

Ministerio de Educación Pública  
Escuela de Servicio Social  
SANTIAGO



Importancia del aspecto económico-social en relación con el  
factor contagio intrafamiliar, en el desarrollo de la  
Tuberculosis en el Ejército (personal de tropa).

Memoria de prueba para  
optar al título de Asistente  
— Social del Estado —

HERMINDA MONARES S.

1942

Trab. social

M 735

1942 / C-1

Ministerio de Educación Pública

Escuela de Servicio Social

SANTIAGO



Importancia del aspecto económico-social en relación con el factor contagio intrafamiliar, en el desarrollo de la Tuberculosis en el Ejército (personal de tropa).



00682

Memoria de prueba para optar al título de Asistente Social del Estado

Esta Memoria fué calificada con 20 puntos frente a un máximo de 21 puntos.

HERMINDA MONARES S.

REGISTRO N° [handwritten]

REGISTRO N° [handwritten]

1942



UNIVERSIDAD DE CHILE SEDE SANTIAGO ORIENTE BIBLIOTECA CENTRAL



## SUMARIO

- 1.- Introducción
- 2.- Capítulo I  
Análisis del grupo familiar
- 3.- Capítulo II  
Generalidades sobre T.B.C. como aspecto Médico-social.
- 4.- Capítulo III  
Aplicación de la Ley 6501 sobre Medicina Preventiva en el Ejército.
- 5.- Capítulo IV.  
El Salario
- 6.- Capítulo V  
El Trabajo
- 7.- Capítulo VI  
Alimentación
- 8.- Capítulo VII  
Habitación
- 9.- Capítulo VIII  
Vestuario
- 10.- Capítulo IX  
Recreaciones
- 11.- Capítulo X  
Alcoholismo
- 12.- Capítulo XI  
Estudio del valor que representa el factor contagio en la tuberculosis intrafamiliar.
- 13.- Conclusiones.

## INTRODUCCION

## I

Siempre se ha considerado la T.B.C. como una enfermedad social en estricta relación con la pobreza, bajo standard de vida, malas condiciones sanitarias, etc.

Efectivamente, todos los trabajos no han hecho más que confirmar esta impresión y los autores han recomendado como solución fundamental en la profilaxis antituberculosa, el mejoramiento de las condiciones de vida de las clases proletarias. Con el avance de la civilización y el mejoramiento de las condiciones de vida en general, en todas partes se ha observado en el presente siglo una declinación de la mortalidad, sin que seamos capaces hasta el momento de decir si este se ha debido exclusivamente a las mejores condiciones ambientales, al aumento de las resistencias de las poblaciones a través de siglos de infección o al control sanitario desarrollado en forma gigantesca en toda Europa y en especial en E.E. U.U. de América.

Personalmente creemos que la combinación de todos estos factores y no uno sólo aislado es la causa de la declinación de la mortalidad tuberculosa.

Nos impresionó profundamente la lectura de trabajos recientes que aparentemente son revolucionarios dentro del concepto que nos habíamos formado de la T.B.C. Efectivamente, publicaciones del Dr. Benjamín Viel en Chile, demuestran que la morbilidad tuberculosa en empleados particulares acogidos a la Ley de Medicina Preventiva, no guarda ninguna relación



aparente con el standard económico social y que lo que parece jugar un gran rol es el contagio tuberculoso intrafamiliar, ya que la incidencia tuberculosa era, mucha más alta entre los contactos de un enfermo, que entre contactos de personas sin lesión, o sea la población en general.

(1)  
Manuel de Abreau, eminente radiólogo brasilero, después de efectuar 500 mil radiografías en diversos ambientes brasileros concluye diciendo que, aparentemente, no guarda ninguna relación la morbilidad tuberculosa con el aspecto económico social y que es más bien un problema epidemiológico de contacto pasivo, lento, generalmente intrafamiliar, y que la profilaxis antituberculosa no sólo debe ir a mejorar el factor terreno, sino también a evitar por todos los medios posibles el contagio tuberculoso, aislando los casos abiertos, tratándolos precozmente, etc. Naturalmente, Abreau reconoce que la recuperabilidad del tuberculoso, sí que está en estricta relación con el standard económico social ya que en las clases altas esta asciende a un 80% y en las clases proletarias solo a un 20%. Esto es fácilmente explicable por la mejor atención médica, reposo conveniente, alimentación adecuada, etc. etc.

Pero es en E.E. U.U. a partir de 1930, donde se comienza a estudiar estadísticamente en forma minuciosa el factor contagio en la morbilidad tuberculosa en las poblaciones en general. Y todos los trabajos, algunos publicados apenas hace meses solo confirman un hecho: los contactos de tuberculosos presentan 20 veces más lesiones pulmonares que el promedio normal, en el cual la incidencia no es mayor de 1 a 2%



A insinuación del Dr. Hernán Urzúa, hemos querido investigar, qué importancia tiene el factor contagio en 30 familias de miembros del Ejército, en las cuales el jefe del hogar es un tuberculoso conocido. Naturalmente que para poder sacar alguna conclusión, elegimos también 30 familias en las cuales no se conocía ningún tuberculoso. El medio económico social de las 60 familias es prácticamente igual, y hemos hecho encuestas en este sentido con la mayor exactitud posible.

El estudio de los contactos, tanto de enfermos como de sanos, se ha hecho a base de radioscopia de torax, para lo cual hemos contado con la colaboración entusiasta de la Medicina Preventiva del Ejército.

Comprendemos que el número de familias no es suficiente como para sacar conclusiones definitivas, pero, al menos nos permite formarnos una impresión del papel que juega el factor contagio y los factores económico-sociales en la morbilidad tuberculosa dentro del grupo en estudio.

En la práctica hemos tropezado con grandes dificultades para hacer el control de los contactos, especialmente en aquellos en cuyas familias no hay ningún enfermo conocido, ya que muy pocas personas conciben todavía la utilidad de hacerse exámenes de salud cuando no se siente ningún signo anormal.

Nuestro trabajo nos confirma la idea que tuvimos al iniciar esta tesis, ya que en igual ambiente la tuberculosis es mucho más frecuente en un medio intrafamiliar donde existe un bacilífero que contagia y al cual no se le aísla ni se le trata.-



### SUJETOS DE ESTUDIO

Como sujetos de estudio se tomaron 30 individuos del personal de tropa de la guarnición de Santiago, de un total de 201 acogidos a la Medicina Preventiva del Ejército; desde el mes de Noviembre de 1941 al mes de Septiembre de 1942, a los cuales se exigió como condición, el que tubieran carga de familia y cuyo grupo familiar no fuera inferior a 3.

Al hacer la elección de estos 30 individuos se eliminó de hecho a los conscriptos y al personal de tropa perteneciente a Unidades de Provincia, estimando que la permanencia de los primeros en el Ejército, es muy corta y que a los segundos era difícil conocer su verdadera situación económico-social por no tener su residencia en Santiago.

Como ya hemos dicho en la Introducción, con el objeto de establecer comparaciones y hacer más completo el estudio, se tomaron también 30 individuos del personal de tropa del Ejército no acogidos a la Medicina Preventiva por encontrárseles sanos.

### INSTRUMENTO DE MEDICION

Se tomó como instrumento de medida una encuesta social, en la que se consideraron una serie de factores que nos parecieron de interés para el estudio que pretendimos hacer.

A continuación exponemos una copia del formulario standard que se empleó.

ENCUESTA SOCIAL

Nombre.....Edad .....E. Civil .....

Domicilio ..... Unidad .....Grado.....

GRUPO FAMILIAR

	Nombre	Edad	E. C.	Profesión	Salario	Instrucción	Salud
Padre	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Madre	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Hijos	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	7	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	8	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	9	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Personas allegadas	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

OBSERVACIONES:

Antecedentes de contagio T.B.C.

Hábitos, costumbres, moralidad, (bebe, juega)

Entretamientos (cine, sport)



OBSERVACIONES, ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

TRABAJO

Liviano  
Pesado

Físico  
Intelectual

ALIMENTACION

Desayuno  
Almuerzo  
Calidad  
Cantidad  
Coste

a) diario

Oncas

Comida

b) mensual

HABITACION

Barrio

Tipo de la Vivienda

Nº de plazas

Nº de personas por plazas

Nº de casas

Nº de personas por casas

Ventilación

Iluminación

Alumbrado

Piso

Barrillas

Alcantarillado

Agua

V. C.

Baño

Cánon §

CONDICIONES DE HIGIENE

a) Salubre

b) Medianamente salubre

c) Insalubre

Juicio de la A. Social

VESTUARIO

Suficiente

de casa

Insuficiente

personal

Higiénico ?

Adquirido a) de tra. mano

Antihigiénico

b) Usado.

PRESUPUESTO FAMILIAR

Entradas Fijas \$  
" Variables \$  
" Total \$

Gastos: Fijos \$  
" Variables \$  
" Total \$

DIAGNOSTICO SOCIAL

Problemas que presenta el caso

TRATAMIENTO SOCIAL

DIAGNOSTICO MEDICO

TRATAMIENTO MEDICO

Nº de familiares por examinar.



## CAPITULO I

Comenzaremos este trabajo, haciendo un estudio sobre to do lo relacionado con el grupo familiar del personal de tropa de la Guarnición de Santiago en 1942, analizado en la siguiente forma: número de personas de que se compone la familia; número de hijos vivos y muertos; causas de fallecimiento; edad del fallecimiento, grado de instrucción de los componentes de cada familia, etc. etc.

Número de miembros de que se compone un grupo de 60 familias del personal de tropa de la Guarnición de Santiago, en 1942.							
30 familias de sanos				30 familias de enfermos			
N° de personas por familia	N° de casos	Por ciento	Total de personas	N° de personas por familia	N° de casos	Por ciento	Total de personas
3	8	27	24	3	8	27	24
4	11	36	44	4	10	33	40
5	2	7	10	5	4	13	20
6	5	16	30	6	4	13	24
7	2	7	14	7	1	3	7
8	0	-	-	8	1	3	8
9	2	7	18	9	1	4	9
10	-	-	-	10	1	4	10
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>140</b>	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>142</b>

El total de personas que forman las 30 familias de sanos y de enfermos es de 140 y 142, respectivamente.

Según el cuadro estadístico vemos que el grupo familiar.

más alto entre las familias de sanos, es de 9 personas por familia, y entre las familias de enfermos, es de 10 personas por familia. El promedio alcanza a la cifra de 4,66 personas por familia en el grupo de sanos, y 4,73 en el grupo de enfermos, número bastante alto si consideramos que la situación económico-social del personal en estudio, es en general deficiente.

Veremos ahora el número de hijos vivos que han tenido las familias estudiadas.

Número de hijos vivos en un grupo de 60 familias de personal de tropa de la Guarnición de Santiago, en 1942.						
Matrimonios	Entre sanos			Entre enfermos		
	N° de casos	N° total de hijos vivos	Por ciento	N° de casos	N° total de hijos vivos	Por ciento
Con 0 hijos	1	0	3,3	2	0	6,7
" 1 "	9	9	30,0	9	9	30,0
" 2 "	9	18	30,0	7	14	23,3
" 3 "	3	9	10,0	5	15	16,7
" 4 "	2	16	13,4	3	12	10,0
" 5 "	3	15	10,0	1	5	3,3
" 6 "	0	0	-	1	6	3,3
" 7 "	1	7	3,3	1	7	3,3
" 8 "	0	0	-	1	8	3,4
Totales	30	74	100	30	76	100



En general se observa que el número de hijos vivos por familia no es muy elevado, lo que probablemente se deba a la situación económica deficiente, la que induce a veces a los matrimonios a limitar la prole mediante el uso de anticoncepcionales o el aborto, dato este difícil de obtener con exactitud debido a que la mayoría de las esposas niegan la práctica de ellos.

El número total de hijos vivos de las 30 familias de sanos y enfermos asciende a la suma de 74 y 76 respectivamente, cifras muy semejantes para ambos grupos en estudio.

El promedio de hijos vivos por familia es de 2,4 en el grupo de sanos y 2,5 en el de enfermos.

A continuación analizaremos el cuadro estadístico en relación con el número de hijos fallecidos de los casos en estudio.

Número de hijos fallecidos en un grupo de 60 familias del personal de tropa de la Guarnición de Santiago, en 1942.						
	Entre sanos			Entre enfermos		
	N° de casos	N° total de hijos fallecidos.	Por ciento	N° de casos	N° total de hijos fallecidos	Por ciento
Con 0 hijo fall.	25	0	83,3	27	0	90,0
" 1 " "	2	2	6,7	1	1	3,3
" 2 " "	3	6	10,0	1	2	3,3
" 3 " "	0	0	-	1	3	3,4
<b>Totales</b>	<b>30</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Las 30 familias de sanos tienen un total de 8 hijos fallecidos lo que constituye un 16,7% y las 30 familias de enfermos con un total de 6 hijos fallecidos, con un total de 10%.

Si relacionamos este cuadro con el anterior, podemos ver que el total de hijos que han tenido las 30 familias de sanos y las 30 de enfermos, es de 82 hijos vivos y muertos, con un promedio de 2,07 hijos por familia en ambos grupos.

Sabemos que el nacimiento está en razón inversa con la cultura de los pueblos o sea que a mayor natalidad corresponde un menor grado de cultura de un país o grupo social. La observación hecha en los dos últimos cuadros estadísticos comprueba que los grupos estudiados pertenecen a una clase social que goza de cierta cultura.

Estudiaremos ahora la edad de fallecimiento de los hijos de ambos grupos.

Edad de fallecimiento de los hijos de un grupo de 60 familias del personal de tropa de la Guarnición de Santiago, en 1942.					
30 familias de sanos			30 familias de enfermos		
Edad de fallecimiento	Nº de casos	Por ciento	Edad de fallecimiento	Nº de casos	Por ciento
Al nacer	1	12	al nacer	1	17
hasta 1 año	3	38	hasta 1 año	3	50
" 2 "	2	25	" 2 "	1	17
" 3 "	1	12	" 3 "	1	16
" 4 "	0	-	" v 4 "	0	-
" 5 y más	1	13	" 5 y más	0	-
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>



El porcentaje más alto de mortalidad corresponde a niños de un año con un 38% en las familias de sanos y 50% en las familias de enfermos. En los demás grupos de edades analizados no se ve ninguna diferencia.

Analizaremos ahora las causas que ocasionan la mortalidad infantil, Para clasificarlas hemos tomado en cuenta la declaración prestada por las madres. No nos fué posible comprobar las informaciones hechas por ellas en el Registro Civil correspondiente, pues nos encontramos con una serie de dificultades: las madres no recordaban la fecha del fallecimiento, y en algunos casos ni el nombre de los hijos etc. etc.

Causas de mortalidad infantil, en un grupo de 60 familias del personal de tropa de la Guarnición de Santiago, en 1942.-					
30 familias de sanos			30 familias de enfermos		
(1) Causas de mortal.	Nº de casos	Por ciento	Causas de mortalid.	Nº de casos	Por ciento
Trastornos nutritivos	3	38	Trastornos nutritivos	2	33
Enfermedades del aparato respir.	3	38	Enfermedades del aparato respir.	3	50
Ataque cerebral	1	12	Ataque cerebral	1	17
Prematuros	1	12	Prematuros	0	-
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

((1) causas indicadas por la madre.)

El más alto porcentaje de mortalidad infantil entre las familias de enfermos, le corresponde a enfermedades del apa



rato respiratorio con 50%, siguiéndole la mortalidad producida por trastornos nutritivos, con un 33% y finalmente la mortalidad producida por ataque cerebral, con un 17%.

Entre las familias de sanos el más alto porcentaje de mortalidad infantil le corresponde a enfermedades del aparato respiratorio y trastornos nutritivos, con un 38% respectivamente, le sigue la mortalidad ocasionada por ataque cerebral y prematuros, con un 12% para cada causa.

Llama la atención que el más alto porcentaje de mortalidad infantil en ambos grupos esté representado por enfermedades del Aparato respiratorio y trastornos nutritivos. Es fácil comprender esto, ya que los grupos estudiados en general, consumen alimentos de mala calidad, lo que va directamente en perjuicio de la salud de los individuos y especialmente de los niños que se alimentan con mamaderas mal preparadas y frecuentemente recalentadas, provocándoles continuos trastornos digestivos que llegan a producirles la muerte. Por otro lado la habitación francamente insalubre en que hacen y se desarrollan estos niños, hace de ellos seres débiles sin resistencia contra algunas enfermedades, especialmente las del aparato respiratorio produciendo un alto porcentaje de mortalidad infantil.

Vamos a pasar ahora a un capítulo muy diferente, relacionado también con el grupo familiar, cual es el grado de instrucción de las familias estudiadas.



Grado de instrucción de los componente de 60 familias del personal de tropa de la Guarnición de Santiago, en 1942.-					
30 familias de sanos			30 familias de enfermos		
Grado de instrucción	N° de personas	Por ciento	Grado de instrucción	N° de personas	Por ciento
Escuelas Profesionales	1	0,7	Escuelas Profesionales	1	0,7
6° Humanidades	0	-	6° Humanidades	1	0,7
5° "	1	0,7	5° "	1	0,7
4° "	3	2,1	4° "	2	1,4
3° "	4	2,9	3° "	5	3,5
2° "	5	3,6	2° "	5	3,5
1° "	5	3,6	1° "	5	3,5
6° Primario	13	9,3	6° Primario	23	16,2
5° "	2	1,4	5° "	11	7,7
4° "	16	11,4	4° "	13	9,2
3° "	9	6,4	3° "	21	14,8
2° "	15	10,7	2° "	13	9,2
1° "	11	7,9	1° "	8	5,6
Leen y escriben	1	0,7	Leen y escriben	5	3,5
Analfabetos de 7 años	4	2,9	Analfabetos de 7 años	2	1,4
Pre-escolares	50	35,7	Pre-escolares	26	18,4
Totales	140	100	Totales	142	100

Para confeccionar este cuadro hemos tomado en cuenta también a los pre-escolares o sea niños menores de 7 años, cuyo

porcentaje alcanza a un 37,7 y 18,4% en las familias de sanos y enfermos respectivamente. Tomando en cuenta el grado de instrucción le siguen los analfabetos que alcanzan en el grupo de sanos y enfermos a un 2,9 y 1,4% respectivamente; cifras estas bastante bajas si se quiere, ya que sabemos que en nuestro país existe un alto porcentaje de analfabetos. En tercer lugar tenemos los que han cursado hasta 6° año primario incluyendo a los que sólo saben leer y escribir, cuyos porcentajes suman un 47,8% entre las familias de sanos y 66,2% entre las familias de enfermos. En cuarto lugar tenemos a los individuos que han cursado hasta el 6° año de Humanidades, siendo el porcentaje de 13,6 y 14% en las familias de sanos y enfermos respectivamente. En último término tenemos a los que han hecho cursos de especialización en Escuelas Profesionales con un porcentaje demasiado reducido, alcanzando a un 0,7% en ambos grupos en estudio.

Creemos de importancia hacer notar el hecho de que en los grupos estudiados no se encontró a ningún niño mayor de 7 años que no asistiera al colegio, lo que demuestra el gran interés que tienen los padres por la instrucción de sus hijos.





## CAPITULO II

GENERALIDADES SOBRE TUBERCULOSIS COMO ASPECTO  
MEDICO SOCIAL

La Tuberculosis es una enfermedad infecciosa que no repeta edad, sexo, raza, ni nacionalidad y desde hace muchos siglos se le ha considerado por excelencia como una enfermedad social entendiéndose por tal, su estrecha relación con las condiciones humanas de vida.

Si sabemos que su incidencia crece proporcionalmente al grado de hacinamiento humano y es especialmente común en las capitales, grandes centros comerciales e industriales.

Es sabido desde antiguo que la tuberculosis ataca especialmente a personas que viven en comunidades cerradas como prisiones, regimientos, conventos, etc.

La habitación se sabe que juega un rol fundamental especialmente la insalubre que, indirectamente, presupone mala ventilación, mala alimentación, bajo standard de vida de sus habitantes, etc.; todo lo cual rebaja las defensas orgánicas, y, directamente, con el contacto estrecho de sus habitantes, muchas veces lesionados en forma tal que las posibilidades de contagio a partir de un enfermo para sus contactos sanos, se hace tan marcado que la infección es casi inevitable.

Recordaremos que el aumento de la infección tuberculosa en niños durante la otra guerra fué en parte debido a las condiciones sociales de extrema miseria que se desarrollaron en esas circunstancias. En la actual guerra a pesar de los escasos datos sanitarios que se tienen de los países ocupados, ya se con-



ce con exactitud un aumento en los índices de mortalidad y morbilidad por tuberculosis, en especial en Polonia y Grecia, en que las condiciones de nutrición general están bajo los standard mínimos permitidos por la higiene. Por eso en los países en que el standard de vida es alto, la mortalidad tuberculosa declina en forma más o menos rápida. En cambio, otros países en los cuales las condiciones económico-sociales se mantienen sin muchos cambios en los últimos 30 años, las estadísticas de tuberculosis reflejan fielmente las condiciones en las cuales sus habitantes viven, destacándose entre éstos China, India, Polonia y Chile. A pesar de las condiciones sanitarias muy favorables en los EE. UU. el estado económico se refleja muy bien en la mortalidad tuberculosa, y así las estadísticas demuestran que mueren 5 a 6 veces más tuberculosos pobres que ricos.

No hay duda que la T.B.C. es la gran enfermedad de los pobres y entre nosotros esto se confirma ampliamente, reconociéndose a la T.B.C. como una enfermedad de masas, en el sentido amplio de la palabra.

La nutrición juega también un rol fundamental, y las experiencias de la otra guerra así lo demuestra en forma estadística precisa, Alemania y Dinamarca que racionaron la alimentación, especialmente en grasas y vitaminas tuvieron un ascenso brusco en la mortalidad tuberculosa que declinó a 0, menos rápidamente apenas las condiciones normales de alimentación se restablecieron.

La profesión también tiene importancia, pues sabemos que cesantes, trabajadores no especializados, obreros industriales y mineros, especialmente en contacto con ciliase,



mueren 3 veces más que el promedio general.

Trabajos muy recientes de Wynne y Britter <sup>(2)</sup> demuestran que las casas donde vive una persona de morbilidad tuberculosa es de 2 por mil, cuando viven 2 personas 4,0 por mil, y cuando viven más de 2 personas 4,4%. Estas estadísticas hablan en forma elocuente del papel que desempeña el hacinamiento en la morbilidad tuberculosa.

Todo el control de la T.B.C. está basado en 2 líneas de lucha, una indirecta que procura mejorar las condiciones económico-sociales, y una directa que según Douglas <sup>(3)</sup> tiene 5 puntos fundamentales en el control de esta enfermedad.

1°.- Encontrar casos mínimos y abiertos, especialmente a base de radiografías.

2°.- Aislamiento de los casos activos, y se considera como un standard aceptable, el número de 2 camas por cada muerte anual de tuberculosis.

3°.- Pronto y adecuado tratamiento.

4°.- Rehabilitación del paciente y ocupación en la convalecencia.

5°.- Educación sanitaria del público por medio de películas, literaturas, etc.

En todos los puntos, pero en especial en el último, la Asistente Social juega un rol fundamental, ya que sin la cooperación del público todo control sanitario se hace muy difícil, casi imposible.

Ahora nos ha parecido interesante resumir lo que se ha hecho en EE.UU. en materia de lucha antituberculosa, ya que podemos considerarla como un modelo en su género.

Según Alexander Miller (4) las estadísticas sobre mortalidad por T.B.C. que se han practicado en EE.UU. demuestran una disminución considerable y así de 200 por 100,000 habitantes en 1900 (en New York era de 300 por 100,000) ha descendido en 1940 a 46 y 54, respectivamente.

Esta disminución en los índices en la mortalidad tuberculosa se ha debido a la eliminación de los focos de infección en las casas, por medio de hospitalización y aislamiento de los enfermos. Junto con la hospitalización se llevó a efecto en los EE.UU. una gran cruzada de Enseñanza Pública de los problemas de la tuberculosis, en lo concerniente a los hogares y a los establecimientos industriales.

En 1904 se organizó la Asociación Nacional de Tuberculosos, la que con sus numerosos subsidios fué un gran factor en el esfuerzo de propaganda contra este flagelo.

Se creía generalmente que la T.B.C. era una enfermedad que predominaba entre los pobres, debido a factores de menor resistencia a ellos entre ellos y a mayores oportunidades de infección; y con este motivo se organizó un gran movimiento social destinado a eliminar tales condiciones adversas, como son la mala alimentación, exceso de trabajo y habitación insalubre.

Este movimiento fué llevado a cabo por médicos, asistentes sociales, enfermeras y miles de personas interesadas en este problema.

Sin dejar a un lado las manifestaciones clínicas, se ha demostrado que los rayos X constituyen para el diagnóstico precoz de la enfermedad el más valioso método y el único de



que se dispone para descubrir la enfermedad en personas aparentemente sanas.

Mucho se ha experimentado en el campo del tratamiento de la T.B.C. y, sin dejar de reconocer la importancia de los tratamientos biológicos y químicos, debemos citar tres factores de fundamental importancia y que nunca han perdido su valor en el tratamiento de la enfermedad; me refiero a los factores clima, reposo y alimentación.

En nuestro país se le ha dado gran importancia al clima, creando sanatorios en lugares apropiados. Desgraciadamente el número de enfermos a que pueden dar cabida estos Sanatorios es todavía muy reducido; pero no está lejos el día en que de acuerdo con los deseos del actual Ministro de Salubridad, Dr. Etchebarne, contemos con el número de camas necesarias para el aislamiento y recuperación de todos nuestros enfermos de T.B.C.

El reposo es de gran importancia, pero siempre que sea seguido de un gradual retorno a la vida activa dentro de una prudente medida inspirada por el propio instinto del paciente.

Muy asociados al descanso se practican algunas formas de inmovilidad como las producidas por el uso del neumotorax, la frenicectomía, la toracoplastía, etc.

En cuanto al problema social, ha sido muy grande el progreso realizado en lo que se refiere al alivio de la pobreza; pero queda sin embargo, mucho que hacer en materia de nutrición, habitación, condiciones de trabajo y remuneraciones. Igualmente hay que fomentar en lo posible las recreaciones al aire libre en lugares públicos de libre y fácil acceso, como

parques y canchas de deportes.

El problema Industrial en Chile y su relación con la T.B.C., todavía se encuentra en pañales, pues los obreros trabajan en algunas industrias peligrosas, expuestos al polvo u otras sustancias perjudiciales a la salud, sin la menor protección, excepto en muy pocos casos.

Muy frecuentemente nuestros obreros toman para sí tareas para las cuales no están físicamente capacitados, lo cual los expone y contribuye a que se les desarrolle el germen de la T.B.C., especialmente en los muy jóvenes.

Estados Unidos, como ya se ha dicho, es uno de los países que marcha a la cabeza en la lucha contra la T.B.C. y tratamiento de esta enfermedad.

Según estudios realizados últimamente por el Dr. Jorge Abasolo (5); se puede comprobar una vez más la gran importancia que tiene el exámen radiológico y la radioscopia. En los hospitales existen servicios de radiología muy completos y un personal médico especializado. Todo paciente, al ingresar a un hospital, es sometido a la reacción de Kahn y control pulmonar inmediato a fin de evitar complicaciones posteriores.

En la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan existen los oficiales de salud pública (médicos), a quienes cabe la responsabilidad del estado sanitario de los distintos estados que ellos atienden. En estas campañas sanitarias se cuenta con la valiosa cooperación de ingenieros sanitarios competentes.

En el estado de Detroit existe el Departamento de salud que controla todos los servicios anti-tuberculosos fuera de



los sanatorios.

Algunas industrias tienen lo que podríamos llamar seguros de enfermedad y otorgan subsidios al individuo enfermo.

Cuando un individuo se enferma y no tiene seguro de enfermedad, les proporciona ayuda a él y a su familia La Welfare, institución semejante al servicio de Beneficencia de nuestro país.

En el Hospital de Detroit los enfermos con lesiones permanentes pueden quedarse hospitalizados de 8 a 24 meses; de 8 a 12 meses los con lesiones discretas, y de 12 a 24 meses los enfermos que presentan una lesión muy avanzada.

En lo que se refiere a la evolución y pronóstico de la tuberculosis, se recalca que existe marcado predominio de las formas productivas en los blancos, y formas exudativas en los negros.

En cuanto a la mortalidad se puede comprobar un hecho similar a lo que sucede en nuestro pueblo. Los negros mueren en proporción de 2 a 3 por cada uno de los blancos, debido a que las condiciones económico-sociales de aquellos son generalmente muy inferiores a la de éstos, quienes los aventajan desde todo punto de vista.

En General en los EE. UU. fallecen al año 70.000 personas por T.B.C. y hay al rededor de medio millón de casos activos de T.B.C. Disponen de 76.000 camas y se gastan 100.000.000 de dólares al año.

Se puede decir que ocupa el tercero o cuarto lugar dentro de los países de más baja mortalidad por T.B.C., pues tiene una cifra de 55 x 100.000, y Chile ocupa el primer lugar entre los países de más alta mortalidad por tuberculosis; según



las últimas estadísticas las cifras de mortalidad por tuberculosis alcanzan a 250 x 100,000.

La labor preventiva que se realiza en EE.UU. se puede condensar en los siguientes puntos:

- 1) Búsqueda de focos.
- 2) Aislamiento, aun compulsivo, de los focos, en los hospitales.
- 3) Control médico de todas las personas que hayan estado en contacto con bacilíferos por las enfermeras y políclínicos.
- 4) Intensa educación sanitaria.
- 5) Amplia cooperación de los diferentes organismos.

Dentro de los métodos de curación, debemos recalcar la gran importancia que se da a la terapéutica. Se trata en primer lugar que el enfermo no continúe diseminando bacilos de Koch, y con aquel fin se procede a una rápida esterilización, mediante reposo en cama, y en los casos rebeldes se somete al enfermo a un neumotorax, u otro procedimiento quirúrgico como broncoplastia, neumolisis intrapleurales, toracoplastia, frenicectomía, etc.

Como método de diagnóstico precoz, sabemos que el de mayor importancia es la radiografía torácica, en cuyo perfeccionamiento y disminución de costo se ha progresado enormemente; y así tenemos que en 1936 Manuel de Abreau <sup>(1)</sup> del Brasil utilizó un film de 35 mm., método que posteriormente fué empleado en EE.UU. por el Dr. Lindberg. En el mismo año el Dr. Hollis Petter, en colaboración con la General Electric X-ray Corporation, Laboratorios de Chicago, estableció que una miniatura de 4 por 5 pulgadas prestaba los mismos servicios que los films extensos



anteriores y a un costo mucho más reducido; dichas miniaturas han tenido gran aceptación y la única desventaja que presentan es que solamente revelan las lesiones tuberculosas del pulmón, pero no por eso deja de estimarse su valor, que constituye el mejor índice epidemiológico de la Tuberculosis.

#### LA LUCHA ANTI-TUBERCULOSA EN CHILE

Mal haría al decir que a este problema no se le haya reconocido la debida importancia en nuestro país, pero si bien es cierto que los esfuerzos hechos, especialmente en estos últimos años, son patentes e innegables no podemos dejar de recalcar que frente a la gran proporción de la población afectada por este mal tan temido, todo lo efectuado debe considerarse escaso. Es verdad que tanto instituciones públicas como semi-fiscales y privadas han creado algunos sanatorios para tubercu-losos, pero estos se hacen sumamente pequeños, y entonces se ex-terioriza y agrava el gran problema de que los enfermos obligadamente, a pesar suyo muchas veces y muy especialmente de los médicos deben continuar en sus casas, constituyendo un foco de infección permanente para sus familias, por no poder aislarse por falta de camas en un sanatorio u hospital.

Ahora, si abordamos el problema de las malas condiciones de vida en que en general permanece nuestro pueblo, vemos que este es otro de los escollos con que hay que luchar decididamente, pues, ¿Qué sacamos con que un enfermo siga un tratamiento médico en un sanatorio u hospital del cual sería dado de alta cuando se le considere recuperado; si al volver

a la vida ordinaria se encuentra con la misma situación o peor aún, que cuando inició el tratamiento?. Es fácil comprender que tal vez en un 99% de los casos la lesión tuberculosa reaparecerá y probablemente con mayor gravedad.

Muchos son los puntos de importancia que tiene que considerar una lucha anti-tuberculosa y no es a mí a quién le corresponde establecer los puntos principales, debido a que para ello no estoy lo suficientemente preparada; pero para dar término a este capítulo quiero dejar en claro la opinión que tengo al respecto y que sucintamente es la siguiente:

La lucha antituberculosa en nuestro país procurará mejorar las condiciones de vida de nuestro pueblo, elevándolo y dignificándolo física y moralmente y naturalmente que todo esto en combinación con un plan perfectamente organizado y coordinado, especialmente en relación con el aislamiento de los casos abiertos y del control de sus contactos.



## CAPITULO III

APLICACION DE LA LEY 6501 SOBRE MEDICINA  
PREVENTIVA EN EL EJERCITO

Creemos de interés en relación con el problema de la T.B.C. en el Ejército, dar a conocer la importancia que tiene la Ley de Medicina Preventiva y su aplicación en el personal de esta institución, ya que la T.B.C. dentro del programa a desarrollar, lógicamente presenta un amplio campo de acción en las fuerzas armadas, donde es posible gracias a la disciplina y organización de ellas, hacer un estudio más completo que en otro campo de actividades.

El 8 de Noviembre de 1940 se aprobó el Reglamento Provisional Complementario a la Ley N: 6174 del 30 de Enero de 1938 y la Ley N: 6501 del 5 de Enero de 1940, sobre Medicina Preventiva en las Fuerzas de la Defensa Nacional.--(6)

Antes de dictarse la Ley sobre Medicina Preventiva, promulgada durante la administración Alessandri y siendo Ministro de Salubridad el Dr. Cruz Coke, toda la medicina chilena estaba polarizada, casi exclusivamente a la parte curativa, atendiendo solamente al individuo declarado enfermo.

En el Ejército podemos decir que se practicaba en parte la Medicina Preventiva con el objeto de tener al personal preparado para una posible campaña, y así vemos que el Reglamento Sanitario del Ejército fija normas y fechas de vacunaciones contra ciertas enfermedades; se preocupa de la higiene y alimentación, y dá especial importancia a las enfermedades venéreas y su profilaxis.



Pero todo esto no era suficiente, pues había en muchos individuos lesiones latentes, ya sea luéticas, cardíacas o pulmonares, que clínicamente pasaban desapercibidas. Actualmente, gracias a la Medicina Preventiva y con la ayuda del especialista del Laboratorio, y de los Rayos X, es posible evidenciarlas y tratarlas oportunamente y no tener que cargar con la onerosa recuperación de individuos ya enfermos.

La Medicina Preventiva tiene gran importancia en nuestro país, ya que más del 50% de nuestros enfermos son de lues, de tuberculosis o cardiovasculares; las dos primeras, afecciones que constituyen un foco de contagio permanente y una gran carga económica, y cuyo tratamiento requiere mucho tiempo, alto costo terapéutico, con un mínimum de probabilidades de recuperación.

El descubrimiento precoz de estas enfermedades permite una curación completa y a corto plazo, de ahí la importancia de orientar la atención médica hacia al individuo aparentemente sano para poder tratar oportunamente estas lesiones mínimas.

La aplicación de la Medicina Preventiva obliga al individuo a guardar cierto reposo, el cual, sin detrimento de la economía familiar, sería imposible, si no se estableciera que durante el tratamiento preventivo se pague al afectado una remuneración igual a la que percibe por su trabajo normal.

La Ley de Medicina Preventiva (6) exige:

- 1) Exámen de salud obligatorio, periódico y general.
- 2) Inspección oportuna de los supuestos casos de afección cardio-vasculares, lues y T.B.C.



3) Tratamiento inmediato de los recuperables, sin detrimento del bienestar económico familiar.

Las disposiciones de la Ley, en lo que se refiere, a quienes tienen derecho a sus beneficios, están bien definidas. No todo individuo que sufra de una afección cardio-vascular, Lues o Tuberculosis es acogido a los beneficios de esta Ley, sino que es menester considerar si la enfermedad está en condiciones recuperables.

En el Ejército el primer exámen lo efectúan los equipos Médicos de las Unidades, con el objeto único de separar los individuos enfermos de los sanos, sin hacer diagnósticos precisos.

Una vez separados los probables enfermos, quedan sometidos a la Comisión divisionaria, la que está compuesta por un grupo de médicos especialistas, presidida por el Cirujano Divisionario, y tiene por objeto precisar los diagnósticos e indicar los tratamientos respectivos con sus correspondientes reposos.

Tanto para el exámen de salud como para las resoluciones que acuerde la Comisión Divisionaria, no rige el criterio individual del médico encargado por ésta para efectuarlas, sino que lo que se adopte debe obedecer a una pauta y un procedimiento muy definido ordenado por un organismo especial. Este organismo se llama Oficina Central de Coordinación y depende del Departamento de Sanidad Militar con sede en Santiago.

No obstante el noble fin altruístico que la Ley de Medicina Preventiva persigue, su aplicación en el Ejército presentará algunas dificultades para los que se acojan a ella,



por que los reglamentos vigentes en las Fuerzas Armadas eliminarán de hecho y definitivamente al tuberculoso, y, por lo tanto, el individuo que una vez dado de alta, por tratamiento preventivo o por recuperar en totalidad su salud, no podrá reincorporarse al servicio activo, y este sin duda podría crear un ambiente desfavorable.

De acuerdo con lo establecido por el Dr. Rodrigo Donoso, Mayor de Sanidad (7), en su Conferencia sobre Medicina Preventiva en el Ejército dictada el 23 de Junio de 1941, es de suma importancia poner de manifiesto la gran necesidad que hay de que la Superioridad militar se interese por este problema a fin de hacer algunas modificaciones en lo que respecta a los reglamentos anteriormente citados, y que de hecho tarde o temprano serán un tropiezo para el buen cumplimiento de la Ley de Medicina Preventiva, de tanta importancia para el Ejército.

Otra gran dificultad con que tropieza la regular ejecución de la Medicina Preventiva es la falta de Sanatorio propio al cual enviar los enfermos.

Actualmente solo cuenta con una casa de reposo en San José de Maipo, y ella se hace sumamente pequeña para el número de individuos que necesitan cura sanatorial, y así hay que recurrir a los Sanatorios y Hospitales de Beneficencia, los que tienen a su vez, gran escasez de camas, y, por lo tanto, los enfermos, en la generalidad de los casos, deben hacer el reposo en sus propias casas, donde constituyen una fuente de contagio continuo para sus familiares, problema más grave aun cuando hay niños.

Por otro lado, ya sea por las malas condiciones de



vida, o porque no comprenden el verdadero estado de su afección, el enfermo que en su casa hace el reposo, no puede efectuarlo en las perfectas condiciones de que gozaría en un Sanatorio donde se recibe una atención científicamente dirigida y vigilada por la Sanidad Militar; además el reposo en el hogar generalmente se prolonga demasiado, con perjuicios evidentes para la salud del individuo y con un mayor gasto en su recuperación.

Es de esperar que todas estas dificultades sean subsanadas en la mejor forma posible, a fin de poder obtener el verdadero resultado apetecido de la aplicación de la Ley de Medicina Preventiva en el Ejército.

## CAPITULO IV

## EL SALARIO

Definición : comunmente, se define como salario "La remuneración del trabajo activo, muscular o intelectual aplicado a la producción de la riqueza.

Sabemos que hay diferentes clases de salarios y entre los de mayor importancia tenemos: mínimo, vital y familiar.

Generalmente, sucede que se confunde el salario mínimo con el vital; pero nuestro Código del Trabajo (8) define claramente las dos clase de salarios y así tenemos que en su artículo N.44, dice; debe considerarse como "Salario mínimo aquel que no sea inferior a los dos tercios ni superior a los tres cuartos del salario normal o corrientemente pagado en la misma clase de trabajo, a los obreros de las mismas aptitudes o condiciones y en la ciudad o región en que se ejecute".

Por salario vital se entiende generalmente el que sólo basta para el mantenimiento del personal de trabajadores.-La remuneración que es suficiente para el mantenimiento de una familia recibe corrientemente el nombre de "Salario familiar".

El salario debe ser suficiente, de manera que el individuo y su familia puedan vivir decentemente y que les alcance además para ciertas diversiones, como biógrafo, deportes, etc. y puedan hacer sus pequeñas economías.

Desgraciadamente en nuestro pueblo esto no se puede conseguir debido a los exiguos salarios y a la carestía de la vida, lo que le impide cumplir bien aún con sus necesidades más indispensables, y en el caso de que se ganen salarios más o menos equilibrados ya están los obreros habituados a dilapidar el



dinero, desconociendo en absoluto el sentido de la responsabilidad y mucho más el del ahorro.

A los militares les sucede lo mismo que a la mayoría de los empleados públicos, que perciben remuneraciones muy bajas, lo cual, sin embargo, está compensado por otros factores, como la jubilación con sueldo íntegro, la posibilidad de hacer carrera y, por lo menos en teoría, la seguridad de mantener su empleo mientras dure su buen comportamiento. Además, generalmente, el empleado público trabaja con menor intensidad que los particulares.

#### DE LA CLASIFICACION, RECLUTAMIENTO Y NOMBRAMIENTOS DE LA TROPA EN EL EJERCITO.

Resumiendo los artículos que al respecto existen se puede decir:

1°.- El personal de tropa está clasificado de acuerdo con las diversas actividades del Ejército, y así tenemos:

a) Personal de armas; es todo individuo de tropa que ocupa puestos de combate correspondientes a su grado en las Planas Mayores o Unidades combatientes.

b) Personal de los servicios; es el resto del personal que no está incluido en las armas.

Tanto el personal de armas como el de los servicios se subdividen en:

a) Brigadieres; que comprenden solamente a los Brigadieres.

b) Sub-Oficiales; que corresponden a los Sargentos 1<sup>os</sup> y Cabos 2<sup>os</sup> y

d) Soldados; que comprenden a los Soldados 1º y Soldados 2ºs

El Reglamento puede subdividir los escalafones de acuerdo con las distintas especialidades en los Servicios y limitar los grados hasta los cuales puede ascender este Personal.

#### DE LOS ASCENSOS

En lo que respecta a los ascensos de los sub-oficiales, clases y soldados, todos estos deberán permanecer un tiempo mínimo en cada grado, como a continuación se expone:

<u>Grados</u>	<u>Años</u>
Soldados 2º	1 año
Soldados 1º	2 años
Cabo 2º	3 años
Cabo 1º	3 años
Sargento 2º	3 años
Vice-Sargento 1º	4 años
Sargento 1º	4 años
<hr/>	
Total	20 años

Los soldados 2º y Soldados 1º que hayan sido aprobados en los cursos Regulares de Aspirantes a Cabo 2º en las Escuelas de Armas, pueden ascender inmediatamente, aunque no tengan el tiempo necesario para ello.

El nombramiento de Brigadier es otorgado por el Comando en Jefe del Ejército.

Los sueldos del personal de tropa del Ejército están determinados en la Ley N° 6,772 dictada el 5-XII-1940. E -



xiste otra Ley N° 7.167 dictada el 2-II-1942, referente al aumento del 5% sobre el sueldo base por cada 5 años de servicio.

Los sueldos están determinados anualmente como a continuación se expone:

<u>Designación</u>	<u>Sueldo anual</u>
Brigadier	\$ 17,400
Sargento 1° con 3 años	16.200
Sargento 1°	14.400
Vice-sargento 1° con tiempo	12.600
Vice-sargento 1°	11.400
Sargento 2° con tiempo	10.200
Sargento 2°	9.000
Cabo 1°	8.100
Cabo 2°	7.200
Soldado 1°	6.300
Soldado 2°	5.100

A continuación anotamos el cuadro de la renta mensual de que dispone un grupo de 60 familias del personal de tropa de la Guarnición de Santiago, en 1942, de las cuales 30 son sanas y 30 en cuyo seno hay algún enfermo tuberculoso.

Tabla mensual de que consta en pago de 20 hectáreas del personal de la Secretaría de Fomento, en 1915.

20 hectáreas de campo							20 hectáreas de cultivo						
Orden hectárea	Por el jefe	Por la señor	Otros hectáreas	Otros atrasados	Total	Tabla mensual por personas	Orden hectárea	Por el jefe	Por la señor	Otros hectáreas	Otros atrasados	Total	Tabla mensual por personas
1	100		100		200	150.00	1	1	1			1	150.00
2	100		100		200	171.25	2	1				2	171.25
3	100		100		200	171.25	3	2				3	171.25
4	100		100		200	171.25	4	2	100			1	171.25
5	100		100		200	171.25	5	1				1	171.25
6	100		100		200	171.25	6	10		100	100	1	171.25
7	100		100		200	171.25	7	1				1	171.25
8	100	200	100		400	171.25	8	1				1	171.25
9	100		100		200	171.25	9	2				2	171.25
10	100		100		200	171.25	10	1				1	171.25
11	100		100		200	171.25	11	4				4	171.25
12	100		100		200	171.25	12	1				1	171.25
13	100		100		200	171.25	13	1				1	171.25
14	100		100		200	171.25	14	1				1	171.25
15	100		100		200	171.25	15	1				1	171.25
16	100		100		200	171.25	16	1				1	171.25
17	100		100		200	171.25	17	1				1	171.25
18	100		100		200	171.25	18	1				1	171.25
19	100		100		200	171.25	19	1				1	171.25
20	100		100		200	171.25	20	1				1	171.25
21	100		100		200	171.25	21	1				1	171.25
22	100		100		200	171.25	22	1				1	171.25
23	100		100		200	171.25	23	1				1	171.25
24	100		100		200	171.25	24	1				1	171.25
25	100		100		200	171.25	25	1				1	171.25
26	100		100		200	171.25	26	1				1	171.25
27	100		100		200	171.25	27	1				1	171.25
28	100		100		200	171.25	28	1				1	171.25
29	100		100		200	171.25	29	1				1	171.25
30	100		100		200	171.25	30	1				1	171.25
31	100		100		200	171.25	31	1				1	171.25
32	100		100		200	171.25	32	1				1	171.25
33	100		100		200	171.25	33	1				1	171.25
34	100		100		200	171.25	34	1				1	171.25
35	100		100		200	171.25	35	1				1	171.25
36	100		100		200	171.25	36	1				1	171.25
37	100		100		200	171.25	37	1				1	171.25
38	100		100		200	171.25	38	1				1	171.25
39	100		100		200	171.25	39	1				1	171.25
40	100		100		200	171.25	40	1				1	171.25
41	100		100		200	171.25	41	1				1	171.25
42	100		100		200	171.25	42	1				1	171.25
43	100		100		200	171.25	43	1				1	171.25
44	100		100		200	171.25	44	1				1	171.25
45	100		100		200	171.25	45	1				1	171.25
46	100		100		200	171.25	46	1				1	171.25
47	100		100		200	171.25	47	1				1	171.25
48	100		100		200	171.25	48	1				1	171.25
49	100		100		200	171.25	49	1				1	171.25
50	100		100		200	171.25	50	1				1	171.25
51	100		100		200	171.25	51	1				1	171.25
52	100		100		200	171.25	52	1				1	171.25
53	100		100		200	171.25	53	1				1	171.25
54	100		100		200	171.25	54	1				1	171.25
55	100		100		200	171.25	55	1				1	171.25
56	100		100		200	171.25	56	1				1	171.25
57	100		100		200	171.25	57	1				1	171.25
58	100		100		200	171.25	58	1				1	171.25
59	100		100		200	171.25	59	1				1	171.25
60	100		100		200	171.25	60	1				1	171.25
61	100		100		200	171.25	61	1				1	171.25
62	100		100		200	171.25	62	1				1	171.25
63	100		100		200	171.25	63	1				1	171.25
64	100		100		200	171.25	64	1				1	171.25
65	100		100		200	171.25	65	1				1	171.25
66	100		100		200	171.25	66	1				1	171.25
67	100		100		200	171.25	67	1				1	171.25
68	100		100		200	171.25	68	1				1	171.25
69	100		100		200	171.25	69	1				1	171.25
70	100		100		200	171.25	70	1				1	171.25
71	100		100		200	171.25	71	1				1	171.25
72	100		100		200	171.25	72	1				1	171.25
73	100		100		200	171.25	73	1				1	171.25
74	100		100		200	171.25	74	1				1	171.25
75	100		100		200	171.25	75	1				1	171.25
76	100		100		200	171.25	76	1				1	171.25
77	100		100		200	171.25	77	1				1	171.25
78	100		100		200	171.25	78	1				1	171.25
79	100		100		200	171.25	79	1				1	171.25
80	100		100		200	171.25	80	1				1	171.25
81	100		100		200	171.25	81	1				1	171.25
82	100		100		200	171.25	82	1				1	171.25
83	100		100		200	171.25	83	1				1	171.25
84	100		100		200	171.25	84	1				1	171.25
85	100		100		200	171.25	85	1				1	171.25
86	100		100		200	171.25	86	1				1	171.25
87	100		100		200	171.25	87	1				1	171.25
88	100		100		200	171.25	88	1				1	171.25
89	100		100		200	171.25	89	1				1	171.25
90	100		100		200	171.25	90	1				1	171.25
91	100		100		200	171.25	91	1				1	171.25
92	100		100		200	171.25	92	1				1	171.25
93	100		100		200	171.25	93	1				1	171.25
94	100		100		200	171.25	94	1				1	171.25
95	100		100		200	171.25	95	1				1	171.25
96	100		100		200	171.25	96	1				1	171.25
97	100		100		200	171.25	97	1				1	171.25
98	100		100		200	171.25	98	1				1	171.25
99	100		100		200	171.25	99	1				1	171.25
100	100		100		200	171.25	100	1				1	171.25
TOTAL	2000	1,100	1,100	30	25,000	20,000	TOTAL	100	2000	1,100	30	25,000	20,000



En el grupo de familias sanas encontramos 140 familiares. La renta total mensual del grupo familiar asciende a \$28.06 y la renta mensual por persona o sea la relación entre el total de ingresos y el número de familiares asciende a \$200,57.

En las 30 familias en las cuales uno de sus miembros es tuberculoso, el total de ingreso mensual fué de \$29,155, y la renta mensual por familia fué de \$219,47.

Por los datos anotados anteriormente podemos decir que, prácticamente, el salario de ambos grupos familiares en comparación, es muy semejante y las diferencias anotadas son tan pequeñas que seguramente no presentan ningún valor estadístico.

En resumen, podemos decir que el respectivo salario de las familias sanas, y de las familias con algún enfermo tuberculoso no parece tener ninguna significación en cuanto a la posibilidad de que las familias con menos renta tuvieran una mayor morbilidad tuberculosa.

Es de anotar el hecho de que las familias elejidas para este estudio son de igual número de individuos y sus Jefes pertenecen todos a la tropa, y, por consiguiente, todas sus condiciones económico-sociales son extraordinariamente semejantes.

A continuación se exponen dos cuadros estadísticos en relación con la forma como distribuye la renta mensual las 30 familias de sanos y las 30 familias de enfermos, cuyas conclusiones se anotarán en los capítulos respectivos.

Forma como distribuyen la renta anual en grupo de 20 familias de zona del personal de trabajo de la Secretaría de Salubridad, n. 102.

Gr	N.º de personas del grupo familiar	Renta anual del grupo	Renta anual en alimentación	Renta anual en vestido	Renta anual en vivienda	Renta anual en distracciones y ocio	% de la renta anual en alimentación	% de la renta anual en vestido	% de la renta anual en vivienda	% de la renta anual en distracciones y ocio
1	6	250	100	7	20	20	40,0	2,8	8,0	50,2
2	4	250	100	10	20	11	40,0	4,0	4,4	51,6
3	4	200	100	15	40	5	50,0	7,5	2,0	39,5
4	3	200	150	20	30	10	75,0	10,0	15,0	10,0
5	3	200	100	20	20	10	50,0	10,0	10,0	30,0
6	6	200	100	20	20	10	50,0	10,0	10,0	30,0
7	6	200	100	10	20	10	50,0	5,0	10,0	35,0
8	4	200	100	10	20	10	50,0	5,0	10,0	35,0
9	6	1.100	200	100	100	10	18,2	9,1	9,1	13,6
10	4	200	200	100	10	10	100,0	50,0	5,0	10,0
11	5	1.100	200	20	100	100	18,2	1,8	9,1	40,9
12	4	1.100	200	100	200	100	18,2	9,1	18,2	35,5
13	3	200	200	110	20	10	100,0	55,0	10,0	15,0
14	6	1.100	200	30	100	110	18,2	2,7	9,1	60,0
15	4	200	200	10	20	20	100,0	5,0	10,0	15,0
16	4	200	100	20	20	10	50,0	10,0	10,0	15,0
17	4	200	100	10	20	10	50,0	5,0	10,0	15,0
18	3	200	200	20	20	20	100,0	10,0	10,0	15,0
19	2	1.100	200	200	200	100	18,2	18,2	18,2	35,4
20	4	1.100	200	100	200	200	18,2	9,1	18,2	35,5
21	3	200	200	20	20	100	100,0	10,0	10,0	15,0
22	3	200	200	20	20	100	100,0	10,0	10,0	15,0
23	3	200	200	20	20	100	100,0	10,0	10,0	15,0
24	3	200	200	20	20	100	100,0	10,0	10,0	15,0
25	3	200	200	20	20	100	100,0	10,0	10,0	15,0
26	3	200	200	20	20	100	100,0	10,0	10,0	15,0
27	3	200	200	20	20	100	100,0	10,0	10,0	15,0
28	3	200	200	20	20	100	100,0	10,0	10,0	15,0
29	3	200	200	20	20	100	100,0	10,0	10,0	15,0
30	3	200	200	20	20	100	100,0	10,0	10,0	15,0
Totales	100	10.000	17.000	1.200	1.500	1.800	100,0	10,0	10,0	15,0



Tasa más distribuida de cada sector en provincia de Sevilla de acuerdo del personal de turno de la Secretaría de Fomento, en 1911.

Sexo	Edad de personas de cada familia	Saldo mensual al poseer	Saldo mensual en clasificación	Saldo mensual en salidas	Saldo mensual en trabajos	Saldo mensual en prestaciones y otras	I de la renta mensual en attached	I de la renta mensual en attached	I de la renta mensual en trabajos	I de la renta mensual en prestaciones y otras
1	4	1 100	800	100	80	1	10,3	8,1	1,4	-
2	4	80	400	1	100	20	10,0	-	10,0	10,0
3	3	800	400	100	80	10	10,7	10,5	1,0	1,0
4	3	1 000	500	1	100	40	10,8	-	10,8	10,8
5	4	800	500	200	80	10	10,2	10,1	1,0	1,0
6	3	1 000	600	100	100	20	10,7	10,1	1,0	1,0
7	3	800	400	100	80	18	10,3	10,5	1,0	1,0
8	3	800	400	100	100	20	10,3	10,1	1,0	1,0
9	3	800	400	100	80	10	10,3	10,0	1,0	1,0
10	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
11	4	800	400	100	100	20	10,3	10,0	1,0	1,0
12	4	1 000	500	100	100	20	10,3	10,0	1,0	1,0
13	4	1 000	500	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
14	4	1 000	500	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
15	4	800	500	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
16	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
17	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
18	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
19	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
20	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
21	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
22	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
23	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
24	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
25	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
26	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
27	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
28	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
29	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
30	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
31	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
32	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
33	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
34	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
35	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
36	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
37	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
38	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
39	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
40	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
41	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
42	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
43	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
44	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
45	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
46	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
47	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
48	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
49	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
50	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
51	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
52	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
53	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
54	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
55	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
56	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
57	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
58	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
59	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
60	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
61	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
62	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
63	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
64	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
65	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
66	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
67	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
68	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
69	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
70	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
71	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
72	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
73	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
74	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
75	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
76	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
77	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
78	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
79	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
80	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
81	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
82	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
83	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
84	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
85	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
86	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
87	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
88	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
89	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
90	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
91	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
92	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
93	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
94	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
95	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
96	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
97	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
98	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
99	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
100	3	800	400	100	100	10	10,3	10,0	1,0	1,0
Totales	100	1 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00	10,3	10,0	1,0	1,0

## CAPITULO V

## EL TRABAJO

El presente trabajo es una exposición sucinta de las labores que desarrolla el personal de tropa del Ejército de acuerdo con el arma que carga y sus correspondientes grados.

En primer lugar haremos, un resumen de las labores del personal de tropa en las armas de Infantería e Ingenieros.

DE LA CLASIFICACION, RECLUTAMIENTO Y NOMBRAMIENTOS  
DE LA TROPA EN LAS ARMAS DE INFANTERIA E INGENIEROS.

En conformidad a lo que el reglamento estatuye en relación con los soldados, clase y suboficiales se constata que los deberes y atribuciones de este personal son los siguientes:

Soldados 2<sup>os</sup> y 1<sup>os</sup>.- Se desempeñan tambien como Cabos de Servicio y Ayudantes de Escuadra. Como Cabos de Servicio, atienden el aseo de los diversos sectores de la Unidad, al rancho de los conscriptos y al forraje del ganado, como Ayudantes de Escuadra, cooperan con el Sargento 2<sup>o</sup> o el Cabo 1<sup>o</sup> a la instrucción doctrinal; y como simples Soldados correspóndeles periódicamente el servicio de guardia que dura 24 horas.

Cabo 2<sup>o</sup>.- Tiene el control y distribución del forraje y atiende a todo lo que se relaciona con el buen estado y mantención del ganado. Responde directamente de todas las llaves que quedan al término del servicio de guardia, y recibe y distribuye el rancho entre el personal de guardia.

Muy a menudo asume las funciones de Cabo 1<sup>o</sup> y Sargento 2<sup>o</sup> excepto las de Comandante de Guardia.

Cabo 1<sup>o</sup>. Tiene el mando de 12 hombres que componen una escuadra y es responsable directo de la instrucción, disciplina y comportamiento de los individuos de fila de su compañía.



Atiende también al aseo, orden y régimen disciplinario de la Compañía, para lo cual cuenta con la cooperación del Cabo de servicio. Efectúa y controla los relevos de los centinelas.

En ocasiones se desempeña como guarda Almacén de Vestuario y Equipo de armamento.

Sargento 2º. El Sargento 2º. es, se puede decir, el pedestal en que descansa la buena marcha, disciplina e instrucción de una Compañía.

Al llegar a este grado se tiene por lo menos 12 años de servicio, y se ha adquirido por lo mismo una gran experiencia profesional, acrecentada por la asistencia a cursos para Cabo 2º. Sargento 2º. y Vice Sargento 1º.

Atiende a la conservación, aseo y control del vestuario de la Unidad, llevando al día la documentación correspondiente.

Tiene a su cargo también el armamento y munición de la Unidad, distribuyéndolos y respondiendo de su aseo, conservación, deterioros y pérdidas. Tiene una gran responsabilidad que se confiere como prueba de distinción, y a la vez un puesto de mucha laboriosidad, ya que el Sargento 2º. continúa siendo instructor de la tropa.

Vice-Sargento 1º. - Es el cooperador directo del Oficial instructor y se desempeña como comandante de servicio.

Como instructor, tiene a su cargo las diversas instrucciones especiales como son señales, puntería, etc., y como sub-oficial de servicio, coopera con el oficial de servicio en la vigilancia del aseo de los sectores del Regimiento.

Sargento 1º. y Brigadier. Son los grados máximos de la carre-



ra para el personal de tropa. Son los hombres de confianza para los comandantes de compañía y tienen a su cargo la documentación de la misma. Se desempeñan también como oficiales de semana y suboficial de servicio del Regimiento.

#### TRABAJOS DEL INSTRUCTOR.

La Labor del personal de tropa instructor es muy ardua, sobre todo tratándose de gente analfabeta o semi analfabeta como es la del campo y que por su mayor número predomina sobre la que se recluta en las ciudades para el cumplimiento del servicio militar obligatorio. Así, para obtener que la instrucción resulte uniforme en sus resultados, hay que impartírsela a esa gente campesina en forma especial, lo que demanda al instructor el sacrificio de sus horas de descanso y días festivos.

La labor del instructor principia con las primeras horas del día, pues debe él encontrarse a las 5.50 A.M. en el dormitorio de la tropa para controlar su aseo, desayuno, etc.; y continúa con los intervalos necesarios para almózar, etc., hasta bien entrada la tarde.

La instrucción está basada en movimientos rápidos, cortos, activos, precisos, que el ejecutante y con él su instructor deben repetir hasta alcanzar la requerida perfección. Este orden de trabajo dura 4 meses. Después se inicia el período de instrucción en el terreno, en el que se aplican los conocimientos adquiridos en el período de reclutas. Se sale del radio urbano con equipo cuyo peso se aumenta paulatinamente hasta completar el reglamentario, entre 25 a 30 kilos por mochila. Se hacen marchas que se aumentan diaria y progresivamente hasta 20 kilóme



tros. Estas marchas se hacen en la mañana, pues la tropa debe estar de regreso en el cuartel a la hora del almuerzo.

Después de terminado el período de instrucción llamado de sección, Compañía y Batallón, viene el de Campaña, el cual dura mas o menos 30 días y en el se rinde el máximo de energía, se ejecutan marchas forzadas, ejercicios de combate y servicios nocturnos, llevados casi a la realidad a fin de ilustrar y dejar apto al conscripto para un caso positivo.

Durante la campaña se pernocta en carpas sin contarse por supuesto con comodidades como colchas, etc. La mochila forma parte del equipo hasta el grado de Sargento 2º.

Las consideraciones detalladas afectan al conscripto durante el año militar; al personal de planta durante toda su carrera militar.-

#### EL DESEMPEÑO DE LOS SUBOFICIALES, CLASE Y SOLDADOS EN LAS ARMAS DE ARTILLERIA Y CABALLERIA.

Por orden de grados es el siguiente:

Sargento 1º. Es el encargado de la documentación de la Batería, y le corresponde llevar al día los diferentes libros, Se desempeña también como oficial de semana, debiendo controlar el cumplimiento de las órdenes del comandante de la Batería, en lo que se refiere al servicio interno.

Durante su semana de servicio, debe pasar revista a los Almacenes de la Unidad y dejar constancia de las novedades encontradas en los libros respectivos. Tiene también la obligación de asistir a la distribución de la Batería desde Diana a



Retreta.

Vice-Sargento 1º. Debe asistir a todas las instrucciones que tenga la Unidad. Es el encargado de llevar el programa de instrucción diario y el que reemplaza al Oficial instructor. Además de las instrucciones generales tiene varios temas de enseñanza especial que desarrollar y que conciernen a Apuntadores, Conductores, equitación, etc. Reemplaza a su vez al Sargento 1º cuando éste se encuentra en alguna comisión.

Sargento 2º. Su desempeño es como comandante de pieza instructor; tiene a su cargo la instrucción de las distintas especialidades de un grupo de 20 a 25 conscriptos. Su llegada al cuartel es a la Diana, cuando se hace cargo de su gente hasta retreta.

En la atención al ganado, tiene a su cargo de 30 a 40 caballos o mulares que están repartidos dentro de su personal, vigilar el aseo de ese ganado y que se le de el forraje reglamentario.

En la gimnasia, instruye a los conscriptos en los distintos ejercicios hasta que los deja en condiciones para que los pueda tomar a su cargo el Oficial instructor.

Instrucción individual, enseña a los conscriptos el manejo de las armas, los prepara para defenderse por si solos y para defender la Patria.

Artillería, enseña el manejo de los diferentes instrumentos de guerra al personal que tiene a su cargo.

Equitación, instruye a su gente en los distintos ejercicios que deben hacer sobre el caballo.

Cargos que se le dan en la Batería: Guarda Almacén de Vestuario y Equipo, para lo cual debe llevar el libro de Almacén,



donde debe anotar las novedades que haya. Es el responsable de dicho cargo, para lo cual tendrá en Caja de Ahorros la suma de dos meses de sueldo, para poder responder de las pérdidas que se puedan presentar. Deberá mantener todas las especies marcadas de acuerdo con el reglamento. Debe llevar además, toda la documentación de la Batería.

Como Guarda Almacén de Armamento Mayor y Menor, debe llevar al día una serie de libros, como el de Cargo de Armamentos, accesorios, Libro de Vida de Armamento, etc.

Como Comandante de Guardia, es nombrado con 24 horas de anticipación, y su servicio dura 24 horas. Las obligaciones son las que le da el Reglamento de Servicio de Guarnición; además debe controlar y ser el responsable de que todo el personal de guardia cumpla con sus obligaciones.

De las 24 horas a Diana reemplaza al Oficial de Servicio, procediendo en todos sus acuerdos con las obligaciones de éste. Fuera de anotar en el libro respectivo las novedades que se presenten, es a la vez responsable de todo el personal que se encuentra castigado; de la salida y llegada de vehículos de la Unidad y particulares.

Cabo 1º. Su desempeño en las instrucciones es casi igual al Sargento 2º; por lo general se desempeña como ayudante de pieza, no teniendo responsabilidad en las instrucciones.

Como Clase de Servicio. Este puesto le corresponde al Sargento 2º., Cabo 1º. y Cabo 2º.; será nombrado por la orden de la Batería, su servicio durará 24 horas hasta la hora del relevo de la Guardia. Será el ayudante del Primero de Semana y del Sargento 1º. de la Batería.



Debe formar la Batería a la hora de Diana y Retreta y dará cuenta por escrito en el Libro correspondiente de las novedades que se presentan en la Unidad. También le corresponde vigilar el orden y aseo dentro de su Batería. Tiene, además la obligación de presentar al médico al personal que se encuentra enfermo y preocuparse por las indicaciones médicas respectivas, fuera de una serie de otros detalles relacionados con el bienestar del personal dentro de la Unidad.

Cabo 2º. Tiene las mismas obligaciones del Cabo 1º., es encargado de la ropa de su pieza donde corresponde.

Como Jefe de Guardia de Pesebreras. Se recibe del ganado de la Unidad, forraje y aperos respectivos. Es responsable del cuidado del ganado y por lo tanto debe llevar al Veterinario todos los animales enfermos y anotar en el Libro de Novedades las circunstancias pertinentes.

Como Cabo de Semana. Tiene a su cargo los comedores y útiles para el almuerzo del personal, y recibe las porciones de acuerdo con el estado diario que pasa el Sargento 1º. de la Compañía.

Como Cabo llavero de Guardia. Se recibe de las llaves de las dependencias y puerta falsa; es el encargado de abrir y cerrar las puertas y conducir el personal al rancho a la hora de las comidas.

Soldado 1º. Se desempeña como ayudante del comandante de pieza; cuando no hay contingentes, trabaja en los almacenes. Hace servicio de guardia como cabo de cuartel, asiste a las academias de suboficiales y clases.



Soldado 2º. Depende de la especialidad que le designe el reglamento de Dotación de Paz; sus principios son misiones de poca responsabilidad que se le dan dentro de las Baterías. Asiste a las academias de clases y soldados donde se prepara para sus ascensos. Hace servicio de guardia de cuarteleros y otros servicios internos de la Unidad.

Las instrucciones de la caballería cambian los horarios de equitación por artillería y conductores; las demás instrucciones son iguales a la Artillería y también el desempeño de los sub-oficiales, clases y soldados.

Para cualquiera de las armas, el reglamento establece que todo individuo que es contratado en el Ejército (personal de tropa) con una profesión especial como músico, sastre, zapatero, etc. debe ejercerla con beneficio directo para la Unidad, teniendo además la obligación de cumplir con ciertas disposiciones del reglamento interno, generales a todo el personal de tropa.

## CAPITULO VI

## ALIMENTACION

## CONCEPTOS GENERALES SOBRE NUTRICION

Se puede comparar a nuestro organismo con una máquina que para que funcione regularmente necesita un combustible, "los alimentos".

Qué papel desempeñan los alimentos en el organismo?

Los alimentos desempeñan tres funciones en el organismo: sirven para la renovación de las células; contribuyen a los gastos de energía y al mantenimiento de ciertas funciones.

Hasta hace algunos años se atribuía una importancia considerable al poder energético de los alimentos, es decir, al número de calorías que al metabolizarse cedían al organismo, y hasta se pensó que podían substituirse entre sí, según los cálculos de Bubner <sup>(9)</sup>; por ej: si un gramo de albúmina o de hidrato de carbono desarrolla 4,1 calorías y un gramo de grasa 9,3 calorías, y si el organismo necesita de 2,500 a 3000 calorías en las 24 horas para mantener el equilibrio nutritivo, se podría administrar en grasa o en hidratos de carbono la cantidad necesaria. Pero si es verdad de que las tres clases de alimentos se pueden reemplazar entre sí en cuanto a su valor energético, en cambio sus propiedades plásticas son diferentes. El organismo necesita de albúminas, y todavía de varias clases de ellas, pues los diversos amino-ácidos que entran en la constitución de las distintas albúminas no tienen la misma acción ni la misma importancia. Algunos amino-ácidos son indispensables para la elaboración de la molécula protoplasmática y otros para el fun-



cionamiento del organismo.

Existen ciertas sustancias que no tienen ningún valor energético ni plástico y que, sin embargo son indispensables al organismo como pasa con las vitaminas. Casimiro Funek (10) les dió este nombre a ciertas sustancias que se encuentran en los alimentos crudos y que tienen la particularidad de ser destruidos por el calor y los cuales el organismo es incapaz de sintetizar.

La ausencia de vitaminas en la alimentación produce una serie de trastornos que se conocen con el nombre de avitaminosis o de enfermedades por carencia.

Ración alimenticia.- Es el conjunto de sustancias alimenticias que van a desempeñar el rol plástico de elementos formadores de nuestros tejidos a medida que estos se destruyen, y el rol energético producto de la energía que estos mismos elementos desarrollan en el curso de 24 horas.

Estas raciones alimenticias no son siempre iguales, y no lo son porque el individuo cambia continuamente, tanto en sus necesidades orgánicas para repararse, como en sus necesidades energéticas en su actividad.

Hay raciones alimenticias determinadas, de distintos tipos, según la actividad a que está sometido el individuo en el curso de su vida. Las necesidades del niño son distintas a las del adulto.

Los defectos que ahora generalmente se observan en el desarrollo del niño, tienen por lo común su origen en la deficiencia e insuficiencia del régimen alimenticio, y se hacen latentes en la escasa estatura, la mala constitución ósea y



calidad de los dientes, la falta de capacidad intelectual, sin contar la escasa resistencia contra las enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis.

Hoy en día por el encarecimiento enorme y general de la vida que dificulta y hace casi imposible todo exceso de alimentación, más que inculcar hábitos de sobriedad en el comer, precisa enseñar como se han de aprovechar hasta el máximo los medios de que se disponga para alimentarse; y más que en ninguna otra parte es necesaria esta enseñanza en el hogar obrero, por los insuficientes salarios que se pagan, y que sin embargo, se califican como vitales; y porque, insuficientes y todo, se malgastan en su mayor parte en licor y juegos de azar. Urge por tanto, principalmente infundir en el pueblo hábitos de disciplina económica, y no menos enseñarles a distinguir y preferir los alimentos que son la base de su sustento y vitalidad. Desgraciadamente, no solo el pueblo sino también las clases sociales más elevadas ignoran absolutamente lo que el organismo humano necesita en materia de alimentación y en cuales clases de alimentos se encuentran las albúminas, los hidratos de carbono, las grasas, vitaminas y sales minerales, insustituibles en el desarrollo y mantención de la vitalidad.

No es que desdeñemos una cultura general providencial no objetemos que se infundan hábitos de refinamiento social sin perjuicio de fines más esenciales; pero más importante que todo esto, es enseñar a conocer el valor calorífico y nutritivo de los alimentos, tanto sólidos como líquidos, y en general a adquirir las normas elementales de economía doméstica y puericultura. Si en las clases sociales medias el conocimiento de todo



esto es muy superficial, en el pueblo, no existe absolutamente. Proporcionárselo es más que permitirle elevarse y dignificarse, es redimirlo y salvarlo de su actual ruina física y moral.

De acuerdo con las observaciones de los casos estudiados, clasificamos la alimentación en tres categorías a saber;

1°.- Alimentación buena, es aquella que contiene carne, legumbres, verduras, leche y sus derivados, huevos, cantidad suficiente de grasas e hidrato de carbono, y frutas.

2°.- Alimentación regular, es aquella que carece de uno de los alimentos anotados en la clasificación anterior; y

3°.- Alimentación mala, es aquella que carece de dos o más alimentos considerados como indispensables.

Calidad de la alimentación de un grupo de 60 familias del personal de tropa de la Guarnición de Santiago, en 1942.-					
30 familias de sanos			30 familias de enfermos		
Calidad de alimentación	N° de casos	Por ciento	Calidad de la alimentación	N° de casos	Por ciento
1° buena	13	43	1° buena	3	10
2° regular	8	27	2° regular	8	27
3° mala	9	30	3° mala	19	63
Totales	30	100	Totales	30	100

Vemos que el 63% de las 30 familias en las cuales hay un enfermo, tenían alimentación de mala calidad, en comparación con solo el 30% en las familias de sanos. Llama la atención esta diferencia marcada, si tomamos en cuenta el hecho de



que ambos grupos familiares gastan un porcentaje muy semejante de su renta mensual en alimentación. Así, en el grupo de familias de sanos esta cifra asciende a un 63,89%, y en las familias de enfermos a un 60,13%.

Sin duda, el problema de buena alimentación está influenciado en gran parte por la renta que se destina a esta necesidad vital, pero también en este caso particular de las familias del personal de tropa del Ejército, está en relación con la educación sanitaria, pues es un hecho perfectamente comprobado que nuestra gente no sabe qué alimentos de verdadero valor nutritivo necesita ingerir y, cosa curiosa, muchas veces los de más alto poder nutritivo son relativamente baratos.

Creo de interés consignar el caso de una familia perteneciente al grupo de enfermos en la cual gran parte de la renta diaria se destinaba a marisco, que, como todos sabemos son extraordinariamente caros entre nosotros, pero en cambio, no consumían leche, mantequilla, verduras, fruta ni demás elementos protectores de la salud. Este sería un ejemplo típico de falta, de educación sanitaria en materia de nutrición.

Esta mala nutrición en el grupo de enfermos tenemos que considerarla como un factor coadyuvante en el posible contagio que puedan adquirir los contactos dentro del ambiente intrafamiliar. En el caso que consumían marisco y que citamos anteriormente, el estudio radiológico de los contactos, nos ha demostrado el más alto índice de infección entre ellos que entre el resto de personas estudiadas con igual objeto, Si bien es cierto que un caso no tiene valor estadístico, lo dejamos sin embargo consignado como un hecho sugestivo de la estrecha rela-



ción que tendría la mala alimentación que baja la defensa del terreno frente a la infección tuberculosa.-

## CAPITULO VII

## LA HABITACION

Si nos remontamos a los tiempos más primitivos, en que el hombre vivía en un estado de salvajismé tal que no se preocupaba del vestuario, ni de la alimentación, y que para adquirirla no necesitaba de grandes sacrificios y la consumía al estado natural como se la proporcionaba la madre naturaleza; veremos que no sucede lo mismo con la habitación, pues el proporcionársela fué aun para el hombre más primitivo fin primordial, en cuya consecución ejercitó su inteligencia para obtener el deseado refugio contra las inclemencias del tiempo, los animales feroces, los insectos y reptiles venenosos.

Poco a poco con el correr de los siglos, vemos como de la humilde excavación natural que sirvió de vivienda a los primeros habitantes, se ha evolucionado hasta alcanzar en nuestros días la ciencia de la Arquitectura que ha llegado tal vez a su grado más alto en el perfeccionamiento y confort de las habitaciones. Pero a pesar de estos grandes adelantos, vemos también que no podemos vanagloriarnos del todo, ya que nuestro pueblo se ve en la necesidad de habitar casas que en su mayoría son tan antihigiénicas e insalubres que parece estuviéramos todavía en plena Edad Media.

Todo esto se debe a la gran escasez de habitaciones para obreros y empleados especialmente, lo que hace aumentar el valor de los arriendos sin que los propietarios se preocupen de reparar sus casas o hacer construcciones nuevas, porque saben que sin necesidad de incurrir en gastos, siempre per



cibirán una buena renta por sus propiedades.

Es verdad que la Caja de la Habitación Popular y algunas instituciones particulares han construido algunas poblaciones para empleados y obreros, pero su número en total es muy reducido comparado con el alto porcentaje de familias que necesitan de ellas.

En el Ejército sucede igual que en cualquiera otra institución, con el problema de la habitación.

Existen algunas Poblaciones, como la Sargento Tapia ubicada en Franklin, entre San Ignacio y Cochrane; otra sería la Población para Suboficiales, ubicada en Rondizzonni; más el reducido número de casas de ambas Poblaciones no alcanza ni para el personal de una sola Unidad.

Para remediar esta deficiencia algunas Unidades proporcionan piezas dentro de los mismos cuarteles, al personal que más las necesitan, mientras se encuentra donde ubicarlos mejor o surjan otras poblaciones, aunque sean tan deficientes como las nombradas. La mayor parte del personal de tropa que no tiene casa propia se ve obligado a vivir en piezas reducidas y antihigiénicas porque los altos cánones de arriendo le impiden ocupar casas de mejores condiciones.

Para darse una idea clara de este problema, exponemos algunos cuadros estadísticos relacionados con el Tipo, Calidad y Costo de la habitación que ocupa un grupo de 60 familias del personal de tropa de la Guarnición de Santiago, en 1942.

Respecto al tipo de habitación la hemos clasificado en 3 grupos: casa cité y conventillo. A continuación expo -



nemos un cuadro estadístico en relación con esta clasificación.

Tipo de habitación que ocupa un grupo de 60 familias del personal de tropa de la Guarnición de Santiago, en 1942.-					
30 familias de sanos			30 familias de enfermos		
Tipo de habitación	Nº de casos	%	Tipo de habitación	Nº de casos	%
Casa	18	60	Casa	10	33
Cité	9	30	Cité	14	47
Conventillo	3	10	Conventillo	6	20

El 60% de las familias de sanos ocupan casas y sólo el 33% de las familias de enfermos hacen lo mismo. Viven en cité el 30% de las familias de sanos y 47% de las familias de enfermos, y finalmente en conventillo un 10% y 20%, respectivamente.

En general, de este cuadro se puede inferir que las familias de enfermos viven en peores condiciones en cuanto a tipo de habitación que las familias de sanos, en las cuales casi los 2/3 viven en casas, a diferencia de las familias de enfermos, de que prácticamente solo 1/3 vive en iguales condiciones. Naturalmente que esta clasificación es de escaso valor si no tomamos en cuenta la calidad de la habitación y así hemos querido clasificarlas en salubres, mediansamente salubres e insalubres.

Creemos inútil definir estos términos ya que de por



si expresan claramente sus significados.

Calidad de la habitación, en un grupo de 60 familias del personal de tropa de la Guarnición de Santiago, en 1942.-					
30 familias de sanos			30 familias de enfermos		
Calidad de la habitación	N° de casos	%	Calidad de la habitación	N° de casos	%
1° Salubres	14	47	1° Salubres	6	20
2° Medianamente salubres	7	23	2° Medianamente salubres	14	47
3° Insalubres	9	30	3° Insalubres	10	33
Totales	30	100	Totales	30	100

En las familias de sanos el 47% de las habitaciones son salubres, y sólo el 20% en las de las familias de los enfermos. Medianamente salubres, sólo el 23% de las habitaciones de familias de sanos y 47% en la de los enfermos, y, finalmente, insalubres un 30% y 33% respectivamente, que bien podemos no tomarlos en cuenta.

En materia de alumbrado la situación es similar en ambos grupos en comparación y la estadística que sigue así lo demuestra.

Calidad del alumbrado con que cuenta un grupo de 60 familias del personal de tropa de la Guarnición de Santiago, 1942.					
30 familias de sanos			30 familias de enfermos		
Calidad del alumbrado	Nº de casos	%	Calidad del alumbrado	Nº de casos	%
Eléctrico	26	87	Eléctrico	27	90
A vela	4	13	A vela	3	10
Totales	30	100	Totales	30	100

En efecto 87% de las familias de sanos utiliza alumbrado eléctrico y un 13% alumbrado a vela. En el grupo de enfermos estas proporciones son 90 y 10%, respectivamente.

Otro aspecto de la habitación que hemos querido estudiar en el de la ventilación, y por esto hemos clasificado las habitaciones en 3 grupos: sin ventilación, con poca ventilación, y con buena ventilación. El cuadro estadístico que exponemos a continuación nos expresa numericamente este aspecto sanitario.



Ventilación en las habitaciones de un grupo de 60 familias del personal de tropa de la guarnición de Santiago en 1942.-					
30 familias de sanos			30 familias de enfermos		
Ventilación	N° de casos	%	Ventilación	N° de casos	%
Sin ventilación	9	30	Sin ventilación	8	27
Poca ventilación	8	27	Poca ventilación	12	40
Buena ventilación	13	43	Buena ventilación	10	33
Totales	30	100	Totales	30	100

Tanto en las familias de sanos como de enfermos las casas sin ventilación alcanzan a un alto porcentaje, siendo de un 30 y 27% las cifras respectivas. Poca ventilación se ve con más frecuencia en las casas de familias de enfermos, ya que en estos asciende a un 40% en comparación con un 27% en las familias de sanos. Finalmente, la buena ventilación es más frecuente en las familias de los sanos, en las cuales el 43% de sus habitaciones dispone de ella a diferencia de sólo un 33% en las habitaciones de las familias de enfermos.

En cuanto a la calidad de las paredes también hicimos un estudio estadístico que a continuación transcribimos, dividiendo la calidad en ladrillo, adobe, tabique y tabla.





Calidad de las paredes en las habitaciones de un grupo de 60 familias del personal de tropa de la guarnición de Santiago, en 1942.-					
30 familias de sanos			30 familias de enfermos		
Calidad de las paredes	N° de casos	%	Calidad de las paredes	N° de casos	%
Ladrillo	2	7	Ladrillo	3	10
Adobe	12	40	Adobe	18	60
Tabique	15	50	Tabique	8	27
Tabla	1	3	Tabla	1	3
Totales	30	100	Totales	30	100

La diferencia más marcada a este respecto está en el adobe y tabique, pues en un 40% las habitaciones de las familias de sanos son de paredes de adobe, y en un 60% las habitaciones de las familias de enfermos. El tabique es más frecuente en las habitaciones de los sanos en las cuales se les emplea en un 50%, en comparación con un 27% en el grupo de habitaciones ocupadas por los enfermos. La minoría de los 2 grupos emplea ladrillo o tabla, y los porcentajes son muy semejantes.

En conclusión podemos decir que las habitaciones de las familias de enfermos son en general de muy mala calidad, pues, si agrupamos las habitaciones medianamente salubres e insalubres, tenemos que el 80% corresponde a estas 2 clases y sólo un 20% son salubres. En cambio, en las familias de sanos



sólo un 53% vive en habitaciones de mala calidad.

Nuevamente no podemos rechazar el papel que desempeña la mala habitación en la posibilidad de contagio tuberculoso, pues indica hacinamiento, mala ventilación, iluminación pobre, etc, etc.; todo lo cual repercute directamente en la salud.

Procuramos estudiar con el máximo de detalles todas las condiciones de salubridad de la habitación, y así hemos agrupado en cuadros estadísticos los servicios higiénicos de que disponen, la calidad del piso, alumbrado, ventilación, calidad de las paredes, y, finalmente, el número de personas por pieza.

Comensaremos por el cuadro de los servicios higiénicos que a continuación exponemos.

Servicios higiénicos con que cuenta un grupo de 60 familias del personal de tropa de la guarnición de Santiago, en 1942.					
30 familias de sanos			30 familias de enfermos		
Servicios higiénicos	Nº de casos	%	Servicios higiénicos	Nº de casos	%
Alcantarillado	20	67	Alcantarillado	10	33
Pozo séptico	4	13	Pozo séptico	8	27
Pozo negro	4	13	Pozo negro	7	23
Acequia	2	7	Acequia	5	17
Totales	30	100	Totales	30	100

En la estadística anterior vimos que el 60% de las familias de sanos vivía en casas, lo que naturalmente hace supo-



ner que en la mayoría de estas existía servicio de alcantarillado, a diferencia de sólo el 33% de las habitaciones ocupadas por familias de enfermos.

Cuando no hay alcantarillado existe pozo séptico, pozo negro o acequia. Solo el 33% de las familias de sanos emplea estos servicios higiénicos, en cambio en las familias de los enfermos esta proporción asciende a 67%.

A continuación anotamos un cuadro en relación con la calidad del piso de las habitaciones.

Calidad del piso en las habitaciones de un grupo de 60 familias del personal de tropa de la guarnición de Santiago, 1942.					
30 familias de sanos			30 familias de enfermos		
Calidad	N° de casos	%	Calidad	N° de casos	%
Tabla	28	93	Tabla	29	97
Ladrillo	0	0	Ladrillo	0	0
Tierra	2	7	Tierra	1	3
Totales	31	100	Totales	30	100

Podemos ver que los porcentajes son muy semejantes y que tanto sanos como enfermos emplean tabla en sus habitaciones en un alto porcentaje, que es de 93% para las familias de sanos y 97% para las familias de enfermos. El número de familias que tienen piso de tierra en las habitaciones es tan reducido que bien podemos no tomarlo en cuenta.



En resúmen, podríamos decir que en un 50% las familias de sanos tienen tabique en sus casas, a diferencia de las familias de enfermos que lo tienen solo en un 27%, revelando así, junto con los otros factores estudiados anteriormente, la mejor calidad en general de la habitación de las familias de sanos.

Hemos querido dejar para el final el análisis estadístico del número de personas por pieza en ambos grupos de familia en estudio, y los resultados los anotamos en el cuadro que sigue:

N. de piezas ocupadas por un grupo de 60 familias del personal de tropa de la Guarnición de Santiago, en 1942

30 familias de sanos				30 familias de enfermos			
N. de familias	N. de personas p. familia	N. de piezas ocupadas	N. de personas por pieza	N. de familias	N. de personas por familia	N. de piezas ocupadas	N. de personas por pieza.
5	3	1	3	4	4	1	1
4	4	1	4	3	4	1	4
1	5	1	5	3	5	1	5
3	6	1	6	2	6	1	6
1	9	1	9	4	3	2	1,5
5	4	2	2	2	4	2	2
1	5	2	2,5	1	5	2	2,5
1	6	2	3	1	9	2	4,5
1	7	2	3,5	1	4	3	1,3
2	3	3	1	1	9	3	3
2	4	3	1,3	1	10	3	3,3
1	6	3	2	1	4	4	1
1	7	3	2,3	1	6	4	1,5
1	3	4	0,7	1	8	4	2
1	9	6	0,6	2	4	5	0,8
				1	4	6	0,6
<b>Totales</b>	<b>140</b>	<b>35</b>	<b>4</b>	<b>30</b>	<b>142</b>	<b>44</b>	<b>3,22</b>

00



En las 30 familias de sanos tenemos un promedio de 4 personas por pieza, y en las de enfermos 3,22 personas por pieza, valores que son muy semejantes y que no tendrían ninguna diferencia estadística apreciable; de todas maneras las cifras de 4 y 3,22 de personas por pieza nos está indicando que las condiciones de vida del personal en estudio son deficientes, ya que nos parece excesivo que en las piezas de tamaño corriente habiten 4 personas. Estudiando aisladamente algunos sanos en especial, nos encontramos en que hay familias con 5, 6 o 9 miembros que viven solo en una pieza.

Número de personas por cama en un grupo de 30 familias del personal de tropa de la guarnición de Santiago, en 1942.					
30 familias de sanos			30 familias de enfermos		
N° de personas por camas	N° de camas	Total de personas	N° de personas por camas	N° de camas	Total de personas
1	26	26	1	43	43
2	43	86	2	39	78
3	8	24	3	7	21
4	1	4	4	0	0
Totales	78	140	Totales	89	142
Promedio de personas por camas	1,8		Promedio de personas por camas	1,6	

Ahora el promedio de personas por camas es también muy semejante en los 2 grupos de familias en estudio, y los valores son de 1,8 y 1,6 en familias de sanos y enfermos respectivamente.



tivamente, estas cifras no nos parecen exageradas y a este respecto creemos que el personal en estudio dispone de un número de camas suficiente.

Después del análisis detallado de la habitación, surge una pregunta del más alto interés. Qué tanto por ciento de la renta mensual destinan estas familias para habitación? El cálculo nos da valores muy semejantes, como puede verse en el cuadro resumen de la distribución de las entradas de cada grupo de familias en estudio, y, realmente, es doloroso comprobar el escaso margen que destina esta gente para una vivienda apenas habitable.

En las familias de sanos este porcentaje alcanza a 13,33% y en los de enfermos 11,52%, siendo el gasto real para ambos grupos de familias entre \$ 50,00 y \$ 280,00 mensuales. Solo con leer estas cantidades nos damos cuenta inmediatamente que el problema de la habitación es uno de los más serios a considerar para el mejoramiento económico-social del personal de tropa del Ejército.-



## CAPITULO VIII

## EL VESTUARIO

Si hay algo a lo que en realidad nuestro pueblo no le presta la debida importancia, ello es al vestuario. Estiman que el tener dos o más mudas completas de ropa es propio de la gente media o adinerada; y para ellos no constituye una importancia el tener la cantidad suficiente o indispensable de vestimenta con que cubrir su organismo.

Esta gran negligencia en el vestir constituye un verdadero problema higiénico, pues el individuo que no tiene ropa suficiente necesariamente no puede mantenerla aseada, lo cual trae como consecuencia obligada la falta de aseo del organismo, que a su vez produce y favorece el desarrollo de parásitos portadores de enfermedades, como el tifus exantemático causado por la deposición del piojo, y de otras enfermedades de la piel, como la sarna, íntimamente ligada a la falta de aseo.

En lo tocante a ropa de cama, el problema es mayor aún, pues hay familias obreras que no solo no la tienen sino que carecen de la cama misma, bastándoles algunos gergones donde poder descansar. Aun en el caso de familias que tienen camas, nunca corresponden estas por su escaso número a las necesidades verdaderas del grupo familiar; y así hay casos, increíbles pero constatados, en que una familia completa duerme en una sola cama, y no son casos excepcionales sino que frecuentes, de familias que por término medio no bajan de 4 personas por cada una. Agregue se que, salvo en raros casos, la previsión de ropa de cama de que tales familias disponen, es suficiente.



Como vemos, este problema es más grave aún que el del vestuario personal, porque compartir un mismo lecho personas sanas y enfermas constituye una inevitable fuente de contagio permanente, sobre todo cuando se trata de enfermedades infecto contagiosas, como la sífilis, y tuberculosis.

Ahora, si se analiza el problema desde el punto de vista moral, resulta que es mayor, aun por el hecho de que no se hace distinción de sexo ni de edad entre los varios individuos que ocupan una misma cama.

Según la estadística, vemos que nuestros obreros gastan más o menos de 1,8 a 2% de su salario en vestuario, lo que es demasiado bajo si se le compara con las estadísticas de otros países, como EE.UU. cuyos obreros invierten en vestuario el 12,6% de su renta.

En nuestro país, de bruscos cambios atmosféricos sobre todo en el Sur, donde los inviernos son tan rigurosos, fá-cilmente se desarrollan enfermedades del aparato respiratorio, especialmente la neumonía y bronco-neumonía, que dejan en los organismos débiles un campo propicio al desarrollo de la Tuberculosis. Con mayor frecuencia se observa esto entre la gente pobre, de malas condiciones de vida, escaso alimento, y habitacio-nes insalubres, condiciones adversas que en parte se remediarían con la protección de un vestuario más o menos adecuado para mantener al individuo lo suficientemente abrigado y a cubierto de los bruscos e intensos cambios atmosféricos.

Aunque los casos más arriba referidos no pue-den aplicarse en toda su extensión y gravedad al personal sub-alterno del Ejército, que por su condición y disciplina está



en un órden moral y material más elevado que el correspondiente al común de la clase obrera, y aunque lo ideal sea muchas veces inaccesible; como la importancia del problema del vestuario es tanta, deseo evidenciarla aún más con las siguientes observaciones; para cuya comprensión hemos clasificado el vestuario en 3 categorías a saber:

1°.- Vestuario completo, es el que cuenta con dos mudas completas, como mínimo, incluyendo dos trajes completos para salir y zapatos, deben estar en buen estado de conservación y ser adecuado a la estación.

2.- Vestuario semi-completo: se considera aquel cuyo estado de conservación es bueno pero carece de algunos de los elementos anotados.

3.- Vestuario incompleto: aquel que carece de dos o más elementos de los que se consideran como indispensables y además se halla en mal estado.

En un primer cuadro analizaremos la calidad de la ropa de cama con que cuentan las 60 familias en estudio.

Calidad de la ropa de cama con que cuentan los familiares de un grupo de 60 familias del personal de tropa de la Guarnición de Santiago, en 1942.-					
30 familias de sanos			30 familias de enfermos		
Calidad de la ropa de cama	Nº de casos	%	Calidad de la ropa de cama	Nº de casos	%
Completa	12	40	Completa	7	23
Semi-completa	11	37	Semi-completa	10	33
Incompleta	7	23	Incompleta	13	44
Totales	30	100	Totales	30	100

De este cuadro podemos rápidamente darnos cuenta de que las familias de sanos disponen de ropa de cama de calidad completa un alto porcentaje (40%), en comparación con las familias de enfermos que solo un 23% tienen de esta misma calidad. Por consiguiente, en las familias de enfermos la calidad semi-completa e incompleta asciende a un 77%, mientras que solo es de 60% en las familias de sanos.

De todas maneras, si bien las familias de sanos disponen en mayor proporción de ropa de cama de mejor calidad queda aun un alto porcentaje que la tiene solo de calidad incompleta (30%). En las familias de enfermos este porcentaje alcanza a la casi increíble cifra de 44%.

En un segundo cuadro analizamos ahora la calidad del vestuario en los dos grupos de familias.-



Calidad del vestuario que poseen los miembros de un grupo de 60 familias del personal de tropa de la Guarnición de Santiago, en 1942.-					
30 familias de sanos			30 familias de enfermos		
Calidad del vestuario	Nº de casos	%	Calidad del vestuario	Nº de casos	%
Completo	7	50	Completo	7	23
Semi-completo	9	30	Semi-completo	15	50
Incompleto	6	20	Incompleto	8	27

Al igual que en los cuadros anteriores en las familias de sanos las condiciones de vestuario son muy superiores a las de las familias de enfermos, pues en las primeras exactamente la mitad, o sea el 50% emplean vestuario completo.

En las familias de enfermos la situación es muy distinta y sólo el 23% tiene calidad completo de vestuario, y el resto 77%, semi-completa e incompleta.

Cabe aquí también la misma pregunta que nos hicimos para la habitación. Qué tanto por ciento de la renta mensual se invierte en vestuario? Para las familias de enfermos es de 11,02% y para las familias de sanos 8,83%. Inmediatamente nos llama la atención que las familias de sanos que gastan un poco menos en vestuario que las de los enfermos tienen en general mejor calidad de vestuario. Nos encontramos nuevamente con el interesante problema de que nuestra gente no sabe gastar lo poco que destina a vestuario en lo realmente útil y necesario y

seguramente en este, como en otros aspectos sociales, la educación tendrá en el futuro un papel preponderante.

.



## CAPITULO IX

## RECREACIONES

Innegable es la importancia que para la salud y la mente tienen las recreaciones; ellas alivian y hacen desaparecer aquel abatimiento que inevitablemente sigue a todo esfuerzo, ya sea muscular, ya de la mente, persistido durante algunas horas. Nuestra vitalidad y nuestra mente las exigen para reanimarse y cobremos con ello nuestro vigor para seguir en el diario bregar por la existencia.

Esta inclinación a las recreaciones como medio para refortalecer el organismo humano, se ha manifestado en todos los tiempos aun los más primitivos; y así vemos como nuestros indios las practicaban en sus juegos atléticos, en los que participaban no sola la colectividad que los efectuaba sino ocasionalmente también las tribus vecinas.

Desgraciadamente a tales juegos vigorizadores e higiénicos seguía una descomunal orgía que les mermaba sino les hacía perder toda su eficacia. Tal como hoy en día, en que todo motivo de esparcimiento se convierte en ocasión de excesos reprobables; y esto no solo entre las clases sociales más humildes sino entre las más elevadas y que presumen de cultas.

Que no se ha exagerado en las líneas que preceden se comprueba a lo menos en lo tocante a nuestro pueblo, en el cuadro estadístico que sigue, que muestra como aprovechan sus horas libres 60 familias del personal de tropa de la Guarnición de Santiago, en 1942.-

Forma en que aprovecha su tiempo libre un grupo de 60 familias del personal de tropa de la Guarnición de Santiago, en 1942.-

30 familias de sanos			30 familias de enfermos		
Forma de aprovechamiento	N.º de person.	Por ciento	Forma de aprovechamiento	N.º de person.	Por ciento
Lectura	11	7,9	Lectura	6	4,2
Música	5	3,6	Música	7	4,9
Cine	27	19,3	cine	37	26,1
Práctica de deportes	9	6,4	Práctica de deportes	8	5,6
Asisten a espectáculos deportivos	17	12,1	Asisten a espectáculos deportivos	6	4,2
Excursiones	12	8,6	Excursiones	10	7,0
Diversiones familiares	17	12,1	Diversiones familiares	35	24,6
Salen con amigos de farra	3	2,1	Salen con amigos de farra	6	4,2
sin indicación	39	27,9	sin indicación	27	19,2
<b>Totales</b>	<b>140</b>	<b>100</b>	<b>Totales</b>	<b>142</b>	<b>100</b>



Vemos que el aprovechamiento del tiempo libre, se condiciona por las más variadas formas, ocupando el cine un lugar preponderante.

Los porcentajes que se indican bajo la frase "Sin indicación", están en relación en su mayoría con menores de 7 años.

En otro cuadro hemos anotado el porcentaje de gente que fuma, juega a las carreras y finalmente los que no fuman ni juegan.

Otros vicios de un grupo de 60 miembros del personal de tropa de la Guarnición de Santiago, en 1942.-					
30 sanos			30 enfermos		
Vicios	Nº de casos	%	Vicios	Nº de casos	%
Fuman	6	20	Fuman	8	27
Juegan a las carreras	2	7	Juegan a las carreras	2	7
No fuman ni juegan	22	73	No fuman ni juegan	20	66
Totales	30	100	Totales	30	100

Los valores en ambos grupos en estudio son muy semejantes, llamándonos la atención que un alto porcentaje (73 y 66%) en sanos y enfermos respectivamente dicen no fuman ni juegan lo que estaría indicando que el principal vicio del personal en estudio sería el alcoholismo, como lo anotamos en un capítulo aparte.

Qué tanto por ciento de la renta mensual destinan estas familias a recreaciones? Es interesante anotar que después del rubro referente a alimentación viene el destinado a recreaciones, siendo este superior al que se destina a la habitación y vestuario.

El porcentaje de gastos en recreaciones para sanos asciende a 13,96% de la renta mensual, y en los enfermos a 17,33%. Por un lado, la vida moderna y especialmente el cine, que es relativamente barato, ejercen una atracción extraordinaria en toda clase de gente y por otro la falta de responsabilidad general en nuestro pueblo, hace que se estime de mayor importancia gastar en recreaciones lo que podría servir para comprar ropa a los hijos.

En verdad a nuestro pueblo le falta cierto grado de dignidad personal, que le hace descuidarse respecto a su vestimenta y considerar que andar decente y limpio es propio sólo de las clases adineradas.



## CAPITULO X

## EL ALCOHOLISMO

El alcoholismo considerado generalmente como un vicio, científicamente está clasificado dentro de las toxicomanías.

Qué se entiende por toxicomanía? Según el Dr. Allende (11) en su libro Realidad Médico-Social Chilena, dice, toxicomanía es el hábito inveterado, ansioso, de ingerir e inyectarse ciertas sustancias que dan al organismo bienestar psicológico u orgánico momentáneo pero que a la larga determinan lesiones en el cuerpo o trastorno de la mente que repercuten sobre la salud, la conducta, el ambiente y hasta la descendencia del que la ingiere o inyecta.

Las causas que inducen al individuo al alcohol podemos condensarlas en 2 grandes grupos.

Causas intrínsecas o del individuo mismo y causas extrínsecas serían aquellas que van íntimamente ligadas a la personalidad del individuo, a la falta de carácter, de responsabilidad, de energía para hacer frente a las dificultades que presenta la vida, etc.

Causas extrínsecas serían las producidas por el medio social, y que generalmente inducen al individuo al alcoholismo.

En Chile podemos decir que entre las principales causas del alcoholismo prevalente entre sus clases bajas sociales, están la falta de cultura de éstas, su ignorancia de los desastrosos efectos de ese vicio y, cuando no la ignorancia,



el desprecio por ellos y la falsa creencia de poder contrarrestarlos, dominarlos sin esfuerzos. Pero qué puede esperarse de un pueblo por lo general sumido en la miseria? Los bajos salarios solo permiten pésimas condiciones de vida, sin los suficientes medios para una subsistencia siquiera soportable; y en tales condiciones que raro es que el hombre del pueblo, sumido en la miseria, trate de mitigar sus penalidades con el falaz y fugaz sentimiento de felicidad y elación producido por el alcohol? Si en su hogar no ve sino dolor y miseria quién podrá negarle al ignorante hombre de la clase popular la clemencia y benignidad al juzgarlo, si busca sus momentáneos lenitivos en la taberna; entre sus amigos tan ignorantes y desgraciados como él mismo? Pero basta que esto ocurra con relativa frecuencia para que se convierta en propensión constante e inexistible con todas sus desastrosas consecuencias, físicas y morales, no solo para el individuo mismo sino para su hogar sumido entónces en peores condiciones que antes.

Entre las consecuencias para el individuo mismo están los trastornos orgánicos, como alteraciones nerviosas que llegan a producir la llamada parálisis alcohólica, y trastornos gástricos, hepáticos, etc. Se producen también un debilitamiento general, constante, inevitable, y una creciente disminución de energía y ánimo para el trabajo, cuyo rendimiento se ve así muy menguado. Por otro lado crece el peligro a que generalmente está expuesto el trabajador en las grandes industrias y en la construcción de edificios. Nos referimos a la audacia, por decirlo así, e inconciencia de los peligros, con que el ebrio o alcohólico, trabaja con máquinas cuya función



exige la mayor atención y tino para evitar que al menor descuido se produzca un grave accidente y aun la muerte; y en el caso de la construcción de edificios, a la imprudencia temeraria e incapacidad para preceverse de los riesgos de las grandes alturas sobre los estrechos y endebles andamios en que los operarios deben ejecutar su trabajo. Por eso es indispensable que los jefes de obras y patronos no permitan en ella ebrios o alcohólicos.

Cítase también esa irritabilidad peculiar del alcohólico, que lo induce a disputar y reñir con todo el mundo, con su familia, amigos y enemigos, y en ocasiones de máxima perturbación de ánimo hasta herir y matar.

Según cifras estadísticas del año 1938, de los detenidos (por los carabineros) por diversas infracciones un 44% lo fué por ebriedad, relación muy semejante a la de los años anteriores. En el año 1938, de 137,963 causas criminales que instruyeron los Juzgados de la República 45,171 se debieron a delitos de ebriedad.

Lo que precede se refiere a los efectos producidos en el individuo, víctima del alcoholismo.

Los efectos para la sociedad se palpan en la degeneración manifiesta, física, mental y moral de los descendientes de alcohólicos; y en la difusión de la tuberculosis a causa de ese vicio.

Según el Dr. Knopf mencionado por el Dr. Allen de, el 8% de los hijos de padres bebedores ocasionales fueron tuberculosos: 15% de bebedores habituales; y 21,7% de los ebrios consuetudinarios.



La miseria reinante es en su mayor parte efecto también del alcoholismo ya que casi la totalidad del salario se malgasta por el jefe del hogar en licor, dejando a la familia sumida en la indigencia; la mujer aun sin los mínimos medios para atender las necesidades del hogar, u obligada a suplirlos con su escaso y mal retribuido trabajo, y a los hijos abandonados y dándoles continuo mal ejemplo.

En Chile este problema es verdad ramente alarmante y por lo tanto se hace indispensable una estricta lucha antialcohólica por parte del Gobierno en la que cooperen las diferentes instituciones asistenciales y educacionales, mediante afiches de propaganda antialcohólica, conferencias educativas, centros culturales y de sana recreación, fomentándose el deporte, etc. Todo este hecho en gran escala, sin escatimar dinero ni sacrificios, con el objeto de tener resultados eficaces.

Debemos confesar que interrogar a los jefes de familia o a las esposas sobre las aficiones alcohólicas de los primeros, no es tarea fácil, pues sistemáticamente niegan el vicio y a lo más confiesan que beben ocasionalmente. En este sentido hemos procurado con paciencia y buen propósito hacer un cuadro en relación con esta fase de la cuestión, no pretendemos de ninguna manera que refleje la verdadera situación del alcoholismo entre el personal en estudio.



Alcoholismo de un grupo de 60 miembros del personal de tropas de la Guarnición de Santiago, en 1942.-					
30 sanos			30 enfermos		
Alcoholismo	Nº de casos	%	Alcoholismo	Nº de casos	%
Ocasionales	16	53	Ocasionales	15	50
Moderados	6	20	Moderados	4	13
Aficionados	3	10	Aficionados	8	27
No beben	5	17	No beben	3	10

A primera vista llama la atención el escaso porcentaje en ambos grupos, de jefes de familias que no beben, esta proporción es de 17 y 10% en sanos y enfermos, respectivamente. El resto en ambos grupos, 38 y 90% respectivamente se declara que bebe sin que nosotros analicemos en detalle lo que ellos llaman beber ocasionalmente, moderadamente, por mera afición, según el caso.

De todas maneras en ambos grupos en estudio no apreciamos una diferencia estadística marcada entre los que no beben o beben.-

EXPOSICION DE ALGUNOS CASOS TRATADOS  
DURANTE EL PERIODO DE ESTADA DE SEIS  
MESES EN EL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR  
SOCIAL DEL EJERCITO.



## CASO N° 1.-

Grupo familiar: 9 personas, el padre, la madre y 7 niños menores de 15 años, Hogar legalmente constituido. El padre, Sargento, 2°, de profesión músico, padece de T.B.C. pulmonar. Acogido a la Medicina Preventiva del Ejército en el mes de Abril de 1942.- La madre, sin profesión, presenta un embarazo de 4 meses. De carácter poco expansivo, se preocupa poco del hogar; carece del sentido de la responsabilidad y del ahorro. La hija mayor, de 15 años de edad, es de carácter terco, parecido al de la madre, no le interesa el trabajo, no mucho menos preocuparse del cuidado de sus hermanos menores. Los demás niños que están en edad de asistir al colegio cumplen con la Ley de Instrucción primaria obligatoria, Toda la familia es de aspecto débil, La situación económica de la familia, es deficiente.

Tratamiento:

Al padre se le concede 7 meses de reposo total en Sanatorio, a contar del 17-IV-42. Se hace examinar a Rayos a toda la familia, encontrándose enfermos el pulmón a la madre y a 3 de los hijos, los que siguen tratamiento médico controlados por el Servicio de Medicina Preventiva del Ejército. Se inscribe además a la madre en el Servicio Obstétrico del Departamento de Bienestar Social del Ejército. Se solicita ayuda económica a la Unidad con lo que se solucionó la situación económica de la familia.]- Se guió a la madre durante 3 meses en el buen manejo de su casa y distribución de las entradas.

Observaciones:

La salud de los enfermos ha mejorado notablemente. La

situación económica se ha estabilizado, pues la madre y la hija mayor han demostrado seguir fielmente los consejos dados por la Asistente Social.-



**CASO N.º 2.-**

**Grupo familiar:** 6 personas: el matrimonio y 4 hijos menores de 12 años. Hogar bien constituido. El padre, cabo 1º, de profesión litógrafo; padece de T.B.C. pulmonar. Acogido a la Medicina Preventiva del Ejército desde el mes de Marzo del presente año. La madre, de aspecto sano, demuestra ser muy buena dueña de casa.- Los hijos de 12, 10, 8 y 6 años respectivamente, son de aspecto débil. Los 3 hijos mayores asisten al colegio del barrio.- La situación económica-social de la familia es bastante deficiente.

**Tratamiento:**

Al padre se le concedió 3 meses de reposo total en Sanatorio desde el 22-VI-42. Se hace examinar a Rayos a toda la familia. Se encontró enfermos al pulmón a los 3 niños mayores, los que siguen tratamiento médico controlado por el Servicio de Medicina Preventiva del Ejército. Se consiguió que la madre se dedicara al lavado para que ayudara a su esposo en el mantenimiento del hogar.

**Observaciones.**

Con autorización médica el padre continúa su reposo en casa, su estado físico ha mejorado visiblemente.- Los niños continúan en tratamiento médico y probablemente sean enviados a colonias, dependientes del Departamento de Bienestar Social del Ejército. La situación económica se ha estabilizado, gracias a que la madre sigue en su trabajo de lavandera.



## CASO N° 3

Grupo familiar: Formado de 6 personas: el matrimonio y 4 hijos menores de 15 años. El padre, Cabo 1°; padece de T.B.C. pulmonar. Se acogió a la Medicina Preventiva del Ejército en el mes de Enero de 1942. La madre de aspecto enfermizo, presenta un embarazo de 5 meses. Los hijos son de aspecto sano, el mayor de 15 años de edad, cursó el 6° primario; los 2 que le siguen de 11 y 10 años, cursan el 3° y 2° año primario respectivamente. La enfermedad del padre, más las continuas enfermedades de la madre han motivado la difícil situación económica por la que atraviesa la familia.

Tratamiento.

La Medicina Preventiva concedió al padre 7 meses de reposo en Sanatorio a contar del 10-II-42.- Se llevó a examen a Rayos a la familia encontrándose a todos completamente sanos. Se inscribió a la madre en el servicio Obstétrico del Departamento de Bienestar Social del Ejército.- El hijo mayor se empleó de mozo en el Servicio de Medicina Preventiva del Ejército. Se solicitó ayuda económica al Departamento de Bienestar Social en lo que se ayudó a cancelar una cuenta pendiente en la Farmacia Militar.

Observaciones.

Al padre se le concedió el alta en el Sanatorio por motivos personales, autorizándosele para que continuara el reposo y tratamiento en casa. La madre sigue controlando su embarazo en el Servicio Obstétrico del Departamento de Bienestar Social del Ejército.- El hijo mayor continúa en el empleo. La situación económica ha mejorado notablemente.-



## CASO N°. 4

Grupo familiar: 3 personas, el matrimonio y una hermana del esposo, de 11 años de edad. El esposo, Soldado 2°, sufre de T.B.C pulmonar diagnosticada. Fué acogido por la Medicina Preventiva el 10-XII-41.- La esposa trabaja como empleada doméstica con puertas afuera, en una casa particular. La hermana del Soldado 2° cursa el 2° primario. Tanto la esposa como la hermana del Soldado tienen aspecto de personas sanas.

Tratamiento.

Al Soldado 2° se le concedió 9 meses de reposo en Sanatorio, desde el 10 de Enero de 1942. Se hizo hacer exámen de Rayos a la familia, descubriéndose una lesión pulmonar en la esposa del Soldado 2°. Sigue tratamiento médico controlado por el Servicio de Medicina Preventiva del Ejército. Se le aconsejó dejara de inmediato de trabajar. Se envió a la hermana del Soldado al campo a casa de los padres, para evitar un posible contagio. Con el objeto de cancelar algunas deudas pendientes se solicitó un préstamo en dinero a la Unidad correspondiente.

Observaciones.

El Soldado 2° fué dado de alta en el Sanatorio en el mes de Septiembre. Actualmente continúa su cura de reposo en casa conjuntamente con su esposa, quién se ha sentido mejor de salud desde que dejó de trabajar. La situación económico-social se ha normalizado gracias a que sub-arriendan dos piezas de la casa que habitan.-

## CASO N° 5

Grupo familiar: Compuesta de 4 personas: el padre, la madre, un hijo de un año y medio de edad y la abuela paterna. El padre, Soldado 2°, enfermo de T.B.C. pulmonar, acogido a la Medicina Preventiva en el mes de Enero del presente año.- La esposa, de aspecto sano, se dedica a los quehaceres domésticos. El hijo aparentemente sano; bien desarrollado. La abuela aparentemente sana, se dedica al lavado. La familia ocupa una casa de su propiedad.- La situación económico-social es regular.

Tratamiento.

La Medicina Preventiva concedió al padre 6 meses de reposo en Colina, a contar del mes de Enero del presente año. En el mes de Julio se le concedió el alta definitiva por encontrarsele completamente restablecido de su afección pulmonar. Se enseñó a la madre la mejor manera de distribuir las entradas familiares.

Observaciones.

El padre se incorporó a la Unidad autorizado para efectuar media jornada de trabajo.- La abuela continúa como lavandera. La situación económica de la familia se ha mejorado, gracias al interés que demuestra la madre por la mejor distribución de las entradas.-



Como mis actividades como Asistente Social se realizan especialmente entre el personal de tropa del Ejército, me pareció de gran interés estudiar el problema de la T.B.C. intrafamiliar en este personal, con este objeto dividimos nuestro material de trabajo en 2 grupos.

En el primero analizamos todos los contactos familiares de 30 tuberculosos conocidos por el Servicio de Medicina Preventiva del Ejército; y

En el segundo grupo hicimos igual análisis en 30 familias elegidas al azar, pero en las cuales no existía ningún miembro conocido como tuberculoso.

Debemos hacer notar la extrema dificultad que se presenta en la práctica para hacer el exámen de los contactos de un enfermo, pues la gente no comprende que sea necesario examinar a una persona aparentemente sana y se dan toda clase de disculpas como distancia, dificultad de movilización, etc; para rehuir al exámen. Estos inconvenientes son aún mayores en las familias donde no existe ningún enfermo conocido, y muchas veces se fracasa en el deseo de examinar los familiares.

En ambos grupos el exámen fué exclusivamente radioscópico, y los que presentaban algún signo anormal, eran estudiados por medio de radiografías posteriores.

Esta parte de nuestro trabajo, pudo llevarse a cabo gracias al entusiasmo y a la cooperación que nos prestó el Dr. A. Rodríguez, del Servicio de Medicina Preventiva del Ejército. Naturalmente que los 30 enfermos tuberculosos que llamaremos Casos Indices, fueron eliminados de la lista de los contactos, y



solo nos sirvieron para conocer las familias que debíamos elegir en nuestro estudio.

Iniciaremos la exposición con el análisis del Grupo A, o sea, de los contactos familiares cuando existe un miembro de la familia tuberculoso.

Pudimos analizar 30 familias con un total de 112 contactos. Dividimos estos últimos en menores de 15 años de edad, y en mayores de 15 años, ya que las características de las lesiones tuberculosas son diferentes en ambos grupos, pues el niño es mucho más susceptible a la infección tuberculosa que el adulto y tiene más posibilidades de contagio, especialmente cuando es su madre la enferma, ya que en los primeros años de la vida el contacto es tan íntimo y continuado.

En el siguiente cuadro haremos el estudio de los contactos familiares menores de 15 años de edad cuyo N° asciende a 64.-

#### GRUPO A

Análisis de contactos familiares cuando existe un miembro de la familia tuberculosa (30 casos).

Estudio de los contactos familiares menores de 15 años de edad					
N° de contactos	Sospechosos	Calcificaciones	Adenopatías T.B.C.	Lesiones T.B.C.	Normales
64	1(1,5%)	3(4,6%)	3(4,6%)	13(20,3%)	44(68,7%)

Total de lesiones tuberculosas activas (Adenopatías Hiliares y lesiones tuberculosas 16(25%).



Total de calcificaciones 3(4,6%).

En este cuadro solo un contacto fué sospechoso a la radioscopia y por circunstancias especiales no se pudo hacer un estudio completo por medio de una radiografía. Un 4,6% reveló calcificaciones que en un 90% son el testigó de una prime infección tuberculosa curada totalmente por el organismo, pero que de todas maneras son una comprobación de la existencia de una infección tuberculosa.

Las adenopatías tuberculosas manifestación tan corriente en la tuberculosis infantil, se comprobó en 4,6%, y finalmente 20,3% presentó lesiones tuberculosas francas de carácter activo. Ahora si sumamos las adenopatías tuberculosas y las lesiones tuberculosas obtendremos un 25% de contactos que presentan una enfermedad tuberculosa.

Por último, radioscopias normales se encontraron en un 68,7% de los contactos examinados sin que en esto nos excluya la posibilidad de que estos niños estuvieron infectados con el bacilo de Koch, cosa que podríamos haber comprobado con la reacción de tuberculina, que en este caso, por circunstancias ajenas a nuestra voluntad fué imposible hacer.

Indudablemente que llama poderosamente la atención el hecho de que un 25% de los contactos familiares menores de 15 años presentan enfermedad tuberculosa, lo que nos está demostrando en forma precisa la importancia del contagio directo, cuando en la familia el padre u otro miembro adulto, es tuberculoso.

En el cuadro siguiente se indica el resultado del examen radioscópico de 48 contactos adultos, en iguales condi-



ciones que los contactos menores de 15 años.

Estudio de los contactos familiares adultos		
N° de contactos	Lesiones T.B.C. activas	Normales
48	6 (12,5%)	42 (87,5%)

Un 12,5% de los adultos presentaron lesiones tuberculosas activas y un 87,5% de radioscopías normales.

Vimos anteriormente que en los contactos menores de 15 años, un 25% presentaba enfermedad tuberculosa, cifra muy superior a la de 12,5% que presentan los adultos, esta diferencia podría explicarse por 2 factores:

1° Que el niño está en mucho más íntimo contacto con sus padres que el adulto, esponiéndose así a una mayor posibilidad de contagio; y

2° Que el adulto es mucho menor susceptible a la tuberculosis que el niño, por un desarrollo progresivo de sus defensas orgánicas frente al bacilo de Koch.

Finalmente, en un cuadro hemos colocado los resultados generales del examen de los 112 contactos familiares cuando un miembro de la familia es tuberculoso.-



Resultado general del examen de los 112 contactos en familias con un miembro tuberculoso.				
N° de contactos	Sospechosos	Calcificaciones	Lesiones T.B.C.	Normales
112	1(0,8%)	3(2,6%)	22(19,6%)	74(66%)

En conjunto tanto adultos como niños un 19,6% presenta lesiones tuberculosas activas, lo cual consideramos como una cifra muy elevada y que es posible atribuir casi, exclusivamente al contagio tuberculoso intrafamiliar, pues como veremos más adelante, igual estudio en el grupo de contactos cuando no existe ningún miembro de la familia conocido como tuberculoso, nos indica resultados completamente diversos.

Debemos señalar que la situación económico-social de ambos grupos estudiados es muy semejante y no juega un rol fundamental en la alta incidencia de tuberculosis en el Grupo A.

Todos los trabajos publicados en diversos países concuerdan en señalar una incidencia de tuberculosis variable de un tres a un 5% en la población normal examinada en masa y en forma rutinaria, -Este valor es 4 veces inferior al que hemos obtenido en el examen de los contactos de las familias tuberculosas. Por demás este resultado concuerda con estudios efectuados en Chile con igual fin, por el Dr. B. Viel, y con los trabajos norteamericanos publicados en los últimos años.

Ahora analizaremos los contactos familiares cuando no existe en los hogares ningún miembro conocido como tuberculoso, y este análisis comprenderá al igual que el Grupo A, 30 familias.



Los 110 contactos de el Grupo B los hemos dividido en menores de 15 años y en mayores de 15 años de edad.

En el cuadro a continuación, indicamos el resultado del exámen radioscópico de 69 contactos familiares menores de 15 años.

#### GRUPO B

Análisis de contactos familiares cuando no existe ningún miembro conocido como tuberculoso ( 30 casos).

Estudio de los contactos familiares menores de 15 años de edad		
N° de contactos	Calcificaciones	Normales
69	1(1,4%)	68(98.6%)

Podemos observar que sólo uno de los niños presentaba calcificaciones, y el resto un aspecto torácico normal a radioscopia.

Posiblemente nos ha tocado en suerte no encontrar ninguna lesión tuberculosa; aunque no debemos olvidar que el número de examinados es relativamente escaso y sin historia conocida de contacto tuberculoso.-En estas condiciones y en estudios de una mayor muestra, seguramente no se encontraría más de 1 a 2% de individuos con enfermedad tuberculosa.

Igual análisis en los contactos familiares de adultos, no nos reveló ninguna lesión tuberculosa en los examinados, como se demuestra en el cuadro a continuación.



Estudio de los contactos familiares adultos.		
N° de contactos	Lesiones T.B.C.	Normales
41	0(0%)	41(100%)

Si reunimos en un solo cuadro el resultado general de los 110 contactos de este Grupo B, observamos que el 99,1% presentaron radioscopías normales, y 0,9% calcificaciones como testigo de una primo infección tuberculosa cicatrizada.

Resultado general de 110 contactos en familias en las cuales no existe ningún miembro conocido como tuberculoso.			
N° de contactos	Calcificaciones	Lesiones T.B.C.	Normales
110	1(0,9%)	0(0%)	109(99,1%)

La diferencia de los grupos en estudio A y B, es perfectamente manifiesta en cuanto a lesiones tuberculosas se refiere, pues cuando se trata de contactos que conviven con un tuberculoso en las familias, un 19,6% presenta lesiones activas a radioscopia en contraste con la normalidad de los contactos en familias donde no existe ningún tuberculoso.-Como las condiciones económico-sociales son casi prácticamente iguales como ya tuvimos ocasión de estudiarlo estadísticamente en los capítulos anteriores, debemos concluir, que el contagio tuberculoso intrafamiliar es la causa primordial de la alta incidencia tuberculosa en el Grupo A - De lo anterior se deduce la extrema importancia que significa el aislamiento del tuberculoso y su alejamiento del medio familiar, especialmente cuando hay

niños que son los más sensibles a la infección tuberculosa. También se deduce de todo el estudio de los contactos, que para pesquisar casos precoces de tuberculosis, debemos hacer exámenes frecuentes y seriados de los contactos intrafamiliares de los tuberculosos, ya que sabemos que esta enfermedad toma caracteres de verdaderas epidemias intrafamiliares.

Naturalmente que el mejoramiento del Standard económico-social, elevará la calidad del terreno y permitirá en caso que se haya producido una lesión tuberculosa, una más pronta y rápida curación, que en el caso del tuberculoso en malas condiciones higiénicas económicas o sociales.



## CONCLUSIONES

1°.- Se estudian las condiciones económico-sociales de 60 familias cuyo jefe es un miembro del personal de tropa de la guarnición de Santiago, durante 1942.-

2°.- En 30 de estas familias existe un tuberculoso conocido por el Servicio de Medicina Preventiva del Ejército, y en las 30 familias restantes, el exámen radiológico no reveló nada anormal en el jefe del hogar.

3°.- Los salarios en ambos grupos estudiados no presentan diferencias apreciables.

4°.- La alimentación en el grupo de familias tuberculosas en general fué de inferior calidad que en el grupo de familias de sanos, a pesar de que se destinaba igual proporción de la renta mensual para alimentos.

5°.- En ambos grupos la habitación en general es insalubre, con malos servicios higiénicos, mal alumbrado etc.-El número de personas por pieza (4 y 3,22) es similar en el grupo de sanos y enfermos al igual que el número de personas por camas disponibles (1,8 y 1,6 respectivamente).

6°.- El vestuario es más completo en el grupo de familias de sanos que en el de tuberculosos.

7°.- Ambos grupos gastan más en recreaciones que en vestuario y habitación, y solo supera a este rubro, el gasto de alimentación.

8°.- En relación con el alcoholismo, en ambos grupos los jefes de familia beben en alta proporción, y solo un 10% reconoce no ser aficionado a la bebida.



9°.- En las 60 familias, actúa como factor común la falta de educación en materia de alimentación, nociones sanitarias y falta de control en la inversión de los salarios.

10°.- En 112 contactos intrafamiliares en relación con un tuberculoso en la familia, un 19,6% presenta lesiones tuberculosas activas, en relación con 0% en 110 contactos intrafamiliares que no tenían relación con algún tuberculoso en la familia.

11°.- Los niños menores de 15 años son más sensibles, al contagio tuberculoso intrafamiliar que los adultos, pues en los primeros la morbilidad asciende a un 25%, y en los segundos esta cifra desciende a 12,5%.

12°.- El factor contagio tiene gran importancia en el origen de la infección tuberculosa, ya que se generan verdaderas epidemias intrafamiliares, cuyo origen la constituye un miembro adulto de la familia.

13°.- En la prevención de la T.B.C. es fundamental el aislamiento precoz del tuberculoso abierto de la familia, especialmente cuando predomina el elemento infantil.

14°.- En la búsqueda de los casos precoces de T.B.C., tiene gran importancia el examen repetido y seriado de los contactos intrafamiliares de un enfermo.



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

- 1.- Manuel de Abreau. Revista de Medicina Moderna, Agosto 1942.
- 2.- Wynne y Britter. A. J. of Public Health, Febrero 1942.
- 3.- Douglas. New Orleans Med. and Surgery.
- 4.- Alexander Miller. The American Review of tuberculosis.  
Junio 1942.
- 5.- Jorge Abasolo. Revista de la Medicina Moderna, Agosto 1942.
- 6.- Reglamento sobre Medicina Preventiva en las Fuerzas Armadas de la Defensa Nacional.
- 7.- Dr. Rodrigo Donoso Mayor de Sanidad. Conferencia sobre Medicina Preventiva en el Ejército, dictada el 23 de Junio de 1942.
- 8.- Código del Trabajo. Capítulo Salarios.
- 9.- Bubner. Capítulo de alimentación. Lecciones de Patología Médica del Profesor Grant Benavente.
- 10.- Casimiro Funck. Capítulo de alimentación. Lecciones de Patología Médica del Profesor Gran Benavente.
- 11.- Dr. Salvador Allende G. La realidad Médico-social chilena, 1939. Tercera parte; capítulo V. Toxicomanías.
- 12.- Armand Delille. Le Service Social, Capítulo, La Lutte contre L'alcoolisme.

## I N D I C E

	Pag.
1°.- Sumario	
2°.- Introducción .....	1
Sujetos de estudio	
Instrumento de medición	
3°.- Capítulo I .....	5
Análisis del grupo familiar	
4°.- Capítulo II .....	13
Generalidades sobre T.B.C. como aspecto Médico Social.	
La lucha antituberculosa en Chile.	
5°.- Capítulo III .....	23
Aplicación de la Ley 6501 sobre Medicina Preventiva en el Ejército.	
6°.- Capítulo IV.....	28
El Salario	
De la clasificación, reclutamiento y nombramientos de la tropa en el Ejército.	
De los ascensos.	
7°.- Capítulo V .....	36
El Trabajo	
El desempeño de los Suboficiales, clases y Soldados en las armas de Infantería e Ingenieros.	
Trabajos del Instructor	
El desempeño de los suboficiales, clases y soldados en las armas de Artillería y Caballería.	
8°.- Capítulo VI.....	44



	Pag.
Alimentación	
Conceptos generales sobre alimentación	
9°.- Capítulo VII .....	50
Habitación	
10.- Capítulo VIII .....	63
Vestuario	
11.- Capítulo IX .....	69
Recreaciones.	
12.- Capítulo X .....	73
Alcoholismo.	
13.- Capítulo XII.....	84
Estudio del valor que representa el factor contagio en la T.B.C. intrafamiliar.	
Grupo A	
Grupo B	
14.- Conclusiones .....	93

\*\*\*