

UNIVERSIDAD DE CHILE  
ESCUELA DE SERVICIO  
SOCIAL  
SANTIAGO

Servicio Social en relación con el  
reposo domiciliario de las  
enfermas tuberculosas.

SANATORIO LO FRANCO

Memoria de prueba para  
obtener el título de Calenda-  
ta Social de la Universi-  
dad de Chile.

social

CARMEN SALAZAR WAGHORN

1949

Trab. Social  
S161  
1949/c1

UNIVERSIDAD DE CHILE  
ESCUELA DE SERVICIO  
SOCIAL  
SANTIAGO



# Servicio Social en relación con el reposo domiciliario de las enfermas tuberculosas.

SANATORIO LO FRANCO

Memoria de prueba para  
optar al título de Asisten-  
te Social de la Universi-  
dad de Chile.-

Esta Memoria fué calificada  
con *14* puntos frente a  
un máximo de *21* puntos.

REGISTRO N°

CARMEN SALAZAR WAGHORN

1949

REGISTRO N°

UNIVERSIDAD DE CHILE  
SEDE SANTIAGO ORIENTE  
BIBLIOTECA CENTRAL

A MIS PADRES.-

### MIS AGRADECIMIENTOS

A la señorita Eva Olmos Hansen, profesora patrocinante de esta Memoria.

Al doctor Antonio Delgado Cuitiño, eje de esta experiencia en el Centro de Reposo Lo Franco y orientador de mi trabajo.

## SUMARIO

### INTRODUCCION.-

#### CAPITULO 1.- EL PROBLEMA DE LA TUBERCULOSIS COMO ENFERMEDAD EPIDEMICA.

Factores que influyen en su magnitud.

Formas de atacarla. Aspecto médico social.

Aspecto médico: La cura de reposo en tuberculosis. Clases de reposo. El reposo domiciliario como modalidad de cura libre.

Aspecto social.

#### CAPITULO 2.- CENTRO DE REPOSO LO FRANCO.

Breve reseña de su organización y su funcionamiento.

Servicio social.

#### CAPITULO 3.- REPOSANTES DOMICILIARIAS DEL SANATORIO LO FRANCO

Requisitos exigidos para incorporarla a este tipo de reposo (médicos y sociales).

Estudio social.

Consideraciones y estadísticas: a) médica; formas de t.b.c. en reposo (avanzada, moderadamente avanzada, mínima, pleuresias).

Duración del período de reposo. Resultados.

b) Sociales: estudios que comprende condiciones de vivienda y alimentación.

#### CAPITULO 4.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

a) Importancia de la experiencia. b) Factores que la favorecen. c) Factores que la dificultan. Po-

sibilidades de mejorarla.e)Contribución del servicio  
social a esta experiencia.

Consideraciones finales.

## INTRODUCCION

El constante aumento de la población, el hacinamiento la civilización y sus adelantos han venido creando desde tiempos remotos problemas que el hombre paralelamente ha tratado de resolver y generalmente los medios de vida son escasos y como resultado los medios de atención al necesitado y al enfermo no están de acuerdo, en su relación con el número de éstos. Día tras día la mente humana da cabida a nuevas experiencias que tratan de suplir estas deficiencias y de perfeccionar los tratamientos dándoles una mejor base o ampliándolos hacia otros horizontes y ; He aquí una experiencia que se está llevando a cabo en el Centro de Reposo Lo Franco que trata de ampliar el campo de atención del establecimiento ; la combinación de la cura de reposo en tuberculosis en el domicilio de un grupo de enfermas con determinadas características médicas y sociales y después de una estadía en el Sanatorio donde se iniciará el tratamiento y adquirirán conocimientos sanitarios que las harán responsables y conscientes de su enfermedad y de su reposo.

La importancia de esta experiencia por el papel preponderante que le correspondería a la Asistente Social dentro de su rol de orientación y educación, ya sea en lo que se relaciona al cumplimiento de las normas sanitarias que la reposante ha recibido en el período de su hospitalización en el Sanatorio, labor que debe extenderse a todo el grupo familiar o de solución de los problemas que afectan la normalidad del hogar y de control de los reposos que ha movido a ha-

cer un estudio al respecto.- Además en el Centro de reposo Lo Franco hay un interés por saber por saber el resultado de estos estudios, ya que se aumenta por esta clase de reposo la capacidad asistencial del establecimiento; trayendo consigo además un ahorro de días-cama sanatoriales.

Esta experiencia es novicia y a mi juicio propia de países más adelantados, ya que cuentan con hogares mejor organizados moral y económicamente para recibir a aquellas enfermas que se encuentran capacitadas para proseguir su cura en el hogar, por esto en nuestro país donde las condiciones de vida son bajas y solo una mínima parte de los hogares proletarios y aun de la clase media cuenta con estas condiciones es un experimento atrevido, que de llevarse efecto con resultados positivos como pienso demostrar a través del contacto que tendré con estas enfermas en mi práctica en el Sanatorio Lo Franco y en el estudio retrospectivo que se hizo en encuestas sociales y fichas médicas, será un gran adelanto digno de considerarse en las reformas a la Ley de Medicina Preventiva.- De todo esto se desprende la necesidad de suplir los adelantos que da el progreso económico de las grandes potencias, tratando de educar al pueblo inculcándole normas de higiene, buena distribución de las entradas, economía doméstica, preceptos morales etc., o sea todo aquello que mejorará la línea normal de vida del hogar y ¿Quién sino la Asistente Social es la llamada a desempeñar este papel de educadora.- Ella que por su convivencia con el pueblo tiene mejor conocimiento de sus costumbres, de sus problemas,



de su psicología puede desempeñarse mejor y no solo ser educadora de estos individuos, sino que debe controlar si sus enseñanzas han sido aprovechadas y llevadas a la práctica y si se efectúan los controles médicos necesarios que aseguren el éxito del tratamiento, etc.- O sea que, definiendo claramente, el papel de la Asistente Social sería de educación, orientación y de control, mejor dicho el eje de esta experiencia y ha mejor colaboradora del médico y del establecimiento.

Por los conocimientos adquiridos a través de las visitas domiciliarias que se efectuaron en los hogares de estas enfermas y por el estudio de las fichas médicas y sociales se procuró también demostrar la repercusión que tiene la alimentación y vivienda en la duración del reposo y en su recuperación satisfactoria, resultados que facilitarán la acción de la Asistente Social señalando claramente el camino a seguir en las experiencias futuras. Y es así como este breve estudio abarca no solamente las enfermas que teminaron su reposo domiciliario en el presente año, sino también las que lo fueron desde el año 1945 fecha en que se inició esta experiencia y que están actualmente dadas de alta y un poco alejadas del establecimiento.

Antes de terminar deseo dejar estampadas en estas páginas mis agradecimientos al personal del Centro de Reposo Lo Franco, especialmente a su Director y Servicio Social que colaboraron dando facilidades para realizar el presente trabajo.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE LA TUBERCULOSIS COMO  
ENFERMEDAD EPIDEMICA

La tuberculosis es considerada como un hecho epidémico desde mediados del siglo XVII cuando en grandes ciudades del viejo continente, como Londres y Berlin, aparecen brotes agudos alcanzando a principio del siglo siguiente las cifras más altas, siendo ésto correlativo a las aglomeraciones humanas originadas por el áuge de la industrialización de Europa.- Paralelamente al avance de esta nueva forma de trabajo crece también la onda epidémica obteniendo los más altos porcentajes en los centros más poblados.

Es así como en América del Norte aparece el fenómeno epidémico en sus centros de mayor población en las primeras décadas del siglo XIX y es notoria la agudez de la infección en nuestro hemisferio con altos porcentajes en Guayaquil, en Lima y regiones del norte y sur de Brasil a comienzo del presente siglo.- No se quiere decir con esto que la tuberculosis sea la consecuencia inegable de esta nueva orientación económica, sino que es el resultado de los cambios sociales a que dió lugar, ya que la organización de empresas, el maquinismo y la formación de centros proletarios produjeron trastornos enormes, pues transformaron al campesino en obrero alejándolo de su tierra y del cultivo y crianza en pequeña escala para someterlo a una dura disciplina y a hábitos diferentes de vida en costumbres, alimentación y vivienda.- Nacen las ciudades y surgen las fábricas y talleres resultando de ésto la acumulación de grupos heterogéneos, aun bajo un mismo techo y es así como el obrero o proletario se ve obligado a vivir en forma malsana y su organismo viegen es presa fácil del flagelo tuberculoso.

Es evidente que la tuberculosis es mayor en los pueblos más recientemente industrializados, ya que en aquellos que han soportado bastantes años la vida congestionada de las grandes urbes ha influido, como dice el Dr. Viel, el tiempo en el fenómeno de adaptación entre parásito y mesonero. Pero también hay que pensar que mientras más alta sea la industrialización de un pueblo, más edad ha de tener su industria y por lo tanto hay un mayor poderío industrial que trae consigo un mejor standard de vida obrero, todo lo cual hace que paulatinamente vayan descendiendo las altas tasas de morbimortalidad.

Se puede apreciar la modalidad de la invasión de la enfermedad fijándose en que la iniciación de la curva coincide con la aglomeración de grandes masas humanas con corto tiempo, siendo su evolución la común a una enfermedad infecto contagiosa cualquiera. Se sabe perfectamente que la tuberculosis es una enfermedad social, ya que las estadísticas demuestran la actitud de sus curvas en sitios social y económicamente débiles y la crudeza epidémica es mayor y más brusca mientras más bajo sea el nivel de vida y menos sean las medidas de profilaxis e higiene general que anteceden la conglomeración.

Se establece perfectamente la epidemiología de la tuberculosis en regiones aisladas cuando con la llegada de enfermos bacilíferos se produce el contagio y se difunde rápida y violentamente la enfermedad, pues los contagiados son a la vez difusores de la tuberculosis multiplicando las fuentes de infección con una progresión rápida caracterizada por altos índices de mortalidad o sea que "la tuberculosis es tanto más maligna cuan-

to más vírgenes sean las poblaciones que ataca" (Villemín). La elevación de la curva, en este caso se mantiene estacionaria y puede durar años aún que se vislumbren posibilidades de descenso. Todo depende de los medios con que se defiende el medio social. Cuando estos son eficaces acaban por dominar la epidemia produciendo una considerable baja en las cifras de morbilidad y más aún el tipo de las lesiones pulmonares, tienen un potencial evolutivo distinto. Es así como queda demostrado el carácter epidémico de la enfermedad, aunque en oposición con la mayoría de las infecciones agudas se manifiesta por periodos de curso relativamente lento, a veces por varias generaciones o a través de una serie de comunidades.

Si se puntualizan las características de la curva se podrá apreciar que hay tres fases invasión tuberculosa:

- 1.- La fase endémica que se caracteriza por índices de mortalidad más o menos baja. Los casos de tuberculosos son pocos.
- 2.- La fase epidémica con cifras de mortalidad bastante altas. Se caracteriza porque ataca principalmente al adulto joven para generalizarse después a todas las edades y porque la forma de la invasión es violenta y la
- 3.- Fase nuevamente endémica cuando las cifras de mortalidad decrece, ya sea por que el tiempo ha influido en el equilibrio entre mesonero y parásito o porque los factores socioeconómicos del medio han mejorado.- Y es por esto que las características bien limitadas de estas tres fases han permitido a diversos autores precisar el momento epidemiológico porque pasa un país y coinciden en precisar que la rapidez del

ascenso (fase epidémica) es diversa para los diversos países y parece repetir igual tendencia en descenso y que cuando el ascenso es brusco y rápido el descenso se presenta en igual forma y a la inversa.

Como se ha podido apreciar por lo dicho anteriormente la elevación de la curva coincide con las aglomeraciones de masas humanas producidas en corto tiempo y, ha sido correlativa a la industrialización, pero es así también como en los centros industrializados es donde se ha producido primero el proceso de la destuberculización como consecuencia del mejoramiento de vida; mejores salarios etc. y poco a poco se ha ido desplazando la onda epidémica hacia las regiones de predominio agrícola; el caso típico es Noruega donde el elevado promedio de mortalidad afecta primero las zonas meridionales, extendiéndose después a las septentrionales, menos densamente pobladas. Se sabe perfectamente si un país está en etapa de industrialización reciente o en fase epidémica, pues existe concordancia entre índice de infección e índice de mortalidad, y si un país está tuberculizado desde antiguo y en fase endémica, pues se establece una disociación con altos índices de tuberculosis biológica y baja mortalidad. De manera que la comparación de índice de infección y mortalidad pueden señalar la realidad y momento epidemiológico de un lugar, concepto que está en oposición con la antigua investigación de la mortalidad a base de la letalidad y permite distinguir países en fases de tuberculización y en período de destuberculización.- Fueron los países europeos los que primero hicieron su curva de tuberculización y gracias a las medidas de profilaxis médico económico sociales adoptadas fueron

los primeros también en reducir sus cifras de mortalidad a las mínimas.- Ya en 1914 la mayoría exhibía bajas considerables en su curva. Unidos a estos países se debe considerar también a Estados Unidos y Australia.- La fase epidémica en plena progresión la representa actualmente los pueblos de América Latina, como se puede apreciar en el movimiento ascendente de la mortalidad en Colombia que de 20,7 pasó a 150 0/000, solo Argentina, Uruguay y México escapan a esta regla general e inician su curva descendente.

Factores que influyen en la magnitud de la tuberculosis.- La magnitud de la tuberculosis se ve influenciada por factores naturales como edad y sexo.- Si se comparan las cifras estadísticas se puede decir que el índice de mortalidad por tuberculosis depende en relación con la edad del momento epidemiológico porque atraviesa su país. Así en aquellos países en etapa epidémica la curva señala las cifras más altas en el adulto joven o en la edad media de la vida, en cambio en los que se hagan en la fase de descenso o endémica se produce un descenso de la curva hacia las edades más avanzadas y es así como Chile muestra el relieve máximo de mortalidad entre los 20 y 34 años en concordancia con su panorama epidemiológico, o sea en el período más productivo de la vida, cuando el individuo más rinde, cuando más esfuerzo exige de su organismo y cuando es más necesario su aporte productivo al país.

Se ha podido comprobar a través de las estadísticas existentes que la mortalidad es relativamente mayor en los

varones, sobretodo en países en más alto grado de industrialización, aunque esto varía con la edad, pues de 10 a 25 años es mayor en la mujer, pero en cuanto a resultados globales persiste el ascenso en el hombre.

Entre los factores que más influyen la mortalidad por tuberculosis están los económicos sociales, entre los cuales se incluye vivienda, vestuario, alimentación, salario, urbanización, profesión, etc. - Ya en 1908 los doctores Geissler y Hoffbauer ponen en relieve el carácter social de la enfermedad al demostrar que las cifras de mortalidad en las clases solventes era de 18 a 20 por 10,000, en cambio en las económicamente débiles alcanzaba a un 78/10,000 y con este criterio el dr. Hoffbauer estableció 2 grandes grupos de tuberculosis:

I - La tuberculosis de las clases favorecidas y socialmente protegidas que denomina tuberculosis basal y II la tuberculosis de los menos favorecidos dominados por una supermortalidad en donde la miseria y debilidad económica concurren para mantener cifras altas de mortalidad y que llama tuberculosis adicional.- Como ya se ha dicho anteriormente en los países de gran capacidad económica la tuberculosis adicional ha ido descendiendo hasta desaparecer transformándose en una endemia con una mortalidad de 6 a 8 por 10,000. - Con este conocimiento se inicia una nueva terapéutica para combatir la tuberculosis poniendo en movimiento todas las medidas de mejoramiento general. Y es así como se comprobó que la morta-



lidad está en relación con el standard de vida de los pueblos; vivienda y alimentación. La primera guerra mundial vino a corroborar esto al demostrar como los países más afectados por el bloqueo económico y que tuvieron más padecimientos a consecuencia de la escasa alimentación fueron presa de una interrupción en el descenso de la curva de morbimortalidad (Bottstein).

Formas de atacar la enfermedad á aspecto médico social.-

Dado el doble carácter social y epidémico de la enfermedad son dos las practicas a seguir para detener su marcha destructora y efectuar una verdadera lucha antituberculosa: detener su propagación con la adopción de medidas generales de mejoramiento económico social y la creación de medios directos de lucha antituberculosa representados por el dispensario.- Puntualizando, el tratamiento de la tuberculosis debe considerarse bajo los aspectos médico y económico social.

Aspecto médico.- El tratamiento médico o acción específica debe estar a cargo exclusivamente de técnicos, esto persigue la lucha especializada en contra de la enfermedad por medio de recursos preventivos y curativos.- Generalmente al médico le corresponde colocarse unicamente en el aspecto curativo dejando la realización del transcendental aspecto social a cargo de los organismos dirigentes del país y de las instituciones a que pertenecen.

Una organización antituberculosis racional exige un centro de acción especial y este organismo central es el

dispensario o policlínico según el tipo Calmette establecido en Francia en 1816.- Su primera preocupación es 1) pesquisa precoz y distribución de los tuberculosos manifiestos, según su índice de recuperabilidad al hospital o sanatorio y determinación de la actividad o evolutividad características contagiantes del bacilar avanzado, 2) vigilancia domiciliaria del enfermo, enseñanza sanitaria y propaganda como proyección de la labor dispensarial hacia el núcleo familiar del fímico a cargo de enfermeras especializadas, 3) inter-relación con los demás organismos de profilaxis e institucionales enviando al adulto tuberculoso al hospital o sanatorio y al sospechoso infantil que necesitan un estímulo de las defensas orgánicas, a los preventorios.

Todo hospital puede organizar un dispensario antituberculoso que permita el diagnóstico precoz de la enfermedad, el tratamiento de los casos ambulatorios y disponer de locales de hospitalización.- Por supuesto que para tal objeto es indispensable que los establecimientos hospitalarios posean un equipo normal y dispongan de una amplitud económica suficiente.

En Chile prácticamente no hay una lucha organizada contra la tuberculosis, siendo uno de los vacíos más notorios el escaso número de dispensarios antituberculosos; hay esfuerzos parciales e inconexos; Beneficencia cuenta con su dispensario de San José y la Caja de Seguro Obrero con sus policlínicos N.º 1 y N.º 2, pero falta la base que es la

unidad de acción mantenida y dirigida por un organismo único que en este caso debía provenir directamente del Estado.

El policlínico o dispensario necesita de todos los recursos modernos para el diagnóstico: clínicos, radiológicos y de laboratorio y debe estar a cargo de tisiólogos realmente especializados. Sus elementos de encuesta médica y social deben ser perfectos para disponer en todo momento de cualquier dato relativo a la vida que lleva el obrero, en su casa o taller y las personas de su familia o que con él conviven y que están expuestas a contagio, a los menores que deberán ser recogidos y colocados en caso de hospitalización de los padres y, en fin, todos los factores del foco tuberculoso y que permitirán hacer las reparaciones médico sociales correspondientes.

El dispensario se dedicará secundariamente al tratamiento, pues solo hará una farmacoterapia mínima de urgencia o casi puramente sistémica. Debe continuar con los neumotorax iniciados en los hospitales o sanatorios y otras intervenciones indispensables y compatibles con el régimen ambulatorio. Por sobre todo el dispensario será el gran centro de diagnóstico y distribución de enfermos a los establecimientos destinados realmente al tratamiento de la tuberculosis pulmonar.- Estos organismos se podrá separarlos en, preventivos, de tratamiento y de readaptación.

Preventivos.- Son como su nombre lo indica preventivos ubi-

caídos en lugares tranquilos y apartados de los grandes centros poblados que reúnen todas las condiciones higiénicas y están destinados a recibir a los convalecientes de enfermedades debilitantes que egresan de los hospitales o que estaban en sus hogares durante el curso de su afección. Son controlados periódicamente y especialmente al abandonar el establecimiento por el médico. Esto significa una considerable economía al evitar enfermedades crónicas de marcha lenta, general<sup>mente</sup> hacia la invalidez. Entre estos preventorios se encuentran los destinados a la atención de los hijos de los padres tuberculosos especialmente los de segunda infancia, expuestos al contagio de sus progenitores. Como se comprende, para las Cajas de Previsión significa una gran economía las medidas de profilaxis dirigidas al niño futuro obrero o empleado, ya que de su organismo fortalecido o debilitado dependerá el futuro rendimiento en el trabajo. En estas instituciones, además de mantener a las personas en constante exposición al aire libre, se les da instrucción primaria y física adecuadas.

Organismos de tratamientos - hospitales especiales.- Donde el tuberculoso en todas sus formas clínicas es observado y sometido a los tratamientos necesarios o intervenciones como son: neumotorax, frenicectomía, toracoplastia, etc. y cuando el proceso pulmonar inicia su retroceso o se detiene se le envía a otros establecimientos para que siga allí su cura de reposo y estos son los hospitales sanatorios y sanatorios que están situados en los alrededores de las grandes ciudades especialmen-

te en las de clima seco. Están destinadas al tratamiento de todas las formas de tuberculosis pulmonar. -El hospital sanatorio cuenta con todos los modernos recursos quirúrgicos que permitan realizar las diversas intervenciones sobre el tórax, como también los tratamientos médicos colapsos~~er~~rápidos y las curas de reposo que actúan eficientemente sobre la enfermedad; constituye el centro primordial de más amplia órbita de acción terapéutica. Aquí se coloca al enfermo bajo un régimen de estricta disciplina y son sometidos previamente una selección cuidadosa; no se admite ninguna forma grave, pues todos los que allí ingresan deberán estar en trance de recuperación. Debería también tomarse muy en cuenta las condiciones de carácter del paciente y rechazar aquellos cuyas condiciones de temperamento indisciplinado no congeniarán con la vida dentro de la institución y además haría peligrar la estabilidad y la disciplina de los demás pacientes. El enfermo que ingresa debe renunciar a su libertad individual y someterse sin restricciones al régimen interno.

El sanatorio es similar al hospital sanatorio y actúa igual que este con atención completa de laboratorio, servicio dental, radiología etc., pero es esencialmente un centro de reposo, ya que la base de la cura es el reposo, generalmente para las intervenciones quirúrgicas los enfermos son trasladados a los hospitales. En estos sanatorios se hace activa labor sanitaria y laborterapia, además cuentan con escuelas, bibliotecas, radios, etc., o sea todo lo que puede hacer más llevadera

la estada en el sanatorio.

Finalmente tenemos los organismos de readaptaciones donde se prepara a los egresados de los establecimientos de tratamiento y de reposo clinicamente sanos o crónicos a un trabajo suave y progresión controlado por un médico, lo que permitirá que el individuo se vaya a acostumbrando sin peligro a un régimen de trabajo al cual ya no estaba acostumbrado.

CURA DE REPOSO.-En general la fama de toda buena terapéutica antituberculosa, ya sea en hospitales, sanatorios o en el domicilio está representada por la cura de reposo que es un tratamiento general que coloca al organismo en las mejores condiciones para la lucha contra la marcha invasora y progresiva de la enfermedad. En épocas en que eran aun desconocidos los métodos actuales destinados al colapso del pulmón fueron muchas las personas que curaron de tuberculosis solo con el hecho de hacer un reposo que estaba muy lejos de ser perfecto y es así como en Grecia, anterior a Hipócrates ya se curaba a los tuberculosos con métodos especiales que eran en sí formas imperfectas del régimen de reposo actual. Fue en Inglaterra donde se llevaron a cabo los primeros ensayos sistematizados a base de la cura higiénico dietética en un medio cerrado para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Con este fin se creó en Londres en 1814 el 1er. Hospital destinado exclusivamente a esta forma de tuberculosis y en 1865 Henry Mac-Cormac publicó sus conceptos sobre la importancia del reposo en la curación de la tuberculosis. Y es así como la histo-

ria de la medicina demuestra como la lucha antituberculosa ha ocupado siempre un lugar preponderante y que ha sido el reposo desde tiempos inmemorables la base de toda terapéutica antituberculosa.

El concepto antiguo de cura de reposo se limitaba solamente a la recuperabilidad de formas mínimas o dudosa evolución, en cambio el concepto actual se amplía ya que abarca todas aquellas formas que permitan al fisiólogo un pronóstico favorable en lo referente a recuperación o supervivencia del enfermo.

El auge de la tisiocirugía y, de otros modernos métodos empleados en el tratamiento activo de la tuberculosis hicieron pensar a algunos autores que desaparecería la cura de reposo, pero experiencias posteriores les demostraron que seguiría prevaleciendo y no solo como base del tratamiento, sino también como el eje de la lucha antituberculosa de un país. Y de esta manera es como en los tiempos presentes demuestran que la cura del reposo, aunque asociada con la cirugía u otros modernos métodos, sigue afirmando el porvenir del tuberculoso.

Cabe sin embargo hacer notar que hasta hace pocos años se llamaba cura o régimen higiénico dietético, ya que se le daba especial importancia a la sobre alimentación y al clima en que se efectuará el reposo, pero en la actualidad la base es el reposo, naturalmente que complementado con una alimentación normal para un organismo sedentario y dese-

echando de plano la sobrealimentación que traería consecuencias más bien nocivas, ya que producirían un mayor trabajo en el organismo y un mayor desgaste y esto es desde todo punto de vista desfavorables al reposo.

Ademas se ha pensado que climas especiales para tuberculosos casi no existen y que cualquiera es favorable al reposo si este se efectúa en lugares ventilados y a resguardo del frio y de los vientos.- De aquí que se principió a pensar en la posibilidad de que se realizara en el propio lugar de los enfermos su recuperación, pero la casi totalidad de los fisiólogos son partidarios de la cura sanatorial, ya que ha demostrado su eficacia con los más altos porcentajes de curaciones y ademas no siempre el domicilio del enfermo ofrece las condiciones necesarias e bien su temperamento o cultura no se responsabiliza de un régimen de reposo libre.

En términos generales la cura de reposo la constituye un conjunto de prácticas higiénicas y alimenticias cuya repercusión favorable sobre la evolución de la enfermedad es conocida desde hace muchos años. Se dice que colocado el paciente en buenas condiciones higiénicas, alimenticias y apartado de toda causa nociva (mala alimentación, preocupaciones, etc.) aumenta las defensas orgánicas, lo que le permite luchar eficazmente contra la enfermedad.- En términos más sencillos ello se consigue favoreciendo los intercambios respiratorios (aireación), reduciendo la actividad física e intelectual (reposo) y administrando una alimentación suficiente, completa y adecuada.



Como se ha dicho anteriormente el reposo es considerado para todos los tuberculosos y debe ser no sólo físico, sino también psíquico e intelectual y sexual. Su acción benéfica ha sido demostrada por la experiencia al evidenciar como retroceden todos los síntomas de impregnación toxibacilar en los pacientes que lo cumplen.

Todo tuberculoso debe ser sometido a reposo, pero la intensidad de este varía según sus lesiones; dos son los tipos principales de reposo.-

Reposo absoluto.- Que se realiza permaneciendo constantemente en cama (Está indicado en las tuberculosis altamente activas y evolutivas y cuando la temperatura es superior a 38 grados.

Reposo mitigado.- En que el enfermo hace sus comidas fuera de la cama, efectuando luego de estas reposo en reposera o cama o sillas especiales, con todos los músculos relajados y en silencio.- Los lugares donde se realice este reposo deben ser aireados y protegidos contra el viento y sol. (Está indicado en pacientes con procesos descretamente activos y cuando su temperatura es inferior a 37,5 grados.

Existen formas de transición entre el reposo absoluto y el mitigado, ya que es imposible pasarse bruscamente del primero al segundo y permitirse la vuelta del paciente a la actividad que realizaba antes de su enfermedad.

Cuando el proceso pulmonar ha reducido su actividad y pasa a ser inactivo se iniciará la curva de entranamiento en las que el enfermo efectuará caminatas a paso lento y a res-

guardo del sol.- Si las lesiones pulmonares han curado o son inactivas está indicado iniciar la cura de trabajo, ya que debe tratarse que el enfermo curado o con proceso bien estabilizado no sea una carga para su familia, ni para la sociedad.

Esta readaptación al trabajo se realiza, ya sea por medio de entrenamiento y perfeccionamiento de su antigua profesión, o bien por el aprendizaje de un nuevo oficio cuando el que el paciente ejercía es inconveniente y perjudicial.- Como se comprende la vuelta a la actividad normal de trabajo debe de ser minuciosamente controlada por el médico.

Es indispensable para el éxito de una curación el cumplimiento riguroso de todas estas normas, aunque sin exageración.

Queda en evidencia que el reposo es la base de la terapéutica antibuculosa, por lo tanto no es necesario en todos los casos que este se efectúe en organismos institucionales adecuados; puede perfectamente realizarse en el domicilio, aunque resulta complejo ya que en el influye múltiples factores económicos y sociales.

La ley 6174 o de Medicina Preventiva contempla en sus reglamentos el reposo domiciliario, el que puede efectuarlo el enfermo no solamente en instituciones especializadas sino también en su propio hogar, siendo para esto previamente visitado el domicilio por asistentes sociales o enfermeras sanitarias de las Cajas de Previsión con el fin de comprobar si cuenta con las condiciones mínimas necesarias para efectuar este reposo sin peligro de agravarse.

Luego que el enfermo está en él se le hacen controles periódicos para saber si cumple debidamente con las indicaciones médicas recibidas y si el reposo lo efectúa en buena forma y con buenos resultados. Además debe controlarse periódicamente en los servicios asistenciales por el médico.- Desgraciadamente la escasez de medios institucionales y de camas en relación con la cifra de tuberculosos existentes hace que no se cumplan estas condiciones, ya que se les concede reposo, preventivo domiciliario a enfermos que no cuentan con las condiciones ambientales mínimas y apropiadas. Además la escasez de personal no permite el control adecuado y sistemático que permita el éxito de la cura. Y es por esto que las experiencias realizadas por algunos autores solo demuestran los escasos resultados de 49% de mejorados en estas condiciones y aún con el consiguiente peligro de contagiosidad de los familiares, por ser mucho de estos enfermos focos abiertos. De manera que el tipo de reposo domiciliario llevado a cabo el Centro de Reposo Lo Franco es una experiencia fundamental y descansa en bases mas firmes, además los resultados que se pueden exhibir hasta la fecha parecen argumentos de toda lógica para que la experiencia se realice en la escala suficiente y con todos los elementos adecuados. - Un tisiólogo está a cargo de la experiencia y debería estar secundado por un equipo de visitadoras sociales y enfermeras sanitarias que efectuaran visitas domiciliarias de control a estas enfermas e informaran al médico de la forma y las con-

diciones en que las enfermas efectúan su cura domiciliaria, pero desgraciadamente la escasez de personal hace que el único contacto con ellas sean los controles médicos que efectúan en el servicio (aunque en caso que se vislumbran retrocesos en la cura se solicita visita especial de las visitadoras existentes en el Centro para comprobar las causas que pudiesen afectar al reposo.)

Hasta la fecha todas las enfermas para cura domiciliaria se han captado en el ambiente sanatorial y deben reunir para ello los siguientes requisitos:

- a) Haber permanecido cierto período de tiempo en el Sanatorio para ser instruidas por los cursos de educación sanitaria.
- b) Haberse efectuado o iniciado el tratamiento activo, si es que el caso lo requería.
- c) Que en su estado sanatorial haya demostrado poseer condiciones de carácter y disciplina que garanticen tanto como sea posible que haran una cura conciente.
- d) Que tengan residencia en la ciudad y que estas residencias cuenten con condiciones económicas sociales favorables.

Y es por esto que considerada así la experiencia reviste desde todo punto de mira caracteres importantes y los resultados positivos obtenidos hacen pensar que la generalización de esta técnica debería extenderse a todos los establecimientos similares, ya que además de dar mayor capacidad asistencial, trae un ahorro de días-camas sanatoriales.

Aspecto Social o acción inespecífica.- De lo expuesto en la primera parte de este trabajo se desprendió sin lugar a dudas que la tuberculosis es una enfermedad social y es por esto que toda efectiva terapéutica antituberculosa debe contemplar en su plan de ataque este aspecto tan importantísimo.

No se puede dejar por esto de considerar lo enunciado por el doctor Allende en un trabajo de hace algunos años atrás en que decía "que la tuberculosis es una enfermedad social, porque la mayoría de los seres que son atacados por ella viven en grupos densos y solidarios los unos de los otros; su densidad y solidaridad hacen que se sumen a los caracteres biológicos, los caracteres epidemiológicos.- La tuberculosis presenta caracteres especiales originados por el hecho de que la sociedad está dividida en grupos o clases que difieren los unos de los otros por sus medios de existencia de donde dependen los medios de resistencia de la enfermedad. A la tuberculosis que es una enfermedad social corresponde una higiene social, que es una higiene de masas, donde la aplicación de ella no puede estar asegurada por el individuo ni la familia; una higiene que teniendo como punto de vista las desigualdades económicas de los individuos desde el momento que existen ricos y pobres compensa la diferencia de clases". De estos conceptos deduce el doctor Allende la importancia y transcendencia de la tuberculosis socialmente considerada, enfermedad que

ataca a todas las razas, todas las edades, todas las clases de la sociedad humana y las especies animales que viven cerca del hombre. Dice que ella no sólo extermina al ser humano sino que lo roe y lo diezma y que<sup>de</sup> todas las enfermedades sociales es la que más atenta contra las fuerzas social por excelencia que es el trabajo. Añade además que se considera como enfermedad social, pues su gestación y desenvolvimiento está íntimamente ligado al standard de vida y a las condiciones de trabajo.

Después de considerar lo expuesto se ve que es muy poco lo que hay que agregar al respecto.- Analizando el problema localmente se dirá que Chile es un país que desde su fundación hasta los comienzos del siglo actual a vivido esencialmente de la agricultura y de la minería y sólo desde 1939 se ha producido una corriente de industrialización favorecida en los últimos años por el conflicto mundial, o sea que como país de industrialización reciente pasa por un período de infección máxima, sin que se vislumbre por el momento posibilidades de descenso (mas de 15,000 chilenos mueren al año por tuberculosis). Con el tiempo, es posible anunciar que, esta fase actual de la epidemiología cambiará, pero no es esta la razón para esperar pacientemente que la naturaleza haga el trabajo, sino que hay que tomar un papel activo que acorte plazos y que procure una manera de vida más favorable.

Como se dijo en el párrafo anterior en Chile se pasa por un período de infección máxima y esto se debe a su in-

ustrialización reciente y al bajo nivel de vida existente mala alimentación, mala habitación, hacinamiento, etc., pero también hay que mencionar un factor al cual el dr. Viel da principal importancia en su panorama epidemiológico chileno" y es el factor racial, o sea una formación etnológica que representa la mezcla de una raza europea fuertemente resistente a la enfermedad con una raza aborígen fuertemente susceptible.

Considerando lo dicho es importantísimo la lucha inespecífica o acción social y esta debe estar caracterizada por el mejoramiento social y económico de las clases populares y debe realizarse mediante la higienización de las habitaciones y talleres, modificación del régimen de salario, adaptándolo al costo de la vida, disminución de las horas de trabajo, aprovechando el perfeccionamiento de la máquina, aumento de las horas de reposo y esparcimiento que permitan al obrero reponer sus desgastes y cultivar su espíritu. Clínicas de orientación profesional, higiene de la alimentación (pasteurización de la leche y examen de los alimentos manipulados) y obtención de las calorías necesarias a la vida del hombre de trabajo. Leyes de previsión y reforma de la ya existente.

Debe concedersele también principal atención a ciertas medidas de tendencia netamente preventivas y son: defensa de las generaciones por venir; atención al binomio madre y niño, vigilar a este desde el nacimiento hasta la edad pre escolar; organizar un mayor número de jardines

infantiles, Settlements, colonias de vacaciones, y escuelas maternas. Mejorar las leyes de protección a la infancia.

Resumiendo, hay que hacer intervenir todo aquello que va a determinar un mejoramiento del standard de vida de los habitantes. Y todo el conjunto de factores expuestos pueden hacer una realidad la higiene social o de las grandes masas y que no existan clases sociales frente a la enfermedad.

Enfocando así la acción social en la lucha antituberculosa es de fácil comprensión que es el Estado quien puede emprender esta lucha o solucionar estos problemas, pues es función de él vigilar la vida y bienestar de sus habitantes, principales exponentes del progreso de un país, y comprobando el obstáculo que representa la tuberculosis para la normal existencia de los ciudadanos tome, por fin, la directiva en la lucha, permaneciendo en contacto directo y relacionado con las instituciones y organismos asistenciales que intervienen en ella; y la profilaxis debe ser dirigida principalmente aquellos grupos sociales cuyo mayor riesgo a enfermarse es de toda evidencia.

En la práctica se ha comprobado que es difícil desarrollar una efectiva lucha antituberculosa si se toman separadamente los aspectos médico epidemiológico y económico social, ya que ambos están íntimamente relacionados y se complementan, siendo imposible considerar uno sin el otro, ya que dirigir los medios de ataque desde



establecimientos asistenciales, sería una lucha costosa, improductiva y esteril sino se le complementa con un combate efectivo contra el mismo ambiente "que engendra, favorece y hace reaparecer la enfermedad" (A. Rodríguez). - Y es por esto que para terminar este capítulo se han dejado algunas consideraciones que revisten ambos aspectos.

a) La lucha antituberculosa en Chile debe constar de una centralización y coordinación de los elementos de lucha, los cuales además de responder a las realidades del medio deben ser proporcionales a la difusión del daño y descansar en una directiva única, en este caso, el Estado, quien debe velar por el bienestar de sus ciudadanos por el solo hecho de haber nacido.

b) La pesquisa de la tuberculosis en etapas precoces es el punto de partida de toda campaña científicamente organizada, de manera que la ley de Medicina Preventiva es la herramienta fundamental de la lucha antituberculosa existente con el examen sistemático de salud y su proyección hacia el enfermo ignorado. Pero esta ley necesita de ciertas modificaciones o resoluciones definitivas o de otras leyes que llenen ciertos vacíos, como es darle importancia al examen de contactos del fímico y al aislamiento del enfermo contagioso.

c) Considerar el grupo familiar como unidad que es necesario proteger, o sea entregar a los servicios médicos y de previsión la atención médico quirúrgica del tuberculoso asegurado y sus familiares sin limitación de plazo de atención.

d) propiciar una política de salarios y viviendas con sentido médico, social a fin de mejorar paulatinamente el standard de vida nuestra clase obrera, corrigiendo los factores indirectos que en la actualidad son terreno propicio para el desarrollo de enfermedades de transcendencia social.

e) La educación sanitaria y propaganda antituberculosa incluyendo en esto la vacunación del anergico son tambien puntos importantes y dignos de considerarse en toda lucha antituberculosa.

CAPITULO II

CENTRO DE REPOSO LO FRANCO



La Caja de Seguro Obligatorio, creada con el solo fin noble de velar por el mantenimiento y recuperación de la salud de sus imponentes, se ha esforzado desde su fundación en aumentar cada día su valioso aporte a la lucha antituberculosa, hasta ahora tan ineficaz dado el enorme número de tuberculosos existentes; gran parte de los cuales están entre sus asalariados, y es así como cuenta en el país con numerosos consultorios y sanatorios, además de la contratación de camas en los servicios de Beneficencia, su oficina de control sanatorial que hace la distribución de enfermos y la coordinación con los servicios de Medicina Preventiva que permite el diagnóstico precoz y todo esto sin contar la lucha indirecta que hace con la creación de colectivos y población a lo largo del país, todo lo cual tiene un rol importantísimo en la lucha antituberculosa.

Como se puede apreciar la Caja ha vivido en un constante esfuerzo por perfeccionar sus servicios a pesar de los recursos económicos siempre limitados que posee para llevar a cabo una lucha más extensiva, como la que sería necesario realizar dado el estado pavoroso de la epidemiología chilena actual y de las altas cifras de mortalidad por tuberculosis entre sus asegurados, las que hace 2 años atrás representaban el 33% de su mortalidad general y de esta manera se calcula que debe existir más o menos 35,000 a 40,000 asegurados tuberculosos en el país y por esto es que quiso realizar una experiencia que estaba dentro de sus posibilidades económicas y

podría implantarse en cualquier parte del país esto es, el reposo preventivo en el domicilio, pero como ya esta experiencia se habrá realizado años atras y con los escasos resultados de 49,5% de mejorados en total se pensó en la creación de un establecimiento donde la enferma permaneciera un lapso mas o menos corto y pudiese recibir el entranamiento necesario que la hiciese responsable de su cura domiciliaria y no significara un peligro para las familias, y de este modo se da a la vida el 20 de Setiembre de 1944 al Centro de Reposo Lo Franco destinado exclusivamente a la atención de aseguradas tuberculosas pulmonares portadoras de formas recuperables y en su mayoría acogidas a los beneficios de la ley 6174.

El Centro de Reposo Lo Franco comenzó oficialmente sus funciones el 27 de noviembre de 1944 y quedó situado en la Población Lo Franco, como una Quinta Normal que es posesión de la Caja.- Su construcción se hizo ~~h~~ semejanza de los mejores Sanatorios extranjeros reuniendo todas las comodidades necesarias que permitan asegurar de antemano la buena atención de las pacientes. Su capacidad es de 250 camas.

Como ya se dijo aparte de ser su objetivo principal el tratamiento de las formas recuperables desempeña un gran papel tambien en la capacitación de pacientes para un reposo domiciliario, pero como es de facil comprensión este propósito ha sido casi imposible exteriorizarlo a todas las egresadas, dada las condiciones de vida deficientes de la clase obrera, su bajo nivel cultural, sus malos hábitos, etc. Tambien es

digno de considerarse su otro objetivo que es la capacitación de enfermas en el aspecto educativo, es aquí donde la educación sanitaria juega un importante papel, ya que crea en la enferma la responsabilidad necesaria frente a su curación y a su familia. Esto además de favorecer la pronta recuperación de la enferma, como se dijo anteriormente es la base del reposo domiciliario.- La instrucción profiláctica de la enferma, el conocimiento de su enfermedad y de los beneficios del reposo, nociones de higiene personal y general y leyes sociales, consta en uno de los puntos principales del programa del Centro de Reposo Lo Franco. O sea que en otras palabras el centro es una escuela de reposo.- Es de fácil comprensión que una enferma egresada del establecimiento en estas condiciones prometerá ser una gran colaboradora para obtener su recuperación y además tendrá menos posibilidades de contagiar.

La dirección del establecimiento está en manos de un médico tisiólogo quien tiene a su cargo el fundonamiento general de todos los servicios, el respeto de los reglamentos, régimen alimenticio, etc., o sea que juntamente con ser un jefe técnico es también administrativo, factor importantísimo en la marcha eficiente del Centro.- Colaboradores de esta buena organización son los médicos de las tres secciones existentes cada una con capacidad para 72 enfermas, los cuales gozan de autonomía dentro de sus propios servicios, pero siempre íntimamente relacionados con la dirección por medio de Comisiones de servicios que funcionan tanto para la parte administrativa

como técnica. Enseguida habría que tomar en cuenta una cuarta sección que podría considerarse como un servicio de convalecencia y entrenamiento progresivo para el trabajo para evitar que la enferma al reintegrarse a él experimente el contraste brusco que significa el cambio de vida de reposo a la actividad a que se ve abocada de inmediato. Todo el entrenamiento está bajo vigilancia médica y casi la totalidad del programa de trabajo está entregado y supervigilado por una escuela de adultos que forma parte integrante del sanatorio y que a cargo del personal competente tiene por objetivo principal combatir el analfabetismo, completar conocimientos elementales y enseñar labores prácticas en relación con la vida misma o sea que podría considerarse como un esbozo de rehabilitación y recapitación como la que se efectúa en los grandes establecimientos ingleses en Papworth y Preston Hall, o mejor dicho representa todo lo que se pueda hacer dentro de los limitados recursos económicos con que se cuenta. Desde hace pocos meses a instancias del Director la enseñanza no solo es para la enseñanza de la sección readaptación, sino que a pasado a extenderse hasta las camas de las enfermas en forma de terapia ocupacional o laborterapia lo que actúa en el espíritu de las reposantes alejándole la idea de los problemas de su hogar y permitiéndole una mejor predisposición al reposo.

Colaboradores del médico frente a esta agrupación hay una enferma y una visitadora que tiene a su cargo la supervigilancia del buen funcionamiento de la escuela y

la atención social de las readaptadas.

1) Hay que considerar también un laboratorio cuya labor fundamental es la investigación del bacilo Koch a cargo de un médico laboratorista. El servicio de otorinolaringología y broncoscopia a cargo de un especialista y el servicio dental a cargo de un dentista.

siguiendo con el personal técnico se dirá que el centro cuenta con un eficiente grupo de enfermeras sanitarias, 2 dististas y una auxiliar de Rayos X. Se debe de considerar también entre el personal técnico el equipo de visitadoras que en número suficiente desempeñan un gran papel en las labores del centro, dado lo cual se las tratará en párrafo aparte.

Cuenta el Centro de Reposo Lo Franco con un eficiente servicio de policlínico en el cual se atiende en controles mensuales a las enfermas en reposo domiciliario y a las externas o sea que ellas recientemente dadas de alta de preventiva, controles alegados y al personal del establecimiento.

Conjuntamente con el personal técnico cabe destacar al personal administrativo y secundario que en una labor efectiva y conjunta han contribuido que el centro de reposo haya sido felicitado por la directiva de la Caja de Seguro Obligatorio por su alto grado de eficiencia y organización en el servicio.

Servicio Social en el Centro de Reposo Lo Franco. - Para



estudiar la labor desarrollada por el Servicio Social en el Sanatorio Lo Franco se puede enfocar en tres aspectos:

a) Frente a una agrupación o colectividad.

b) Frente a la reposante, y

c) Frente al servicio médico y a la institución.

a) Frente a una agrupación o colectividad. - Su labor está especialmente destinada a velar por la integridad moral y por la armónica inter-relación de las reposantes entre sí y de estas con el personal del centro.

Tiene a su cargo la dirección de bienestar y bajo su supervigilancia está el desarrollo de las actividades de grupo, velando por su buen funcionamiento y objetivos.

Colabora además en la educación sanitaria y educación en general, en terapia de readaptación y terapia ocupacional.

Es parte importantísima de su labor el aprovechamiento de las horas libres de las reposantes considerando indispensable las actividades de grupos en general o terapia de readaptación.

Educación sanitaria o sentido de cura sanatorial, incremento del ahorro, hábitos de higiene (enfermas y personal de servicio) son también de su incumbencia.

Frente a la reposante .- Procurar factores que hagan más amena y más provechosa la estada de la enferma en la institución y crear una adaptación conciente al nuevo régimen.

Es además labor importantísima la solución de

los problemas generales o del grupo familiar que pudieren afectar el reposo y la pronta recuperación de la enferma. Se da especial importancia a la atención, vigilancia y colocación familiar de menores en situación irregular.

Son también de absoluta responsabilidad de la visitadora la preparación del hogar y de la reposante para el egreso a reposar preventivo domiciliario y asimismo tiene al estudio de las causas de altas por motivos sociales, fugas, inadaptabilidad, etc.

En lo que respecta a labor-terapia su acción no es menos importante, ya que tiene a su cargo la preparación de la enferma para un cambio de actividad o terapia de readaptación o simplemente la terapia ocupacional que procura la adaptación de la enferma al medio sanatorial y la ayuda a alejar de la mente problemas que pudieren afectar su reposo.

En lo que respecta al problema económico tiene un papel de orientación en la distribución de subsidios y preventivas, prevaleciendo el sentido de previsión para el momento del egreso (ahorro), pero por supuesto tomando primeramente en cuenta las responsabilidades familiares de la enferma.

Frente al servicio médico y a la institución.- Frente a estos dos aspectos su labor es de colaboración y son ambas igualmente importantes y de transcendencia para la buena marcha de los servicios y objetivos del Centro, ináluso el bienestar y buena atención de las reposantes.

De acuerdo con las características expuestas que presenta el servicio social en su labor se puede dividir esta en 2 ramas igualmente importantes. Ya que ambas se complementan, servicio social de caso individual y servicio social de grupo. El trabajo de grupo está en manos de 1 asistente social y su acción se desenvuelve frente al caso individual de la reposante en relación con la vida de grupo y frente a la agrupación o colectividad. Es además libre de aceptar y buscar la cooperación de voluntarios especializados para el desarrollo de su labor. El Servicio Social de caso individual en manos de 3 Asistentes Sociales de esta especialidad y su labor específica es frente a la reposante y a su grupo familiar (solución de los problemas personales y familiares).

La naturaleza del establecimiento, donde la estada de la enferma es más o menos larga permite la realización de un tratamiento social íntegro, contrario a lo que sucede en otros establecimientos de hospitalización y por esto se puede decir que el servicio social contribuye al éxito de la cura sanatorial, aplicando su técnica en beneficio de los objetivos e intereses del Centro.

CAPITULO III

REPOSANTES DOMICILIARIAS DEL  
SANATORIO LO FRANCO.

El estudio comprende 193 reposantes que permanecieron, por lo menos <sup>60 días</sup> en cura domiciliaria. Los requisitos exigidos son los siguientes: a) enfermos que acusan un curso regresivo indudable de su enfermedad pulmonar y b) condiciones económico sociales compatibles con la prosecución de reposo en el domicilio, esto es que tengan un mínimum de posibilidades de proseguir este tipo de reposo.

El análisis que se hace tiene por objeto ver hasta que punto se han cumplido tales objetivos, qué factores merecen reparos, y especialmente evaluar la labor que el servicio Social puede desarrollar en el planeamiento de una experiencia de este tipo y en su desarrollo.

Se ha pensado que los distintos factores dignos de ser estudiados pueden reunirse en dos grupos: a) médicos y b) sociales. El primero, dice relación con la extensión de la enfermedad y algunas características clínicas especiales, por cuanto tienen importancia en el porvenir del enfermo tuberculoso. El segundo grupo relacionado con la realidad ambiente una vez ingresada la enferma a un régimen de reposo libre, factores como la alimentación y el control que se lleva o debiera llevarse de ese reposo.

Para el desarrollo de este estudio nos atenderemos a la siguiente pauta: a) características del material (tanto médicas como sociales) b) tiempo de permanencia en reposo domiciliar, y c) relaciones más importantes de algunos factores con el tiempo y resultados de la cura domiciliaria.

**Material analizado.**- Comprende 193 enfermas que permanecieron por un mínimum de dos meses en reposo domiciliario, con controles mensuales en el servicio.- En los propósitos experimentales, se consideraba junto al examen médico regular un control, ya sea por asistentes sociales o por enfermeras sanitarias, de la forma como el reposo domiciliario se cumplía. Se pensó que un control bien llevado con suficiente personal y un ritmo regular y cercano de visitas permitirán sortear el riesgo de una falta de cumplimiento del reposo lejos de la disciplina sanatorial.

La primera parte de los objetivos se cumplió, no así la segunda, por razones que se desprenderán en el curso del análisis.

1) **Características médicas.**- La distribución del material se hizo según los factores que más salientemente rigen el pronóstico del enfermo de tuberculosis, según lo establecen los distintos autores: extensión de la enfermedad, tipo lesional, persistencia o nó de cavernas y eliminación o nó de bacilos de Koch.- Se sabe que a mayor extensión de la enfermedad más serio es el porvenir de paciente; que ciertos tipos de tuberculosis como las exudativas y mixtas significan también mayor severidad que las formas productivas; que la tuberculosis cavitaria es de mayor gravedad que aquellas sin cavernas y que la eliminación de bacilos es también elemento de juicio para calificar de más grave una tuberculosis.

Según la extensión lesional y siguiendo la cla-

sificación norteamericana en uso en el sanatorio las enfermas pueden distribuirse en la siguiente forma.

Tuberculosis mínimas.....	63 enfermas	.....	32,6 %
moderad. avanzadas	115	"	59,5 %
avanzadas .....	3	"	1,5 %
Pleuresías .....	12	"	6,2 %
	<u>193</u>	"	

Según el tipo lesional la distribución tomando en cuenta la tuberculosis del parenquima pulmonar (quedan excluidas las pleuresias) es la siguiente:

Productivas .....	65
Exudativas .....	8
Mixtas .....	108

En 49 casos se comprobó existencia de cavernas (25,3%) contra 144 casos (74,7 %) en que no existían ulceraciones. En 55 (28,7 %) se demostró bacilos de Koch al exámen directo o en la concentración de la expectoración, mientras que en 138 (71,6%) la bacteriología fué negativa.

2) Características sociales.- Las condiciones económico sociales de la población de hospitalizados pertenecientes a medios proletarios son factores desfavorables para llevar a cabo una experiencia de colocación en reposo en domicilio. Por eso no siempre se cumplieron con estrictez los requisitos exigidos. El estudio de las encuestas sociales para calificar la probabilidad de alta revela las condiciones siguientes:

Condiciones ambientales

Buenas	20 enfermas
Regulares	139 enfermas
Deficientes	30 enfermas
Malas	<u>4 enfermas</u>
	193 %

Alimentación

Suficiente	172	enfermas
regular	18	enfermas
mala	3	enfermas
	193	"

Relación entre extensión lesional y reposo domiciliario. 9

En un primer cuadro se exponen los resultados del reposo en función de la extensión lesional.

Estada media en el domicilio

1)

Mínimas	6,6	meses
Moderadas	6	meses
Avanzadas	9,3	meses
Pleuresía	6	meses

Puede observarse, sin entrar en estudios mas acuciosos de significación estadística, que aquellos enfermos con tuberculosis mínima o moderadamente avanzadas al ingresar al sanatorio, como así mismo las con pleuresía aparecen con un promedio de 6 a 6,6 meses de reposo extrasanatorial, las avanzadas muestran un mayor tiempo de reposo.- Insistimos que todos estos enfermos han sido dados de alta del Sanatorio en "fase avanzada de regresión" ello explica la falta de diferencias apreciables en tiempo de reposo extrasanatorial.- Cabe sin embargo destacar que siempre es notoria una prolongación de ese reposo, cuando la tuberculosis es primitivamente extrema.



2) Resultado del reposo sigue la extensión de las lesiones.-

	N.enferm.		Detenidas		Ap.Deten.		Quiecen.		Agrav.	
Mínima	63	32,6%	34	9%	55,5%	6,3%	3,1%			
Moderada	115	59,5%	25,2%		54,7%	12,2%	7,8%			
Avanzada	3	1,5%			1,5%					
Pleuresía	12	6,2%	66,6%		33,3%					

Estada media en el domicilio

3)

Productivas	6 meses
Exudativas	6 meses
Mixtas	6,2 meses

Estada media en el domidlio

4)

Cavitarias	6,3 meses
No cavitarias	6,1 meses

Los dos últimos cuadros reúnen los resultados atendiendo a la forma clínica de las lesiones.

La presencia o.nó de cavernas no se comentan porque se desprende de su lectura que no hay diferencia en el promedio de reposo, la explicación está una vez en la condición de alta sanatorial. Este período de ensayo de reposo a conducido a extremar las precauciones y optar por la salida de la paciente del sanatorio en las etapas finales de la cura.

a) Condiciones ambientales.- Para este estudio sirvió de base la vivienda y se dividió en buenas, regulares, deficientes y malas, tomando de punto de partida las clasificaciones siguientes:

Condiciones ambientales buenas: Casa independiente en buenas condiciones de salubridad. Servicios higiénicos en buen estado. Agua potable y luz eléctrica.

Pieza de la reposante.- Bien orientada, independiente con cama individual, pisos limpios o encerados y cielo de madera, paredes pintadas o empapeladas, ventilación suficiente y ropa de cama necesaria.

Condiciones ambientales regulares: Casa en cité o pieza subarrendada en casa particular o cité. Pisos de madera, paredes enlucidas, luz eléctrica, agua potable, servicios higiénicos en regular estado y alcantarillado. Pieza de la reposante generalmente compartida con otra persona, cama individual.

Condiciones ambientales deficientes: Pieza subarrendadas en cité o conventillo o casa tipo mejora, a veces sin alcantarillado ni luz eléctrica.- Pieza de la reposante en regulares condiciones de salubridad, estrecha; buena iluminación y ventilación suficiente, piso de tierra o de madera en mal estado, compartida con varias personas, generalmente aglomeración por pieza. Cama individual.

Condiciones ambientales malas: Habitación tipo mejora, a veces en poblaciones "callampas" construidas de adobes o

material lijero. Sin alcantarillado ni luz electrica, pisos de tierra; generalmente una pieza para toda la familia, estrecha y mal ventilada. Aglomeración por pieza y por lecho. Con este criterio la distribución de las reposantes domiciliarias pueden esquematizarse en el cuadro siguiente:

		Estada media
Buenas	20 enfermas	5,3 meses
Regulares	139 "	6,4 "
Deficientes	30 "	5,5 "
Malas	4 "	4,2 "

Como puede observarse solo en 20 enfermas se cumple el primer requisito, en 139 la vivienda es regular y mala en 34 sin embargo el ritmo de mejoría sanatorial permite intentar la adopción de la cura libre.

b) Condiciones de la alimentación : Mientras no se adopte un criterio de mayor estrictez para el estudio nos ha parecido que la alimentación constituye el segundo patron con influencia en el reposo post sanatorial.- La alimentación se calificó en suficiente, regular y mala, basándose en las siguientes clasificaciones.

Suficiente: Desayuno y onces, café o té con leche y pan con mantequilla o queso. Almuerzo: dos platos generalmente cazuela y un segundo plato de legumbres, farináceos o verdura de la estación. En la noche la cazuela es reemplazada por caldo y lo demás se recalienta. Asado o huevos en forma ocasional. Pescado una vez cada 15 días. Consumo re-

gular de leche.

Regular: Desayuno y onces café o té con leche y pan.

Almuerzo, un plato ya sea cazuela y la carne y la papa con ensalada o un guiso de legumbres o farináceos. Comida, se sirve lo que queda del almuerzo. Consumo de frutas y huevos en forma ocasional.

Mala: Desayuno y onces, té o café puro con pan.

Almuerzo, un plato de legumbres. Comida, sopa de fideos y una ensalada o lo que queda del almuerzo recalentado.

No hay consumo de leche. Frutas y huevo muy rara vez.

La distribución destaca lo siguiente:

		Estada media
Suficiente	172 enfermas	6,1 meses
Regular	18 "	6,1 "
Mala	3 "	5 "

En su mayor parte el presente estudio es retrospectivo, de tal manera que la calificación de factores que tienen influencia en el reposo se ha debido limitar a los más destacados en las encuestas sociales respectivas.- Resulta obvio decir que en encuestas dirigidas a objetivos más precisos, en relación con el problema que se estudia, permitiría obtener elementos de juicio de mayor valor.

No se tomó en cuenta los ingresos monetarios del grupo familiar que habrían servido para correlacionar la vivienda y alimentación, porque el dato no aparece consignado en forma que no admita dudas.

CAPITULO IV

ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

a) Importancia de la experiencia:

Tiene importancia médico económico social, ya que amplía el campo asistencial del establecimiento procurando atención a un mayor número de enfermas y con una economía considerable de más camas sanatoriales a la Institución.

b) Factores que la favorecen: Importancia psíquica que tiene en la recuperación de la enferma el hecho de estar en su hogar, lo que la hace sentirse mejor y le crea una atmósfera de mayor comprensión favorable a su tratamiento.

c) Factores que la dificultan: Factores sociales como la escasez de habitaciones en buen estado que permitan a la enferma contar con condiciones favorables a su recuperación, mala alimentación, etc.

Malos hábitos arraigados en el pueblo y falta de responsabilidad moral y material ante su recuperabilidad.

Tendencia nómada que hace que constantemente estén cambiando de vivienda lo cual dificulta la labor del personal que las controla.

Escasos medios económicos que permitan el mantenimiento de personal para el control adecuado de estos reposos.

d) Posibilidades de mejorarla: Existen enorme posibilidades de mejoramiento de la experiencia, si el conocimiento de esta y sus buenos resultados llegan hasta los

organismos dirigentes de la Caja y permite que se interesen en proporcionar los medios para llevarla a cabo en forma más extensiva y completa.

e) Servicio social en el reposo domiciliario: En realidad la labor desarrollada y a desarrollar en esta experiencia por la Asistente Social es de suma importancia, ya que en primer lugar tiene a su cargo desde que la enferma ingresa al establecimiento su educación sanitaria y la de sus familiares con miras a un futuro reposo domiciliario. Es ella quien debe dar a conocer a la enferma y su grupo su enfermedad y hacerla ambientarse a un método nuevo de vida como es la cura de reposo.

Es ella quien visita los hogares y da a conocer al médico si las condiciones ambientales del enfermo son favorables al reposo y luego después controla periódicamente a la enferma en su domicilio con el fin de comprobar si cumple con lo prescrito. Desgraciadamente esto último no lo realiza en forma continuada debido a que no hay personal destinado a esta experiencia.

### CONSIDERACIONES FINALES

Se ha hecho un estudio preliminar de una experiencia en marcha en el Sanatorio Lo Franco destinado a ver las posibilidades de colocación ~~en~~ reposo domiciliario de un grupo de enfermas acogidas a la Ley 6174. Los objetivos serían acortar la estada sanatorial, ampliando la capacidad asistencial de un sanatorio de ubicación suburbana, con control periodicos de estas reposantes tanto médicos como sanitarios y sociales.

El presente estudio es de tipo retrospectivo, por lo cual no se presta a conclusiones definitivas. Sin embargo es posible destacar algunos hechos que permitirían un planeamiento sobre bases mas valederas de una experiencia futura. Los hechos que han parecido más llamativos - en este estudio, que, repetimos, es preliminar e imperfecto - porque los datos recogidos no habian sido tomados con pautas dirigidas o pre establecidas - pueden agruparse las siguientes formas:

1.- Una buena proporción de enfermas acogidas a la Ley 6174 pueden prolongar su cura de reposo en su propio domicilio representando un menor coste para las instituciones que hacen luchas antibuberculosis y permitiendo que las camas sanatoriales puedan ser destinadas a otras enfermas con mayor rigurosidad en su enfermedad.

2.- Estas enfermas colocadas en reposo domiciliarias precisan tener junto <sup>o</sup> características clínicas determinadas con-



- diciones ambientales sujetas a requisitos bien definidos.
- 3.- Condiciones de alimentación y vivienda; ubicaciones en sectores controlables por servicios de asistentes sociales y enfermeras sanitarias; número de estas profesionales que haga posible una vigilancia cerama y correcta parecen ser las bases elementales.
  - 4.- El servicio social juega un rol de primer orden y cuya responsabilidad necesita ser estudiada y calificada con la mayor estritez para determinar las características y requisitos sociales que permitan con relativa seguridad de éxito esta prosecución del cura sanatorial.
  - 5.- El servicio social además debe cuidar la preparación social, psicológica y sanitaria del medio ambiente familiar desde el ingreso al centro de reposo con miras a esta colocación post sanatorial.
  - 6.- La experiencia llevada a cabo en el sanatorio Lo Franco destaca estadísticamente las ventajas de proseguirla con personal y medios adecuados y con una organización propia.
  - 7.- Cabe dejar constancia sin embargo que los resultados favorables ahora obtenidos se deben en mucho al estado de avanzada mejoría clínica en que han sido dada de alta las enfermas.
  - 8.- Conocidas las condiciones desfavorables de vivienda, alimentación, factores complementarios, condiciones de cultura y responsabilidad de los pacientes frente a la enfermedad es conveniente pesar los factores favorables y des-

favorables de los cuales depende su éxito o fracaso. Se cree que los datos aquí presentados servirán para crear un criterio uniforme a las asistentes sociales y conceder a esta experiencia la importancia que realmente tiene.

9.- Dentro de estas consideraciones, se insiste, que el presente trabajo no tiene otro objetivo que fijar hechos cuya interpretación solo sería posible con nuevos estudios, dirigidos.

UNIVERSIDAD DE CHILE  
SEDE SANTIAGO ORIENTE  
BIBLIOTECA CENTRAL

## B I B L I O G R A F I A

- Allende Salvador.- "La realidad médico social chilena".-  
Imprenta Lathrop, 1939
- Delgado Antonio .- "Control de la tuberculosis en la  
masa obrera" Tesis 1944.  
Imprenta Gutemberg
- Goldberg Benjamin.-"Tuberculosis clínica"  
Barcelona 1942
- Ulrici Helmuth .-"Diagnóstico y tratamiento de la  
T.B.C. pulmonar y laringea"  
Editorial Labor, 1935.
- Viel Benjamin .-"Epidemiología de la tuberculosis"  
Imprenta Universitaria, 1946.
- Rey Amadeo,  
Panga Julio C.,  
Massé Raul .-"Tratado de fisiología".  
Editorial El Ateneo.B. Aires, 1941.-
- Bravo Alfredo .-"La lucha contra la tuberculosis y  
nuestras leyes de previsión"  
Boletín del Ministerio de Salubridad,  
Previsión y Asistencia Social.- 1945.
- Rodríguez Arturo .-"Estudio médico social en egresados  
clínicamente sanos de la cura sana-  
torial". - Tesis 1935.  
Imprenta Universitaria.
- Pacheco Dora .-"Tratamiento del tuberculoso en su  
domicilio y el servicio social en los  
sectores 1 y 6.- U.S.C.Normal.Tesis 1946

## INDICE

	Págs.
INTRODUCCION , , , . . . . .	
CAPITULO I -Problema.de.tuberculosis como enfer- medad epidémica. . . . .	1
CAPITULO II-Centro de Reposo Lo Franco . . . . .	25
CAPITULO III-Reposantes domiciliarias en el Sanatorio Lo Franco . . . . .	32
CAPITULO IV -Análisis de los resultados . . . . .	40