impedimento para ello, se reúnen todos los documentos necesarios. Efectuado el matrimonio civil y la legitimación de la nija nacida antes del matrimonio, se inicia la tramitación de aceptación de legitimación por intermedio del Consultorio Jurídico Gratuito del Colegio de Abogados.



CASO SOCIAL N° 2.

Nombre.- M.A.R.

Ficha N° 400.

RESEÑA DEL CASO.

M.A.R., viudo de 43 años de edad, de profesión navegante. Esposa falleció hace seis años de afección cardíaca. Por este motivo los hijos del cliente de trece, nueve, y ocho años, han quedado al cuidado de su hermana, de profesión vestonera. M.A.R. es viuda y tiene tres hijos de 18, 14 y 10 años respectivamente.

SITUACION ACTUAL.

Cliente inasistente a control broncopulmonar desde hace un año. Egresó con alta no médica del Hospital Sanatorio Valparaíso en el año 1941, por medida disciplinaria. M.A.R. se ha desentendido de sus obligaciones tanto materiales como afectivas con respecto a sus hijos.

El hijo mayor del cliente de trece años de edad, egresará este año de la sexta preparatoria de Escuela Primaria. Carece de orientación profesional.

El grupo familiar no se ha efectuado control broncopulmonar.

DIAGNOSTICO SOCIAL.Problemas de Orden Moral.

Desconocimiento de deberes paternos.

Problema de Orden Económico.

Situación económica irregular creada por el abandono de las obligaciones materiales del padre para con sus hijos.

Problemas de Orden Médico.

Egreso prematuro del cliente de Sanatorio e inasistencia desde hace un año a control brocopulmonar.

Falta control médico del resto del grupo familiar.

Problema de Orden Educativo.

Desconocimiento de principios higiénicos en lo que se relaciona con la T.B.C.principalmente.

Falta orientación profesional a M.A.S.

LABOR SOCIAL EFECTADA.

Se visitó el hogar y por intermedio de la hermana del cliente se supo que siendo éste de profesion navegante y viudo, ha dejado bajo su vigilancia a sus tres hijos menores. Pero muy a menudo su hermano olvida sus deberes tanto afectivo como materiales con respecto a sus hijos, lo que afecta al presupuesto familiar, ya que, ella es viuda, de profesion vestonera, y con 3 hijos a su cargo de 18,14, y 12 años. Solo el mayor aporta otras entradas económicas al hogar.

Al regresar el cliente de viaje, se conversó con él acerca de esta situación y se insistió en la necesidad de responder a sus obligaciones de padre de familia en sentido material, como espiritual. Prometió no olvidarlos. Se conversó también sobre el particular con la asistente social de la empresa de navegacion de los FF.CC. del Estado, a cuya institucion pertenece el cliente quien lo llamó y aconsejó en tal sentido.

La Asistente Social de esa Institución consiguió un préstamo en dinero con el que se compraron bajo su control, prendas de -



vestir a los niños.

Se sometió a control broncopulmonar el cliente y fue declarado aparentemente sano.

Se conversó también sobre la orientación que se daría a su hijo mayor que egresa este año de 6º año de Escuela Primaria. El padre se mostró de acuerdo en enviarlo a la Universidad Técnico Federico Santa María, ya que el niño desea ser carpintero mueblista. Se le orientó acerca de los requisitos exigidos en dicha Institución. Simultáneamente se conversó con el profesor del niño, quien manifiesta que M.A. es de regular aplicación.

Se le trató al curso que prepara en forma especial a aquellos niños que escojeran una actividad profesional. Presentado a examen en la Universidad Técnica Federico Santa María, no fue seleccionado en el examen de admisión. Con el consentimiento del padre se presentaran antecedentes a la Escuela de Artesanos de La Calera, que efectúa exámenes de selección en el mes de Marzo de cada año.

Efectado el control broncopulmonar al resto del grupo familiar fueron declarados sanos.

Se ha hecho labor de educación sanitaria sobre todo lo que se relaciona con la T.B.C. y se ha insistido en la observancia de la asistencia oportuna a controles broncopulmonares.

CASO SOCIAL N° 3.

Nombre.- U.M.M.

Ficha N° 460.

RESEÑA DEL CASO.

U.M.M. de 36 años de edad, casada, tiene tres hijas de 15, 12 y 6 años respectivamente. Intergra el grupo familiar la suegra de U.M.M.

La cliente obtuvo el alta no médica en el año 1941 en el Hospital Sanatorio Valparaíso, no asiste a control broncopulmonar desde el año 1943.

SITUACIÓN ACTUAL.

La cliente obtuvo el alta prematura en el Hospital Sanatorio Valparaíso, pues se negó a someterse a tratamiento médico propuesto (pneumotórax).

No asiste a control broncopulmonar desde el año 1943.

Manifiesta sentirse muy decaída últimamente.

Situación económica relativamente buena, ya que, ambos jefes de hogar trabajan, y además la suegra, vestonera, aporta también entradas económicas.

DIAGNOSTICO SOCIAL.

Problema Médico.

Inasistencia a control broncopulmonar desde el año 1943,  
falta control médico del resto del grupo familiar.



Problema Educativo.

Desconocimiento de principios higiénicos sobre todo en lo que se relaciona con la T.B.C.

LABOR SOCIAL EFECTUADA.

Se visita el hogar de L.M.M., inasistente a control broncopulmonar desde el año 1943. Se ha sentido muy decaída últimamente, por lo que se le indica acuda a consulta a la brevedad posible al Dispensario del Seguro Obligatorio.

Examinada, se le diagnostica una T.B.C. pulmonar avanzada y se le aconseja rápida hospitalización. Como tratamiento se le ha propuesto una toracoplastia. Cliente rechaza ambas proposiciones. Se trató de hacer labor de convencimiento en este sentido, pero, no fue posible obtener resultados positivos. Posteriormente la cliente se agravó y solicitó ser hospitalizada. Se le consiguió cama de aislamiento en el Salvador donde poco después fallece.

Efectuado el control broncopulmonar al resto del grupo familiar, fueron declarados sanos. Las hijas de la cliente han quedado bajo la responsabilidad de la abuela. La hija mayor será ocupada en la Cia. Chilena de Tabacos, luego de terminar sus estudios de contabilidad, ya que el Establecimiento le ofreció dicho puesto.

CASO SOCIAL N° 4.

Nombre - A.O.O.

Ficha N° 387.

RESEÑA DEL CASO.

A.O.O. de 36 años, obrero casado, obtuvo el alta no médica en el Hospital Sanatorio Valparaíso, en el año 1941, por no adaptarse al régimen sanatorial. Inasistente a control desde hace un año .

SITUACION ACTUAL.

El cliente, padre de seis hijos menores de 10, 8, 7, 5, y 2 años se encuentra cesante; solicita se le ayude a obtener una vacante que actualmente gestiona en la Administración del Puerto.

Grupo familiar carece de control médico.

DIAGNOSTICO SOCIAL.

Problemas de Orden Médico.

Alta no médica obtenida por el cliente en el año 1941.

Inasistencia a control desde el año 1941.

Falta exámen al resto del grupo familiar.

Problema Económico.

Cesantía del padre.

Problema Educativo.

Faltan conocimientos de higiene principalmente en lo que se relaciona con la T.B.C.



LABOR SOCIAL EFECTUADA.

El cliente acudió a control en el que fue declarado aparentemente sano, los demás componentes del grupo familiar fueron sometidos también a examen broncopulmonar y declarados sanos.

A.O.O., había presentado solicitud de admisión en la Administración del Puerto. Se conversó con el Jefe del Personal de esta repartición quien prometió llenar una de las vacantes con el interesado. Efectivamente, una de ellas fue concedida a A.O.O., quien vio en esta forma solucionado su problema económico.

Se ha hablado insistentemente sobre la conveniencia de observar controles periódicos en enfermedades como la T.B.C. y se han impartido normas de higiene en relación con la prevención de la enfermedad en el resto del grupo familiar.

CASO SOCIAL N° 5.

Nombre.- O.V.A.

Ficha N° 403.

RESEÑA DEL CASO.

O.V.A. casado, tiene tres hijos menores de 8,3, y 1 año respectivamente. Obtuvo el Alta No Médica, en el Hospital Sanatorio Valparaíso, en el año 1941 a solicitud del interesado por situación económica angustiosa. Además, su madre en esa época quedó ciega e incapacitada para trabajar, razón por la cual, él solicitó el alta para seguir atendiendo el puesto de diarios y revistas que ella tenía instalado.

SITUACION ACTUAL.

El cliente se encuentra postrado en cama a consecuencia de tbc pulmonar avanzada.

Resto del grupo familiar no se ha efectuado control médico. Hogar se mantiene con entradas proporcionada por la venta de diarios y revistas. Esta labor ha quedado a cargo de la esposa.

DIAGNOSTICO SOCIAL.

Problemas de Orden Médico.

Incapacidad total de trabajo del cliente por agravación de su enfermedad (TBC pulmonar.)

Falta control médico al resto del grupo familiar.

Ceguera de la madre.



Problemas de Orden economico.

Insuficiencia de entradas por incapacidad física de trabajo del cliente.

Problema de Orden Educaional.

Faltan conocimientos de Higiene y muy en especial, en lo que se relaciona con la TBC.

Problema Jurídico.

Asegurado sin derecho por atraso en las imposiciones.

LABOR SOCIAL EFECTUADA.

Cliente en estado muy grave, informe que carece de toda clase de recursos. Fué asegurado, pero no está al día en las imposiciones. Además, libreta que acredita calidad de tal, se ha extraviado. Se solicita un duplicado de la libreta, ya que, en caso que hubiera hecho canje de ella, las imposiciones figurarían en su cuenta individual y podría pedirse la devolución de ellas. Sin embargo, no se tuvo éxito en esta gestión.

Se trató de convencer al cliente que se hospitalizara en aislamiento del Salvador, pero no fué posible convencerlo.

Se pidió también, el control médico de todo el grupo familiar.

Los niños han sido dejados en observación trimestral.

Al poco tiempo de efectuar el tratamiento social, el cliente fallece en el domicilio. Los funerales son costeados por el gremio de suplementeros.

A la madre ciega que se quejaba de cefaleas, se le consiguió atención médica en el Policlínico del Hospital Deformes.

Una vez restablecida, pudo reanudar su trabajo en el puesto de diarios y revistas.

Actualmente el hogar se mantiene con el producto de este trabajo. Ultimamente se ha logrado también, pequeña ayuda económica de uno de los hermanos de la cliente.



CASO SOCIAL Nº 6.

Nombre : A.L.M.

Ficha Nº 305.

RESEÑA DEL CASO.

A.L.M., de 24 años de edad, soltero, egresó del Hospital Sanatorio Valparaíso, en el año 1941, con Alta No Médica, ya que no se adaptó al régimen sanatorial. Inasistencia a control broncopulmonar desde el año 1945.

SITUACION ACTUAL.

El cliente se encuentra cesante por supresión de personal en la Fábrica de Envases y Enlozados, en que trabajaba. Vive en compañía de su madre de quien es único sostén.

DIAGNOSTICO SOCIAL.

Problemas Médicos.

Alta No Médica del cliente e inasistencia a control broncopulmonar.

Problema de Orden Económico.

Cesantía del cliente.

Problema de Orden Educativo.

Desconocimientos de principios higiénicos en relación con la TBC principalmente.

LABOR SOCIAL EFECTUADA.

Se visitó el domicilio del enfermo y se le pidió continuara asistiendo a control bronco-pulmonar. Efectuado

este, se le declaró aparentemente sano.

Además, se comprobó que el cliente se encuentra cesante desde hace tres meses. Su situación económica es mala y tiene deudas.

Se solicita informe a la ya mencionada fábrica, inquiriendo razón del desahucio. Se informa que efectivamente hubo supresión de personal que afectó al cliente. No hay malos antecedentes en su contra.

Se inscribió al cliente para optar a un puesto en el Departamento de Aseo de la Municipalidad de Viña del Mar, pero como éste no se produjera en breve plazo, se le consiguió empleo como chofer en una panadería.

Se insistió en la observación de controles periódicos y también sobre la vida disciplinada que debe observar todo ex-tuberculoso.



CASO SOCIAL N° 7.

Nombre: J.A.M.,

Ficha N° 298.

RESEÑA DEL CASO.

J.A/M., es casado con M.P.P..-De este matrimonio hay 4 hijos de 7,6,1 año y una guagua de 6 meses. JAM., obtuvo prematuramente el alta del Hospital Sanatorio Valparaíso, en el año 1941, porque su situación económica era deficiente.

SITUACION ACTUAL.

El cliente es asegurado y últimamente se le ha acogido a pensión de invalidez por agravación de su lesión pulmonar. Mala situación económica, ya que, pensión de invalidez solo asciende a \$ 795.-mensual. Grupo familiar cuenta también, con otra pequeña entrada producto del trabajo de la esposa, costurera (\$ 200.-mensuales). Respto del grupo familiar sin control bronco-pulmonar.

DIAGNOSTICO SOCIAL.

Problema de Orden Medico.

TBC pulmonar avanzada de J.A.M.

Grupo familiar sin control bronco pulmonar.

Problemas de Orden Económico.

Incapacidad total de trabajo de J.A.M.. Mala situación económica.

Problema de Orden Educativo.

Desconocimientos de principios higiénicos en relación con la TBC..

LABOR SOCIAL EFECTUADA.

Al hacer visita domiciliaria para investigar las causas de inasistencia a control, se encontró al enfermo postrado en cama a causa de una Tbc pulmonar avanzada. Se solicita al Seguro Obligatorio atención médica domiciliaria. El médico tratante aconseja la hospitalización al aislamiento del Salvador del enfermo, como medio de prevenir el contagio. Se trató de hacer labor de convencimiento con el enfermo sobre este punto que se negó rotundamente a hospitalizarse en esa Institución.

Se pide también el control broncopulmonar del resto del grupo familiar. Todos son declarados sanos, a excepción de la guagua que es dejada en observación. Se inscribe al grupo familiar en la Unidad Sanitaria del Cerro Barón, para hacer más estricta la vigilancia del grupo familiar en lo que se refiere a prevención de la enfermedad dentro del grupo familiar. Posteriormente el cliente fallece en su domicilio. Se orientó a la viuda sobre trámites necesarios para obtener cuota mortuoria para efectuar funerales.

La esposa ha continuado sus trabajos en costuras. Últimamente se ha conseguido en una tienda se le den costuras a domicilio, lo que le reporta mayor número de entradas al presupuesto familiar.



CASO SOCIAL N° 8.

Nombre : R.A.A.

Ficha N° 215.

RESEÑA DEL CASO.

R.A.A., soltero, de 24 años de edad, totalmente incapacitado para trabajar por TBC pulmonar avanzada. Obtuvo el Alta NO Médica en el Hospital Sanatorio Valparaíso, en el año 1941, por promover desórdenes dentro del Establecimiento. Inasistente a control desde 1942.

SITUACION ACTUAL.

Actualmente se ha otorgado pensión de invalidez, considerado lo avanzado de su enfermedad. Hay peligro de contagio intrafamiliar, ya que el cliente vive en una sola pieza con su madre y dos hermanos menores de 14 y 8 años respectivamente. La madre estuvo enferma de TBC pulmonar con anterioridad al cliente. Actualmente ella está sana, trabaja como obrera en la Compañía Chilena de Tabacos.

DIAGNOSTICO SOCIAL.

Problemas de Orden Médico.

TBC avanzada del cliente.

Peligro de contagio intrafamiliar

Problemas de Orden Económico.

Insuficiencias de entradas.

Problemas de Orden Educativo.

Desconocimiento de principios higiénicos, referentes a TBC.

LABOR SOCIAL EFECTUADA.

Como el cliente fuera asegurado y se viera incapacitado para asistir a control médico por estar postrado en cama, se consiguió atención médica domiciliaria, en esa Institución. El médico solo aconsejó el aislamiento del enfermo en Hospital Salvador. El cliente se negó rotundamente a ello. Se insistió sobre el control broncopulmonar del resto del grupo familiar y sobre todo de la madre que también sufrió afección pulmonar. Hubo que hacer labor educativa en este sentido, pues, a pesar de que la madre estuvo hospitalizada en dos períodos en Sanatorios desconoce preceptos de higiénicos encaminados a prevenir el contagio. Examinados los demás miembros del grupo familiar fueron declarados sanos.

El cliente fallece de TBC pulmonar en el domicilio. Se hicieron trámites para obtener su sepultura por intermedio del Seguro Obligatorio. Posteriormente se conversó con la Asistente Social de la Compañía Chilena de Tabacos, quien ha prometido dar un empleo en la Cia. a la hija de la cliente para aumentar entradas económicas del grupo familiar.



CASO SOCIAL N° 9.

Nombre : C.V.V.

Ficha N° 387.

RESEÑA DEL CASO.

C.V.V.vive en unión adulterina con A.G.S., desde hace dos años. Ella está embarazada en seis meses, no se ha sometido a control prenatal C.V.V., estuvo hospitalizado en el Sanatorio Valparaiso por TBC pulmonar, donde obtuvo el alta a solicitud del interesado, por motivos económicos. El cliente es mueblista y solo tiene trabajo ocasional.

SITUACION ACTUAL.

La conviviente casada y abandonada por su marido desde 6 años. Ignora el paradero de éste. No hubo hijos del matrimonio.

Actualmente convive con C.V.V.. se encuentra embarazada en 6 meses, Presenta, además, un proceso infeccioso en la pierna izquierda que la imposibilita para efectuar sus trabajos quehaceres.

C.V.V. Inasistente a control brónco-pulmonar desde 1944.

DIAGNOSTICO SOCIAL.

Problemas de Orden Médico.

Alta No.Médica, obtenida por C.V.V en tratamiento de TBC pulmonar. Inasistencia a controles desde 1944.

Embarazo de 6 meses de A.G..

Posible contagio intrafamiliar.

Proceso infeccioso de A.G. (pierna izquierda.)

Problema de Orden Moral.

Unión adulterina.

Problemas Económicos.

Mala situación económica.

Problema Jurídico.

Imposibilidad de anular matrimonio civil de la conviviente, ya que se desconoce el paradero actual de su marido.

#### LABOR SOCIAL EFECTUADA.

Se conversó con el cliente sobre la necesidad de efectuarse controles bronco-pulmonares periódicos, sobretodo, cuando se ha obtenido el Alta No Medica, en un proceso tuberculoso. Se insistió también, en que la conviviente asistiera a inscribirse en el Policlínico Prenatal. Una vez inscrita en el Policlínico del Hospital Deforme, fue sometida a tratamiento; además, por el proceso infeccioso que afectaba su pierna izquierda. El conviviente fue declarado aparentemente detenido, en examen broncopulmonar, efectuado y se le indicó control de esta naturaleza cada seis meses.

En cuanto a la imposibilidad que existe para efectuar matrimonio civil de la cliente, ya ~~es~~ es casada, se trató de ubicar al esposo para proceder a anulación de matrimonio si ello fuera conveniente.



CASO SOCIAL N° 10.

Nombre : P.D.D.

Ficha N° 325.

RESEÑA DEL CASO.

P.D.D. casado, tiene dos hijos de 4 y 2 años respectivamente. Vive también en la casa una hermana del cliente, madre soltera abandonada, con un niño de 8 meses.

P.D.D. egreso del Hospital Sanatorio Valparaíso en 1941 con Alta No Médica. No acude a control desde 1943.

SITUACION ACTUAL.

Ningún miembro del grupo familiar se ha sometido a control médico a pesar de que últimamente la hermana del cliente se ha sentido muy enferma y por síntomas manifestados se sospecha una TBC. Por este motivo no trabaja y se encuentra en calidad de allegada en casa de P.D.D.

DIAGNOSTICO SOCIAL.

Problemas de Orden Médico.

Egreso prematuro del cliente de Sanatorio e inasistencia a control broncopulmonar.

Sospecha de TBC de R.D.D.

Falta control broncopulmonar del resto del grupo familiar.

Problemas de Orden Moral.

Madre Soltera.

Calidad de allegada de la misma.

Negativa del padre para reconocer paternidad de su hijo.

Problema de Orden Economico.

.Incapacidad de trabajo de R.D.D.

por precario estado de salud.

Problema Juridico.

Falta reconocimiento de hijo natural del hijo de la hermana.

Problemas de Orden Educativo.

Desconocimientos de principios higienicos en relacion a TBC.

LABOR SOCIAL EFECTUADA.

Cliente asiste a control broncopulmonar como se le pidió y fue declarado aparentemente sano. Se insiste tambien en control de esta naturaleza del resto del grupo familiar y muy en especial de R.D.D., sospechosa de una TBC. Efectuado este fueron declarados sanos, no así la hermana a quien diagnosticó lesión pulmonar y se le inscribió para cama en Sanatorio. Al ser hospitalizada la hermana, el padre accedió a proporcionar ayuda económica a su hijo. Pero se negó terminantemente a efectuar trámite legal para reconocimiento del mismo. Se ha insistido en que siga proporcionando esta ayuda material para después obtener en el Juzgado de Menores una pensión alimenticia ya que tacitamente ha reconocido ser padre de la guagua, al proceder en esta forma.





## CONCLUSIONES .-

1º.-El Servicio Social Sanatorial reúne características propias que lo diferencian sensiblemente del Servicio Social Hospitalario.-La prolongada permanencia del enfermo en el Establecimiento le permite efectuar una labor más pausada y constructiva que la que se realiza en otros Establecimientos Hospitalarios.-

2º.-Diversos factores señalados por la estadística, demuestran que la tuberculosis en Chile se encuentra en etapa de infección máxima.-

3º.-La repercusión económica que la tbc. tiene en el país, compromete gravemente su futuro y lo señala como nuestro primer problema de salubridad.-

4º.-La lucha antituberculosa para rendir su eficacia máxima debe atender los siguientes puntos: a) organizarse en una directiva única con amplia autoridad y responsabilidad y b) equilibrio armónico entre la lucha directa y la lucha indirecta.-

5º.-El problema de las altas no médicas en relación con la tbc., enfermedad de carácter infectocontagioso asume proporciones de gravedad, porque crea numerosos problemas de orden médico y económico-social, que no sólo atañen al individuo sino al bienestar colectivo.-

6º.-Son tres los principales factores que determi-



nan la producción de las altas no médicas a) factores económicos-sociales; b) factores psicológicos y c) factores educacionales.-

7º.-Aún cuando la tbc., suscita problemas de orden económico social, ellos por si solos no justifican el abandono prematuro de la estadía sanatorial.-

8º.-Como un medio de evitar las altas no médicas proponemos la creación de talleres de laborterapia y la intensificación de la educación sanitaria sobre todo en relación con la lucha antialcohólica y educación sexual.-

9º.-El estudio tanto desde el punto de vista médico, como social, de los egresados con altas no médicas en comparación con las altas médicas demuestran que ambos grupos son comparables.-

10.- Las altas no médicas manifiestan claramente las consecuencias sobre la capacidad de trabajo de los individuos y por tanto sobre la capacidad productora de ellos.-

11º.-Si se establece el standard de vida desde el punto de vista de la concentración de personas por pieza y por cama, puede apreciarse que es superior en los individuos egresados con alta médica.-

-----

BIBLIOGRAFIA .-

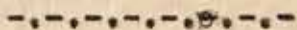
- Allende Salvador "Realidad Médico Social Chilena"  
Imprenta Latrhop, -Santiago de Chile. 1939.
- Bravo Alfredo Leonardo "La lucha contra la Tbc y nuestras leyes de Previsión"  
Revista de Previsión Social.  
Vol. XII N 61. Santiago de Chile.  
1945.
- Berman Gregorio "La explotación del Tuberculoso"  
Ed Claridad. Buenos Aires. s.a.
- Bustos Julio "La Previsión Social Chilena en 1944"  
Revista de Previsión Social  
n 59. 1945.  
1951
- Código del Trabajo "Control de la tbc en el obrero supuesto sano"  
Boletín Médico Social de la Caja Seguro Obligatorio n 125.  
1945.
- Delgado A "Vacunación con BCG en adultos"  
Boletín Médico Social de la Caja S.O. n 75 1945
- Damianovic J y Stipicic J "Sinopsis Estadística de los servicios de Beneficencia y Asistencia Social de Chile en 1945.
- Departamento Estadística



- Espina de Soñis Julia "El Servicio Social en el hospital sanatorio Valparaíso."-  
Revista de Asistencia Social. Tomo X. Santiago. Chile 1941
- García Valenzuela René "Servicio Social Sanatorio" S.A.
- Julio Alirego "Primeros resultados de la aplicación de la Ley de Medicina Preventiva en Fisiología"  
Tesis. Santiago. Chile. 1942.
- Orrego Hector "Consideraciones generales sobre la enfermedad tuberculosa"  
Revista de Asistencia Social Tomo X Santiago Chile 1941
- Pereira, Eduardo "Memoria Anual n. Sanatorio Valparaíso" (manuscrito)
- Rodríguez Rodríguez Arturo "Estudio Médico Social en Egresados clínicamente sanos de la cura sanatoria"  
Tesis. Santiago. Chile. 1937
- Varela Rafael del "Psicoterapia Educacional"  
En Valparaíso. Mañana. 1930
- Viel Benjamín "Epidemiología de la TBC en Chile"  
Impo Universitaria en Chile"

I N D I C E .-

INTRODUCCION	Página	1
CAPITULO I	"	3
CAPITULO II	"	20
CAPITULO III	"	34
CAPITULO IV	"	44
CAPITULO V	"	58
CAPITULO VI	"	63
BIBLIOGRAFIA	"	88





DATOS DE IDENTIFICACION.-

NOMBRE COMPLETO.....  
 DOMICILIO.....  
 FECHA INGRESO AL SANATORIO..... OBS. N°.....  
 FECHA DE ALTA DEL SANATORIO..... CAUSAL.....  
 EDAD..... ESTADO CIVIL..... INSTRUCCION.....  
 TRABAJO U OFICIO..... SALARIO.....  
 LEY DE PREVISION.....

GRUPO FAMILIAR.-

NOMBRE	PARIENTESCO	EDAD	EST. CIVIL	TRABAJO	SALARIO	SALUD
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

CARACTERISTICAS DEL BARRIO.-

URBANO..... RURAL.....  
 INDUSTRIAS Y NEGOCIOS MOLESTOS E INCONVENIENTES.....  
 MEDIO CULTURAL..... MEDIO SOCIAL.....

DATOS DE LA HABITACION.-

CASA..... CITE..... CONVENTILLO.....  
 Nº PIEZAS..... DORMITORIOS..... COMEDOR..... OTRAS DEPENDENCIAS.....  
 MENAJE..... Nº TOTAL DE CAMAS..... Nº PERSONAS POR CAMA.....  
 Nº DE PERSONAS POR DORMITORIO..... OTRO MENAJE.....  
 CÁNON \$..... mes.....  
 CONDICIONES SANITARIAS.- SANEAMIENTO..... INSANEAMIENTO.....  
 ESTADO SANITARIO.- AGUA POTABLE..... ALCANTAR LLENADO..... LUZ.....  
 VENTILACION..... ILUMINACION..... BAÑO..... W.C.....  
 ESTADO DE CONSERVACION.- ( pisos, muros, etc, ).....  
 ORDEN..... ASEO.....

ALIMENTACION.-

CANTIDAD DE LOS ALIMENTOS.....  
CALIDAD DE LOS ALIMENTOS.....  
ALIMENTOS CONSUMIDOS DE PREFERENCIA.....  
.....  
ALIMENTACION SUFICIENTE.....INSUFICIENTE.....

CONDICIONES DEL TRABAJO.-

TRABAJO PESADO.....TRABAJO LIVIANO.....  
CLASE DE TRABAJO.....  
CAMBIO DE FAENAS.....  
TRABAJO PERMANENTE.....COASIONAL.....CAUSA.....  
TRABAJO DIURNO.....TRABAJO NOCTURNO.....  
HORARIO DE TRABAJO.....HORAS EXTRAORDINARIAS.....  
CONDICIONES DEL MEDIO.....FACTORES NOCIVOS ( temperatura, humedad, polvo, hu-  
mos, gases, ruidos, etc ) .....

SITUACION ECONOMICA FAMILIAR.-

ANTES DE LA ENFERMEDAD.-

ENTRADAS.-

SALIDAS.-

FIJAS.....\$.....  
VARIABLES...\$.....  
TOTAL.....\$.....

FIJAS.....\$.....  
VARIABLES...\$.....  
TOTAL.....\$.....

TOTAL DE ENTRADAS \$.....PARA.....PERSONAS.-

EL SALARIO QUE RECIBIA LE ALCANZABA PARA SUBVENIR LOS GASTOS PROPIOS Y LOS DE SU FAMILIA?.....

EN LA ACTUALIDAD.-

ENTRADAS.-

SALIDAS.-

FIJAS.....\$.....  
VARIABLES...\$.....  
TOTAL.....\$.....

FIJAS.....\$.....  
VARIABLES...\$.....  
TOTAL.....\$.....

TOTAL DE ENTRADAS \$.....PARA.....PERSONAS.-



SITUACION ACTUAL.-

SE ENCUENTRA TRABAJANDO NORMALMENTE?.....

EL SALARIO QUE RECIBE LE ALCANZA PARA SUBVENIR LOS GASTOS PROPIOS Y LOS DE SU FAMILIA?..

HA DISMINUIDO SU CAPACIDAD DE TRABAJO?.....POR QUE?.....

HAN DISMINUIDO LAS ENTRADAS DEL HOGAR?.....POR QUE?.....

HA HABIDO NECESIDAD DEL TRABAJO DE OTROS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR PARA COMPENSAR EL DEFICIT DE SU CAPACIDAD DE TRABAJO?.....

CONTINUA CONSIDERANDOSE ENFERMO O HACE UNA VIDA DE HOMBRE SANO?.....

REPERCUSION DE LA ENFERMEDAD EN LA SITUACION GENERAL DEL HOGAR.-

DESPUES QUE SE LE DECLARO ENFERMO HAN SIDO ATENDIDOS POR TUBERCULOSIS ALGUNOS MIEMBROS DE SU FAMILIA?.....QUIENES?.....

DONDE?.....

SU ENFERMEDAD HA TENIDO REPERCUSIONES DE ORDEN MORAL?.....

ABANDONO DE HOGAR.....DISGREGACION DE LA FAMILIA.....

DISOLUCION DEL GRUPO FAMILIAR.....

OTRAS REPERCUSIONES.....

OBSERVACIONES GENERALES.-

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Valparaiso.....de.....de.....

Visitadora Social.-