

1
362.19
G984e
1961
F. Med.

081328
E. 7

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR



FACULTAD DE MEDICINA

**ESTUDIO ECONOMICO - AMBIENTAL DE UN GRUPO DE
CIENTO CINCUENTA ENFERMOS DE TUBERCULOSIS
PULMONAR ATENDIDOS EN EL INSTITUTO
SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**

TESIS DOCTORAL

**PRESENTADA POR EL BACHILLER
BALTAZAR GUTIERREZ LOPEZ**

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

1961

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

DOCTOR NAPOLEON RODRIGUEZ RUIZ

SECRETARIO GENERAL

DOCTOR JOSE ENRIQUE SILVA

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO

DOCTOR JOSE ANTONIO KURI

SECRETARIO

DOCTOR TOMAS PALOMO ALCALINE

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES
DE DOCTORAMIENTO PRIVADOS

CLINICA MEDICA

Presidente: Dr. Luis Edmundo Vásquez
Primer Vocal: Dr. Lázaro Mendoza h. +
Segundo Vocal: Dr. J. Benjamín Mancía

CLINICA QUIRURGICA

Presidente: Dr. Luis A. Macías
Primer Vocal: Dr. Saturnino Cortez Durán
Segundo Vocal: Dr. Fernando Alvarado P.

CLINICA OBSTETRICA

Presidente: Dr. Roberto Orellana V.
Primer Vocal: Dr. Antonio Lazo Guerra
Segundo Vocal: José González Guerrero

JURADO DE DOCTORAMIENTO PUBLICO.

PRESIDENTE: Dr. Carlos A. Guerrero

PRIMER VOCAL: Dr. Victor Hugo Lucha

SEGUNDO VOCAL: Dr. José Luis Guzmán

DEDICATORIAS

A la memoria de mis queridos padres:

Nicolás López

y

Apolinaria Gutiérrez de López

A mis queridos hermanos:

*Justo, Isabel, José Inocente, Francisco,
Gertrudis, Jucna, Nicolasa y Bibiana +*

A mis adorados hijos:

*Antbal Baltazar, Dora María, Ernesto Gil
y Ana Milagro.*

A mis primos:

*José María Ayala, Demetrio H. López
y Sara López de Miranda.*

A mis especiales amigos:

Francisco Cruz y Señora.

MENCION ESPECIAL:

Al distinguido profesional:

Dr. Victor Hugo Lucha,

*como homenaje de agradecimiento por el apoyo
desinteresado que me brindó en mis esfuerzos
para llegar a la meta de mis aspiraciones.*

*Al doctor José Luis Guzmán por su orientación
en el desarrollo de esta tesis.*

*A las autoridades del Instituto Salvadoreño del
Seguro Social por su valiosa colaboración en la
impresión de este trabajo, y*

*Al Instituto de Vivienda Urbana y al Ingeniero Battle
por la gentileza en proporcionarme literatura referente
a la vivienda en El Salvador*

T E S I S D O C T O R A L

ESTUDIO ECONOMICO AMBIENTAL DE UN GRUPO DE
CIENTO CINCUENTA ENFERMOS DE TUBERCULOSIS
PULMONAR, ATENDIDOS POR EL INSTITUTO SAL-
VADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL.

El estudio consta de las partes siguientes:

- 1) *Prólogo.*
- 2) *Capítulo I.*
- 3) *Estudio Preliminar.*
- 4) *Capítulo II.*
- 5) *Estudio Económico-Ambiental.*
- 6) *Conclusiones.*
- 7) *Recomendaciones.*
- 8) *Bibliografía.*

San Salvador, Febrero de 1961.

P E A M B U L O

Este estudio lo he circunscrito a un grupo de paciente de TUBERCULOSIS PULMONAR. tomados del total de enfermos atendidos por el INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL . Consta de CIENTO CINCUENTA CASOS.

Unos concurren al dispensario, con más o menos regularidad y de acuerdo con las necesidades de su dolencia y la cita del Tisiólogo que los atiende, en donde reciben tratamiento ambulatorio y son controlados clínicamente.

Otros están actualmente hospitalizados en el Pabellón para Tuberculosos Pulmonares que sostiene la Institución en el Sanatorio Nacional Antituberculoso de los Planes de Menderos.

De los pacientes que concurren al Dispensario, hay algunos que han pasado por un período previo de Hospitalización, en donde, después de un tiempo variable de tratamiento médico, quirúrgico y reposo, han sido dados de alta con sus lesiones detenidas y en condiciones favorables para continuar su tratamiento ambulatoriamente en el Dispensario del Consultorio Externo de la misma Institución.

De ellos, algunos fueron dados de alta, talvez no en las condiciones favorables requeridas, es decir, con indicación médica, sino por haber terminado sus prestaciones; otros porque solicitan el alta alegando distintas razones o problemas familiares y algunos, en menor número, se fugan o son expulsados del servicio por faltas en su conducta.

Del grupo de enfermos que concurren al dispensario, la mayoría de ellos, aun aquellos que no han pasado por un previo período sanatorial y que únicamente han sido tratados ambulatoriamente desde su principio, están en tan buenas condiciones tanto clínicas, como radiológicas y bacteriológicas, que trabajan jornada completa; en una palabra, han sido reintegrados al seno de la familia y la sociedad, para ser nuevamente útiles, que es el objetivo que persigue la campaña Antituberculosa Nacional. Por supuesto esto

se consigue no de una manera unilateral, es decir que no solamente el Médico o el paciente colaboren, sino mediante un esfuerzo combinado; por parte del Médico que debe ser especializado; por parte del paciente, haciéndole entender lo serio de su problema y la necesidad de adoptar una disciplina; por parte de las Instituciones encargadas de la atención de estos casos, como para suministrar lo necesario para tal fin. Este ideal lo persigue el I.S.S.S. con sus Médicos especializados, la medicina específica adecuada y un período más o menos largo de prestaciones a los pacientes asegurados.

Los pacientes que motivan el presente trabajo lo forman un grupo heterogéneo. Adultos de ambos sexos, de distinta profesión u oficio, edad y raza. Únicamente excluyo a los niños, pues ellos sólo son beneficiarios de los padres y no están cubiertos por las prestaciones del I.S.S.S.

Para su exposición, el estudio lo he dividido en dos partes principales a saber:

a) La primera parte se refiere a una reseña de la atención recibida por los pacientes asegurados en las distintas dependencias de la Institución y a su estado actual.

b) La segunda parte se refiere a un análisis "ECONOMICO-AMBIENTAL" de los 150 pacientes elegidos.

El grupo de pacientes al parecer es deficiente para hacer generalizaciones valederas, pero me parece que en un estudio más extenso se llegaría a conclusiones más o menos idénticas, con algunas pequeñas variantes.

Del mismo cuadro número uno se desprende que predomina el sexo masculino, distribuidos así:

HOMBRES	- - - - -	119	Casos o sea	- - - - -	79.3%
MUJERES	- - - - -	31	Casos o sea	- - - - -	20.6%

Este predominio del sexo masculino quizá podamos explicarlo por la mayor actividad del hombre respecto a la mujer. Además de su mayor actividad, se debe tomar en cuenta también los hábitos, que son más acentuados en aquellos. Más adelante volveremos a este mismo punto.

PROFESION U OFICIO

Estando el grupo constituido sólo por individuos adultos, se sobreentiende que todos son hábiles para el trabajo. Estos pacientes desarrollaban su actividad en una u otra forma y así tenemos: obreros de empresas industriales, de pequeños talleres, empleados de oficinas y almacenes, etc., peones o mozos de cordel y ordenanzas. En el sub-grupo de empleados, he incluido a los profesionales por ser un grupo reducido y además, muchos de ellos trabajan en oficinas; la mayoría de ellos son de baja categoría en la escala burocrática, con sueldos mínimos. Este pequeño sub-grupo lo constituyen: Contadores, Secretarios Comerciales, Profesores de Enseñanza, Enfermeras, Serenos, Locutores de Radio, etc.

En el cuadro número 2 he subdividido los 150 casos por profesión u oficio, separándolos por sexo.

En el grupo sólo aparecen dos personas que desempeñaban oficios domésticos y dos pacientes que declararon no trabajar. En mis interrogatorios encontré muchas mujeres que manifestaron no poseer oficio propio, pero que se desenvolvían como empleadas. En otra parte de este estudio he incluido las dos pacientes de oficios domésticos en el subgrupo de los peones para fines estadísticos. Como puede apreciarse en dicho cuadro, predominan los obreros, siguiendo en orden decreciente los empleados y peones.

CUADRO No.2

-----5

P R O F E S I O N			U	O F I C I O		
SEXO	OBREROS	EMPLEADOS	PEONES	OFICIOS DOMESTICOS	NO TRABAJAN	TOTAL
Hombres	62	29	27		1	119
Mujeres	18	10	0	2	1	31
TOTAL	80	39	27	2	2	150
Porcen- taje	53.3	26.0	18.0	1.3	1.3	99.9

OBREROS	AGRUPADOS	POR	OFICIO
MECANICOS		12	15.00 %
ALBAÑILES		9	11.25 %
CARPINTEROS		7	8.75 %
ZAPATEROS		7	8.75 %
MOTORISTAS		6	7.50 %
COSTUERERAS		6	7.50 %
TIPOGRAFOS		5	6.25 %
PLATEROS		4	5.00 %
LADRILLEROS		4	5.00 %
PANADEROS		4	5.00 %
OBREROS DE FABRICAS		16	20.00 %
T O T A L		80	100.00 %

Según este cuadro, el mayor porcentaje corresponde a los obreros de fábricas. Esto se debe al auge que está tomando la industrialización en nuestro país y sobre todo en la capital de la República. Le siguen de cerca los mecánicos. Los otros grupos están en menor proporción.

Los empleados y peones no los he clasificado por la activi-

dad que desarrollan, como los obteros, por que dichas actividades son muy variadas y no se prestan para formar cuadros estadísticos.

DIAGNOSTICO.

Habiendo tomado mis casos del total de pacientes tuberculosos que controla el I.S.S.S., se supone que todos son enfermos diagnosticados y tratados como tales, sin embargo, al hacer el análisis de ellos, encontramos que no todos han sido confirmados tuberculosos, pues algunos de dichos pacientes no han tenido diagnóstico.

El diagnóstico de tuberculosis pulmonar debe ser Clinico, Radiológico y Bacteriológico. Estos tres elementos son indispensables y deben armonizar en todo paciente sospechoso para establecerlo. Si uno de ellos falta, se le pone su etiqueta de espera para ulteriores investigaciones. En los casos estudiados, como se verá en los cuadros que a continuación expongo, no todos han sido confirmados como tuberculosos pulmonares. Una de las fallas en estos casos es la referente a la "baciloscopía". Siendo elemento indispensable para el diagnóstico, me causó sorpresa que en muchos de los expedientes clínicos de los pacientes, no encontré reportes bacteriológicos. No creo que haya sido descuido del Médico ordenar dichos exámenes, pues siendo de rutina, apenas se puede creer que hayan pasado desapercibidos. Lo que es lógico pensar es que hubo descuido de parte del personal encargado de archivarlos. De manera que para catalogar a los pacientes y formar mis cuadros estadísticos, sólo he tomado en cuenta los datos clínicos, radiológicos y el criterio del Médico, dando por sentado que si dichos reportes no fueron archivados, sí fueron consultados en el momento oportuno para confirmar el diagnóstico.

En los casos estudiados, hay siete de derrame pleural y diez no confirmados enteramente como tuberculosos pulmonares.

Los casos de Derrame Pleural fueron catalogados como "Pleuritis Serofibrinosas" y como estas son consideradas, en su gran mayoría, como de origen tuberculoso, fueron tratados y controlados como tales, considerando la posibilidad de una complicación parenquimatosa en el futuro del paciente.

En los casos no confirmados enteramente, ocho de ellos recibieron tratamiento específico y dos solamente fueron sometidos a observación. Los ocho casos sometidos a tratamiento específico fueron considerados como fuertemente sospechosos y es por esa razón que recibieron tratamiento específico.

Por supuesto que en estos casos hicieron falta los elementos indispensables para el diagnóstico, quedando a criterio del Médico la conducta a seguir. Con esto no quiero decir que el tratamiento específico fué instituido por un mero capricho, sino que tuvo su base racional, pues revisando sus placas radiológicas y las historias clínicas de cada uno de ellos, encontré suficientes matices que justificaban dicha conducta.

En el cuadro número 3 indico el diagnóstico, la extensión y la distribución de las lesiones en ambos pulmones.

Referente a la extensión de las lesiones, el mayor porcentaje corresponde a las denominadas moderadas, siguiendo en orden decreciente las avanzadas y las mínimas.

Con respecto a la localización pulmonar, el mayor porcentaje corresponde a las bilaterales, siguen las derechas y en tercer lugar las izquierdas.

En el mismo cuadro agrupo los casos según la extensión de las lesiones: en Mínimas, moderadamente avanzadas y muy avanzadas.

"MINIMAS- Pequeñas lesiones sin excavación demostrable limitadas a una pequeña parte del pulmón o de ambos. La extensión total de las lesiones, prescindiendo de su distribución, no debe exceder de un volumen equivalente al tejido pulmonar que se halla por encima de la segunda articulación condroesternal y la espina de la cuarta o el cuerpo de la quinta vértebra torácica de un sólo lado.

MODERADAMENTE AVANZADAS.-Pueden estar comprometidos uno o ambos pulmones pero la extensión total de las lesiones no deben exceder de los siguientes límites:

Lesiones ligeramente diseminadas que pueden extenderse hasta no más del volumen de un pulmón o su equivalente en ambos pulmones.

Lesiones densas y confluentes que no se extiendan más del equivalente de un tercio del volumen de un pulmón.

Diámetro total de cavidades, menor de 4 centímetros.

MUY AVANZADAS.-Lesiones más extensas que las de las moderadamente avanzadas." (1)

CUADRO No. 3

D I A G N O S T I C O		
TUBERCULOSIS PULMONAR	CASOS	PORCENTAJE
Confirmadas	133	88.6 %
No confirmadas	10	6.6 %
Pleuresías	7	4.6 %
T O T A L	150	99.8 %

E X T E N S I O N D E L A S L E S I O N E S		
Mínimas	21	15.8 %
Moderadas	67	50.3 %
Avanzadas	45	33.8 %
T O T A L	133	99.9 %

U N O O L O S D O S P U L M O N E S		
Bilaterales	81	60.9
Derechas	34	25.5
Izquierdas	18	13.5
T O T A L	133	99.9

CONTAGIO.

"Ambientes de Contagio"

Pueden adoptar dos formas.

- a) INTRAFAMILIAR. b) EXTRAFAMILIAR.

a) *INTRAFAMILIAR*. Constituye este modo de contagio el conjunto de personas bacilíferas que viven en un mismo domicilio con el futuro huésped de la infección. Por esta razón también se le puede considerar intradomiciliario, pues puede ser ocasionado por personas que, sin pertenecer a la familia, su asidua frecuencia como visitantes puede convertirlos en agentes de contagio.

b) *EXTRAFAMILIAR*. Las comunidades como la escuela, cuarteles, fábricas, hospitales, juegan papel importante en donde pueden haber casos abiertos bacilíferos. (2)

Fuera de estos casos, es difícil descubrir la fuente de contagio.

Respecto al contagio de la Tuberculosis diré unas palabras que deslindan lo que se entiende por infección y enfermedad tuberculosa.

"Las autopsias practicadas escrupulosamente en manos de los más diversos autores demuestran que el 95.% ofrecen pruebas de haber sufrido contagio tuberculoso.

La prueba tuberculínica, aunque en un porcentaje menor, confirma los hallazgos de los Anatomopatólogos respecto a la infección tuberculosa.

Estos datos demuestran la infección tuberculosa pero no explican por qué unos infectados siguen sanos y otros enfermos". (3)

Esto explica que no es lo mismo infección y enfermedad o morbilidad tuberculosa, pues no todos los infectados son enfermos.

Para explicar la enfermedad o morbilidad tuberculosa, se recurre a otros elementos como son: la reinfección, la superinfección y las condiciones de vida de las personas. Pero este tema lo desarrollaré en parte en el análisis económico-ambiental del presente estudio.

El cuadro No.4 indica el porcentaje de los casos de contagio conocido así como de los desconocidos, en nuestro grupo.

Los pacientes interrogados manifestaron haber estado en contacto, en una determinada fase de su vida, con casos abiertos de tuberculosis tanto en el hogar como fuera de él. Como se ve,

los casos de contagio desconocido son en mayor número.
CONTACTOS.

El número de contactos conocidos en el total de ciento cincuenta casos es de 440. Esto significa que estas 440 personas han estado en contacto directo con enfermos bacilíferos.

CUADRO NUMERO 4

DONDE ADQUIRIO	LA	ENFERMEDAD
Ambiente de Contagio	No. de Casos	Porcentaje
En el Hogar	29	19.3
Fuera del Hogar	7	4.6
Desconocido	114	76.0
T O T A L	150	99.9

La fuente de contagio conocida según se desprende de este cuadro, tanto en el hogar como fuera de él, asciende a 36 o sea el 23.9%.

La fuente de contagio desconocida asciende a ciento catorce casos o sean 76.%. Como se ve, la fuente de contagio desconocida es mayor en comparación de la conocida.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de los pacientes atendidos por el I.S.S.S. es ambulatorio, domiciliario y sanatorial. Para el tratamiento ambulatorio dispone el I.S.S.S., como dije anteriormente, de un Dispensario adscrito al Primer Consultorio Externo y es atendido por Médicos Tisiólogos. Para el tratamiento domiciliario dispone de un staf de enfermeras auxiliares que visitan al paciente para cumplir las indicaciones del Médico. Y para el Sanatorial cuenta con un pabellón subdividido en dos secciones para Hombres y Mujeres, en el Sanatorio de los Planes de Renderos, atendido también por Médicos Tisiólogos.

El ingreso al Sanatorio depende: de la extensión de las le-

siones, del estado clínico del paciente, de la falta de respuesta al tratamiento ambulatorio, del criterio del Médico, de la condición económico-social y a veces de la voluntad del paciente.

La atención en los tres casos es adecuada y bien dirigida.

Refiriéndome a los pacientes Sanatorializados, la atención que reciben es bastante satisfactoria. Personalmente me he dado cuenta de ello, pues fui prácticamente del Pabellón del I.S.S.S. durante dieciséis meses. El clima agradable y tranquilo del ambiente, la medicina, tanto específica como no específica está siempre a la orden del Médico, el aseo es esmerado. La alimentación no se puede decir que sea excelente, pero es lo suficientemente balanceada y nutritiva que le permite aumentar de peso al paciente; los catres son adecuados para el reposo; la ropa de cama suficiente, la cual se cambia con regularidad; el paciente una mascarilla y escupidera individual, las que se recogen todos los días y se incineran. Lo único que desarmoniza es la disciplina del paciente. Como Médico Interno del mismo Sanatorio me llamó la atención la diferencia que existía entre la disciplina del paciente de los pabellones de caridad y el del Pabellón del I.S.S.S. En éste, el paciente es bastante indócil y cuesta trabajo hacerle entender la necesidad de dicha disciplina, si es que se logra; se levanta de su cama bajo cualquier pretexto; les gusta conversar mucho a la hora del reposo y si se les hacen observaciones al respecto, se quedan murmurando y hasta llegan a decir, algunos, que ellos pagan y pueden hacer lo que les venga en gana.

Hubo paciente que retó a riña a un Practicante por haberle llamado la atención. Es un tipo de paciente muy distinto del de los servicios de caridad.

La permanencia del paciente en el Sanatorio depende de los factores siguientes: extensión de las lesiones, tipo de lesión, estado clínico, respuesta al tratamiento, reposo absoluto y Ley de Beneficios que regulan las prestaciones del I.S.S.S.

Respecto a la extensión de las lesiones, lógicamente se puede pensar que cuanto más extensa sea, más largo será el tiempo de hospitalización y así sucede en la mayoría de los casos. Pero algunas veces intervienen otros factores que hacen variar los re-

sultados y se pierde la correlación entre la extensión y tiempo de hospitalización. Un ejemplo típico de estos casos es el siguiente: una lesión exudativa en terreno virgen, por extensa que sea, responde admirablemente, en la mayoría de los casos, al tratamiento específico bien conducido y por lo tanto el tiempo de hospitalización disminuye en estos casos en razón inverso a la extensión de las lesiones. Por terreno virgen se entiende aquel caso que no ha recibido tratamiento específico en ningún momento de su enfermedad antes de ingresar al Sanatorio.

Con respecto al reposo, "el único método de tratamiento que ha resistido la prueba del tiempo" es absolutamente necesario no sólo en tuberculosis, sino en todas las enfermedades y sus efectos bondadosos son altamente demostrativos según se comprueba en enfermos sanatorializados. Personalmente me he dado cuenta de ello. Pacientes que ingresaban altamente febriles, a los pocos días de reposo absoluto en cama, les descendía la fiebre, a veces hasta llegar a la normal, sin la influencia de otro tratamiento. Muchas veces dichos pacientes habían estado bajo tratamiento específico ambulatorio, sin reposo o con reposo parcial. Pero aquí surge una cuestión importante. El reposo debe ser físico, psíquico e intelectual y en eso están de acuerdo los autores. Siendo la tuberculosis una enfermedad que elige sus víctimas propiciatorias principalmente entre las clases menesterosas, difícilmente se llega a este ideal. No hay un solo paciente que se encuentre libre de problemas y preocupaciones. Se puede llegar a conseguir un reposo físico absoluto, pues hay pacientes bien disciplinados que se prestan a ello. Pero con el reposo psíquico e intelectual es distinto. Todos tienen problemas de una u otra índole. El pobre piensa en su familia que dejó abandonada, a veces con medios insuficientes para vivir, máxime si él era el único sostén económico de la familia. Para el paciente acomodado, los problemas son de otra naturaleza y aquí entran en juego los prejuicios. Todos sabemos que la tuberculosis es una enfermedad altamente deprimente porque la consideran un anatema y tratan de ocultarla a toda costa, para que no llegue a conocimiento de sus vecinos

y amigos. Piensa, y con razón, en el aislamiento y escrúpulos a que serán sometidos y vistos por parte de sus familiares y amigos, una vez se den cuenta de la amarga realidad. Piensa en la cronicidad de la enfermedad o en su permanencia en el Sanatorio y en las restricciones a que serán sometidos.

El reposo intelectual se puede lograr, pero para ello es necesario tener una vigilancia estricta a fin de no permitir al paciente ninguna lectura durante el reposo, por inofensiva que sea y permitir escribir solamente lo estrictamente necesario.

El cuadro número cinco se refiere al tiempo de hospitalización de 46 casos.

Como puede verse, el mayor porcentaje está comprendido entre 61 y 240 días o sea de 2 a 8 meses. El porcentaje es de 58.68%.

El mayor tiempo de hospitalización en nuestros casos es de 840 días y corresponde a una sola persona. Esto represent. dos años con tres meses. El Artículo 15 de la Ley Orgánica del Instituto Salvadoreño del Seguro Social referente a las prestaciones médicas establece que: "Los servicios médicos se prestarán en consultorio, en el domicilio del asegurado y en hospitales hasta por 26 semanas por una misma enfermedad, pudiendo extenderse hasta por 52 semanas cuando a juicio de las autoridades médicas del Instituto se juzgue que con ello se puede obtener el completo restablecimiento del asegurado enfermo, o evitar o prevenir una invalidez o la disminución sensible de la capacidad de trabajo."

CUADRO No. 5

D U R A C I O N D E H O S P I T A L I Z A C I O N		
No. DE DIAS	CASOS	PORCENTAJE
0 a 60	1	2.17
61 a 120	9	19.56
121 a 180	4	8.69
181 a 240	14	30.43
241 a 300	7	15.21
301 a 360	5	10.86
361 a 420	4	8.69
421 a 480	1	2.17
481 a 540	0	0.00
541 a 600	0	0.00
601 a 660	0	0.00
661 a 720	0	0.00
721 a 780	0	0.00
781 a 840	1	2.17
T O T A L	46	99.95

El tratamiento es médico y quirúrgico, pero para llegar al tratamiento quirúrgico, el paciente siempre es sometido a un tratamiento médico previo con el fin de eliminar, hasta donde sea posible, la parte exudativa de las lesiones, de modo que, en resumidas cuentas, se pueda afirmar que es mixto en los casos que llegan hasta el tratamiento quirúrgico.

El tratamiento médico específico incluye las drogas actualmente conocidas y de eficacia comprobada. Estas son: Antibióticos y Quimioterápicos. Entre los Antibióticos se está usando la Dihidroestreptomicina y su combinación "Ambistrin". Entre los Quimioterápicos se está usando la Hidrócida del Acido Isonicotínico llamada "Isoniacida", el Acido Para-Aminosalicílico llamado "P.A.S." y la D-Cicloserina. Ultimamente han aparecido combinaciones de Antibióticos con Quimioterápicos y de Quimioterápicos entre sí. A este se agrega el reposo absoluto o parcial.

Para el tratamiento quirúrgico tenemos:

Colapsoterapia (Pneumotórax y Pneumoperitoneo).

Toracoplastías

Resecciones pulmonares.

Como auxiliares para el diagnóstico y tratamiento tenemos:

Broncoscopías.

Broncografías.

Tomografías.

Laboratorio.

Para el tratamiento ambulatorio hay cuatro tipos de pacientes.

- 1o) Pacientes con reposo completo en su domicilio, incapacitados, quienes son visitados por las enfermeras auxiliares para vigilar y cumplir las indicaciones del Médico.
- 2o) Pacientes con reposo parcial en su domicilio, incapacitados que no trabajan, pero que concurren al dispensario para recibir tratamiento.
- 3o) Pacientes sin reposo ni incapacidad, con tratamiento específico y que trabajan jornada completa.
- 4o) Pacientes solamente en control, sin tratamiento específico y que trabajan jornada completa.

Estos dos últimos grupos lo forman pacientes cuyas lesiones se han estabilizado o están inactivos.

Por supuesto que esta modalidad de tratamiento, es decir el ambulatorio, muchas veces no da los buenos resultados, por cuanto el paciente, en su casa, no cumple al pie de la letra las indicaciones del Médico y en última instancia se tiene que recurrir al

Sanatorio.

El alta de los pacientes hospitalizados es condicionada por factores clínicos, radiológicos y bacteriológicos. Estos tres factores deben concurrir armoniosamente para considerar si un paciente está en condiciones de someterlo a la prueba del ejercicio previo a su salida.

Factores clínicos. Inactividad de las lesiones, es decir, desaparición de la fiebre, de los signos y síntomas pulmonares, aumento de peso y buen estado en general.

Factores radiológicos. Estabilización radiológica, desaparición de los exudados, cicatrización por fibrosis o calcificaciones.

Factores bacteriológicos. Negatividad del esputo o del contenido gástrico por examen directo y cultivo al bacilo de Koch. La pauta que se sigue para darle valor a estos factores bacteriológicos es la siguiente: Los exámenes directos y en cultivo deben ser en serie. Si estos exámenes en serie resultan negativos al bacilo de Koch y el médico no estuviere de acuerdo de una manera absoluta con ellos, se recurre a la inoculación del material sospechoso al cobayo. Si éste no presentare lesiones de tipo tuberculoso en sus órganos, a la autopsia, se considerará como negativo, haciendo la salvedad de que el bacilo de Koch puede haberse enquistado en el parénquimo pulmonar y no proyectarse al exterior para ser descubierto por el laboratorio.

El alta puede ser:

- 1o) Con indicación médica.*
- 2o) Porque el paciente la exige.*
- 3o) Porque terminaron las prestaciones del I.S.^o.S.*

En el primer caso el paciente es sometido a la llamada prueba del ejercicio. Este ejercicio es metódico y progresivo y va desde la movilización en cama, pasando por la silla de reposo, hasta caminatas dentro del recinto; trabajos manuales, suaves y lecturas adecuadas; control de pulso y temperatura. Este se verifica bajo la vigilancia del personal y sirve como un termómetro para ver como reaccionará el organismo del paciente al abandonar el reposo en cama.

En el segundo caso no hay prueba de ejercicio y en este caso es lógico pensar que dicho paciente no saldrá en buenas condiciones.

El tercer caso creo que no necesita comentario y el paciente sale en cualquier fase de su enfermedad.

Casos hay en que los pacientes se fugan o son expulsados por faltos en su conducta, pero en los casos son excepcionales.

A su salida el paciente es instruido adecuadamente por el personal respecto a la manera como se ha de conducir en el futuro, para evitar recaídas.

ESTADO ACTUAL DE LOS PACIENTES.

Para analizar el estado actual de los pacientes los subdivido en tres grupos:

1o) Grupo constituido por los enfermos hospitalizados actualmente, es decir, en la época que fueron chequeados.

2o) Grupo formado por pacientes en tratamiento y control en el Dispensario y que pasaron por período previo de hospitalización.

3o) Grupo constituido por enfermos tratados ambulatoriamente desde el principio de su enfermedad y que no pasaron por un período previo de hospitalización.

En el cuadro número 6 detallo el estado actual de los tres grupos.

CUADRO No.6

S I N	P R E V I A	H O S P I T A L I Z A C I O N
Estado actual	No. de Casos	Porcentaje
Estabilizados	34	72.3
Activos mejorados	10	21.3
Activos empeorados	3	6.4
T O T A L	47	100.0

<i>C O N P R E V I A H O S P I T A L I Z A C I O N</i>		
<i>ESTADO ACTUAL</i>	<i>No. DE CASOS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Estabilizados</i>	49	87.5
<i>Activos empeorados</i>	7	12.5
<i>T O T A L</i>	56	100.0

<i>H O S P I T A L I Z A D O S A C T U A L M E N T E</i>		
<i>En ejercicio</i>	4	8.5
<i>Activos mejorados</i>	36	76.6
<i>Activos empeorados</i>	1	2.1
<i>Sin cambios</i>	6	12.8
<i>T O T A L</i>	47	100.0

Sumando los casos de pacientes estabilizados en los dos grupos en control y tratamiento ambulatorio, hacen un total de 83 ó sea un 55.3% del total de casos.

Los activos mejorados suman un total de 46 incluyendo los hospitalizados o sea el 30.6%. Los activos empeorados suman 8 casos o sea 5.3%.

Estos datos ponen de manifiesto, a mi juicio, la eficacia de la atención y tratamiento a que fueron sometidos.

Además, en los enfermos hospitalizados hay 4 pacientes en ejercicio, los que se pueden considerar como estabilizados y 6 sin cambios en sus lesiones pulmonares. Estos pacientes sin cambios radiológicos en sus lesiones se puede atribuir a que no han respondido aun al tratamiento o que son de reciente ingreso.

BENEFICIOS.

(Ley del Seguro Social)

"De los beneficios por enfermedad o accidente común.

Artículo 48.-En caso de enfermedad, las personas cubiertas por el Seguro Social, tendrán derecho, dentro de las limitaciones que fijan los reglamentos respectivos, a recibir servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de laboratorio y los aparatos de prótesis y ortopedia que se juzguen necesarios.

El Instituto prestará los beneficios a que se refiere el inciso anterior, ya por medio de las personas o entidades con los que se contrate al respecto.

Cuando una enfermedad produzca una incapacidad temporal para el trabajo, los asegurados tendrán, además, derecho a un subsidio en dinero.

En los reglamentos se determinará el momento en que empezarán a pagarse, la duración y el monto de los subsidios, debiendo fijarse este último de acuerdo con tablas que guarden relación con los salarios devengados o ingresos percibidos.

Si el asegurado necesitare hospitalización y no tuviere personas que dependan económicamente de él, recibirá únicamente la mitad de su respectivo subsidio durante el tiempo que permanezca hospitalizado.

Artículo 15.-Los servicios médicos se prestarán en consultorio, en el domicilio del asegurado y en hospitales hasta por veintiséis semanas por una misma enfermedad, pudiendo extenderse hasta cincuentidós semanas cuando a juicio de las autoridades médicas del Instituto se juzgue que con ello se pueda obtener el completo restablecimiento del asegurado o evitar o prevenir invalidez o la disminución sensible de la capacidad de trabajo.

Artículo 27.-El subsidio diario de enfermedad se otorgará en los siguientes plazos y cuantías:

a) - Durante los primeros sesenta días, el 75% del salario medio de base y b) En adelante y hasta 52 semanas, el 40% del salario medio de base.

Se entiende por salario medio de base, la cantidad que resulta de dividir el monto de las remuneraciones del trabajador afectas al Seguro, entre el número de días a que éstas correspondieron". (5).

No me fue posible formar cuadros estadísticos de los días de incapacidad y ayuda pecuniaria en cada uno de los pacientes, debido a la irregularidad de los datos encontrados en los expedientes y en la poca veracidad en los datos proporcionados por los pacientes en el interrogatorio.

C A P I T U L O I IESTUDIO ECONOMICO AMBIENTAL

El estudio económico-ambiental, que es la parte principal de mi Tesis, es un análisis individual y colectivo de la situación que prevalecía, dentro del conglomerado social, de nuestro grupo de pacientes en el momento en que les fue descubierta la enfermedad.

El análisis lo ha llevado hasta donde me ha sido posible y en él me he concretado al hogar, la vivienda, la actividad del paciente y su situación económica, costumbres y hábitos.

El grupo es reducido como para sacar conclusiones válidas y aplicarlas a la estadística en general, pero a mi juicio, es un grupo representativo de nuestra masa de población. Es selectivo por el hecho de que ha sido tomado del grupo de pacientes adoleciendo una sola entidad nosológica y en la cual no he incluido niños.

Me hubiera gustado tomar un grupo mas numeroso e incluir no sólo pacientes tuberculosos sino de todas las enfermedades en general para considerarlo más representativo y heterogéneo, pero las dificultades que se presentan para un estudio más extenso, son muchas, una de las cuales se refiere, por ejemplo, a las visitas domiciliarias, para lo cual se necesita tiempo disponible suficiente. Cuesta trabajo encontrar los domicilios y aquellos a quienes no pude visitar en su domicilio, tuve que interrogarlos a la hora de su consulta en el Dispensario.

Empezaré por analizar la vivienda y para ello he dividido el grupo en tres categorías, tomando en cuenta el domicilio fijo.

Para la nominación de la vivienda la he tenido que catalogar de la siguiente manera: Casa Propia, Casa de Familia y Mesón. Con respecto al alquiler los he dividido en: Inquilinos de Casa de Familia o Apartamentos e Inquilinos de Mesón. Con respecto a estos últimos, hay algunos que no entran en una ni

en otra de las dos categorías. Estos son: Guardianes de Fábricas, Talleres y Fincas en los cuales no pagan alquiler. Hay casos excepcionales que no tienen domicilio fijo y pernoctan en campamentos y champas, en el lugar que les depara la necesidad de su trabajo.

El cuadro número 7 se refiere a la vivienda y sus condiciones.

CUADRO No.7

V I V I E N D A

HABITACION	No.de FAMILIAS	PORCENTAJE
Casa Propia	24	16.0
Casa Familiar	40	26.6
Mesón	68	45.3
Otros	18	12.0
T O T A L	150	99.9

CONDICIONES	No.DE HABITACIONES	PORCENTAJE
Piso de Cemento	102	68.0
Piso de Tierra	48	32.0
T O T A L	150	100.0

CONDICIONES	No. DE HABITACIONES	PORCENTAJE
<i>Agua y Luz</i>	114	76.00
<i>Sólo agua</i>	4	2.66
<i>Sólo Luz</i>	4	2.66
<i>Ni agua ni luz</i>	28	18.66
T O T A L	150	99.98
<i>Servicios de lavar</i>	90	60.00
<i>Servicios de foso</i>	46	30,6
<i>Sin servicios</i>	14	9.3
T O T A L	150	99.9

Del total de ciento cincuenta casos, solamente 24 declararon ser dueños de casa. El resto o sean 126 son inquilinos, lo cual representa un porcentaje de 84%, quedando un 14% para los propietarios de casa.

Entre los que carecen de casa propia, 68 son inquilinos de mesón o sea 45.3%.

El mesón es típico de nuestro medio, tanto en las grandes ciudades como en las pequeñas y constituye una de las lacras del medio ambiente. No cuesta trabajo darse cuenta de la realidad de su existencia y de sus condiciones insalubres. Son casas comunales en donde se hacinan en gran promiscuidad múltiples familias pobres, distribuidas en todos los sectores, aún en el centro de las ciudades. Su construcción es del mismo corte, es decir, de bahareque, cuartos o habitaciones estrechas en donde el más aprovechado es el propietario de ellas, con una sola puerta si son interiores y con dos puertas si dan a la calle y si acaso una ventana.

Los servicios higiénicos, si los hay, apenas pasan de dos, para hombres y mujeres, muy descuidados en su aseo, en donde tienen que hacer cola los inquilinos. El agua siempre es insuficiente y apenas alcanza para cubrir las múltiples necesidades de la gran cantidad de personas que los habitan y a esto hay que agregar que muchas veces sólo la suministran por momentos, viéndose obligados los inquilinos a aprovisionarse y almacenarla para las necesidades más urgentes. Los baños ya no se diga. No en todos los mesones, aún con servicio de agua, los tienen, ya sea por el suministro escaso o porque los propietarios quieren eludir el impuesto por volúmen de agua utilizada. Generalmente los mesones tienen una galera que sirve de cocina para la comunidad, pero con el advenimiento de las cocinas de kerosene, muchos inquilinos las instalan dentro de los cuartos, de manera que, las habitaciones se convierten en dormitorios, comedor, sala y cocina, aumentando en esta forma el hacinamiento. Los cuartos tienen, por término medio, un área aprovechable de 16 metros cuadrados, algunos más y otros menos. En estos cuartos sólo hay espacio disponible apenas para tres tijeras de lona o camas y para poder disponer de espacio durante el día, tienen que desalojarlas. La mayoría de ellas carecen de tabique y ya se puede imaginar el lector la cantidad de polvo que los inunda durante la época de los vientos y la filtración de agua durante la época de las lluvias. Respecto al número de camas encontré un promedio de una cama para dos personas con un mínimo de una cama para una familia de siete personas. Por supuesto que en estos casos, no se van a amontonar todos en una sola cama, lo que hace pensar que se las arreglan de otro modo y lo más lógico es pensar que duermen en el puro suelo. Esto lo he comprobado personalmente.

Estas condiciones de vivienda pueden considerarse como lo mejor tratándose del mesón, pero si hacemos un recorrido por los suburbios de la ciudad nos encontramos con las barracas, champas o "tugurios". Estas son construcciones improvisadas situadas en los sitios más diversos como barrancos, laderas, a las cuales

se llega por verdaderas escaleras, a la orilla de las quebradas, donde abundan los bichos o insectos dañinos; sin ninguna condición higiénica recomendable para que se puedan considerar como habitaciones dignas de llamarse viviendas. Los techos de estos tugurios son hechos de los más diversos materiales, como láminas deterioradas, cartón, acapetate u hojas de palmera. En ellos se alojan las familias de más bajos ingresos económicos, conformándose a vivir como animales, expuestos a todas las intemperies y ser fácil presa de todas las enfermedades.

El cuadro número 8 indica el grado de hacinamiento de las familias que habitan casa propia.

CUADRO No. 8

PACIENTES QUE HABITAN CASA PROPIA SEGUN NUMERO DE
HABITACIONES Y NUMERO DE MIEMBROS DE FAMILIA CORRESPONDIENTES

No. de CUARTOS	No. DE FAMILIAS	No. de HABITANTES	PROMEDIO DE HABITANTES p. CUARTO
1	12	61	5.1
2	7	50	3.6
3	3	21	2.3
4	1	7	1.8
5	1	21	4.2
TOTAL 44	24	160	3.6

En resumen tenemos que 24 familias con un total de ciento sesenta miembros ocupan 44 cuartos. El promedio es de 3.6 miembros por cuarto. Si tomamos como hacinamiento más de dos miembros por habitación, tal como lo define la Sanidad, vemos que, aún las familias que habitan en casa propia en nuestro medio, se pueden considerar que en realidad viven hacinadas.

Por supuesto que estas familias se supone que viven en mejores condiciones higiénicas que las que habitan mesones y champas.

El cuadro número 9 indica el número de viviendas, número de cuartos por cada vivienda, el total de habitantes, el promedio de miembros por habitación o cuartos y el promedio de alquiler en las familias que ocupan casas familiares o apartamentos.

CUADRO No.9

No. DE CUARTOS	No. DE FAMILIAS	No. DE HABITANTES	PROMEDIO DE HABIT. POR CUARTO
1	25	76	3.3
2	5	27	2.7
3	5	30	2.0
4	1	6	1.5
5	3	21	1.4
6	1	8	1.3
TOTAL 75	40	168	2.2

No. DE CUARTOS	No. DE VIVIENDAS	PROMEDIO ALQUILER	PORCENTAJE
1	25	¢ 24.00	62.50
2	5	¢ 40.00	12.50
3	5	¢ 97.00	12.50
4	1	¢ 25.00	2.50
5	3	¢ 105.00	7.50
6	1	¢ 200.00	2.50
TOTAL 75	40	¢ 45.00	100.00

En resumen, el total de viviendas es de 40 con un total de 75 cuartos o habitaciones. El total de miembros en las 40 familias es de 168. Esto quiere decir que estas 168 personas habitan 75 cuartos o habitaciones, resultando un promedio de 2.2 miembros por cuarto.

Según el promedio de habitantes por habitación podemos decir que prácticamente no hay hacinamiento.

Según el mismo cuadro, el promedio de alquiler de la vivienda es de \$45.00. El mayor porcentaje es de las familias que ocupan un solo cuarto y está representado por 25 casos y 62.5% con un total de 76 miembros. En este caso particular sí hay hacinamiento pues el promedio de habitantes es de 3.3.

El cuadro número 10 se refiere a los inquilinos de mesón.

CUADRO NUMERO 10

No. DE HABITANTES POR CUARTO DE MESON	No. DE FAMILIAS	No. DE MIEMBROS	PORCENTAJE
1	9	9	12.23
2	10	20	14.70
3	18	54	26.47
4	12	48	17.64
5	12	60	17.64
6	4	24	5.88
7	2	14	2.94
8	0	0	0.00
9	1	9	1.47
TOTAL	68	238	99.97

VALOR DEL ALQUILER	FRECUENCIA	PORCENTAJE
¢ 5.00 a ¢ 9.99	8	11.76
¢10.00 a 19.99	27	39.70
¢20.00 a 29.99	24	35.29
¢30.00 a 39.99	5	7.35
¢40.00 a 49.99	0	0.00
¢50.00 a 59.99	1	1.47
¢60.00 a 69.99	1	1.47
¢70.00 a 79.99	1	1.47
¢80.00 a 89.99	0	0.00
¢90.00 a 100.00	1	1.47
TOTAL	68	99.98

La primera parte del cuadro indica el grado de hacinamiento. En éste tenemos que la primera columna se refiere al número de miembros por cuarto o habitación y va de 1 a 9. La segunda columna se refiere al número de casos y familias siendo un total 68. La tercera columna se refiere al número de miembros por cada grupo de familias, siendo en total 238 en las 68 familias. La cuarta columna se refiere al porcentaje de cada uno de los grupos. Como se vé el número de miembros por habitación se aumenta desde 1 miembro por cuarto representado por nueve casos hasta nueve por habitación representado por 1 familia, lo cual significa en este último caso, gran hacinamiento o promiscuidad. El mayor porcentaje está representado por aquellos miembros que ocupan un cuarto hasta cinco miembros por cuarto y es de 88.68%. El promedio de habitan-

tes por cuarto en total es de 3.5. Estos datos indican el grado de promiscuidad y hacinamiento en que viven estas familias de escasos recursos económicos.

La segunda parte del cuadro indica el alquiler pagado, la frecuencia de casos y el porcentaje. El mayor porcentaje se encuentra entre los que pagan de \$5.00 a \$39.99 y es de 94.10%. El promedio en total es de \$20.00, con un máximo de \$100.00 y un mínimo de \$5.00. Esto resulta oneroso según se verá al analizar el salario o sea los ingresos por familia.

ESTUDIO ECONOMICO

Para analizar la situación económica, he seguido el mismo plan, es decir, los he subdividido en: empleados, obreros y peones.

Entre los empleados he incluido a los profesionales por ser su número muy reducido y entre los peones he incluido las que desempeñan oficios domésticos por la misma razón.

Analizaré primero el sueldo individual de cada grupo y después los ingresos totales por familia, incluyendo el sueldo de los miembros que trabajan en cada una de ellas para ayudar al hogar.

En el cuadro número 2 que se refiere a la profesión u oficio aparece que el total de empleados es de 39, siendo 29 hombres y 10 mujeres.

La actividad en que se desarrolla este núcleo es muy variada por lo cual me ha sido imposible formar cuadro estadístico.

El núcleo de empleados en los casos estudiados son, con pocas excepciones, de baja categoría en la escala burocrática. Esto tiene su importancia según demostraremos adelante.

CUADRO NUMERO 11

S U E L D O D E E M P L E A D O S

SUELDO MENSUAL	No. DE CASOS	PORCENTAJE
¢ 25.00 a ¢ 49.99	2	5.13
¢ 50.00 a ¢ 74.99	10	25.64
¢ 75.00 a ¢ 99.99	6	15.38
¢ 100.00 a ¢ 124.99	7	17.95
¢ 125.00 a ¢ 149.99	3	10.26
¢ 150.00 a ¢ 174.99	4	7.69
¢ 175.00 a ¢ 199.99	0	0.00
¢ 200.00 a ¢ 224.99	3	7.69
¢ 225.00 a ¢ 249.99	0	0.00
¢ 250.00 a ¢ 274.99	3	7.69
¢ 275.00 a ¢ 299.99	0	0.00
¢ 300.00 a ¢ 324.99	1	2.56
TOTAL 39		99.99

Este cuadro indica la agrupación según el sueldo, el número de casos y el porcentaje. Los sueldos oscilan entre ¢25.00 y ¢324.99. El mayor porcentaje está comprendido entre ¢50.00 y ¢124.99 y es de 59.44%. El resto o sea 40.54% pertenece a los que ganan menos y más de estos límites. El promedio de sueldo es de ¢118.00. El máximo es de ¢300.00, siendo el mínimo de ¢35.00, estando representado por una sola persona en ambos casos. Estos sueldos son mensuales.

CUADRO No. 12

SUELDO MENSUAL		CASOS	PORCENTAJE
¢ 25.00 a ¢ 49.99		2	2.50
¢ 50.00 a ¢ 74.99		13	16.25
¢ 75.00 a ¢ 99.99		21	26.25
¢100.00 a ¢ 124.99		8	10.00
¢125.00 a ¢ 149.99		8	10.00
¢150.00 a ¢ 174.99		7	8.75
¢175.00 a ¢ 199.99		6	7.50
¢200.00 a ¢ 224.99		8	10.00
¢225.00 a ¢ 249.99		2	2.50
¢250.00 a ¢ 274.99		2	2.50
¢275.00 a ¢ 299.99		0	0.00
¢300.00 a ¢ 324.99		2	2.50
¢325.00 a ¢ 349.99		0	0.00
¢350.00 a ¢ 374.99		0	0.00
¢375.00 a ¢ 399.99		0	0.00
¢400.00 a ¢ 424.99		1	1.25
TOTAL		80	100.00

Este cuadro indica la agrupación según el sueldo, el número de casos y el porcentaje, los sueldos oscilan entre ¢25.00 y ¢424.99. El mayor porcentaje está comprendido entre los que ganan de ¢50.00 a ¢99.99 y es de 42.50%. El resto es para los que ganan menos y más de estos límites y está representado por 57.50%. El promedio total de sueldo es de ¢130.00. El máximo es

de \$400.00 y está representado por una sola persona. El mínimo es de \$42.00.

CUADRO NUMERO 13

S U E L D O M E N S U A L D E P E O N E S		
SUELDO MENSUAL	No. de CASOS	PORCENTAJE
\$ 15.00 a \$ 24.99	2	6.90
\$ 25.00 a \$ 49.99	4	13.79
\$ 50.00 a \$ 74.99	10	34.48
\$ 75.00 a \$ 99.99	9	31.03
\$ 100.00 a \$ 124.99	3	10.34
\$ 125.00 a \$ 149.99	1	3.45
T O T L 29		99.99

Este cuadro, como los demás, indica la agrupación por sueldo mensual, el número de casos y el porcentaje. Este es el grupo más precario con respecto a la situación económica. El sueldo oscila entre \$15.00 y \$149.99. El mayor porcentaje está comprendido entre los que ganan \$50.00 y \$99.99 y es de 34.49%. El resto o sea 34.49 está representado por los que devengan menos y más de estos sueldos límites. El promedio mensual es de \$73.00. El máximo es de \$125.00, con un mínimo de \$15.00.

Del total de 150 casos que me han servido de base para el presente estudio, he elegido aquellos que tienen más de un miembro dependiente para formar el cuadro número 14, en el cual analizaré los ingresos totales por familia, el número de éstas, el número de miembros dependientes, el ingreso mensual y diario que le corresponde a cada miembro para atender las múltiples necesidades. El total de casos con más de un miembro dependiente es de 124.

13

C U A D R O N U M E R O C A T O R C E

INGRESOS TOTALES No. DE FAMILIAS No. DE MIEMBROS INGRESO MENSUAL POR CABEZA INGRESO DIARIO POR CABEZA PORCENTAJE

25.00 a	49.99	2	4	20.00	0.66	1.61
50.00 a	74.99	17	61	16.33	0.54	13.70
75.00 a	99.99	27	104	21.85	0.73	21.77
100.00 a	124.99	20	101	22.49	0.75	16.12
125.00 a	144.99	11	47	31.57	1.05	8.87
150.00 a	174.99	11	42	41.00	1.37	8.87
175.00 a	199.99	6	27	40.00	1.33	4.83
200.00 a	224.99	9	56	37.87	1.26	7.25
225.00 a	249.99	3	16	44.44	1.48	2.41
250.00 a	274.99	5	24	53.33	1.78	4.03
275.00 a	299.99	0	0	0.00	0.00	0.00
300.00 a	324.99	4	17	71.47	2.38	3.22
325.00 a	349.99	3	27	37.22	1.24	2.41
350.00 a	374.99	0	0	0.00	0.00	0.00
375.00 a	399.99	2	15	51.66	1.72	1.61
400.00 a	424.99	2	11	73.64	2.45	1.61
425.00 a	450.00	2	13	67.69	2.25	1.61

T O T A L 124 564 99:92

En la primera columna aparecen los ingresos totales agrupados de ₡25.00 en ₡25.00. Estos van desde ₡25.00 a ₡450.00. En la segunda columna el número de familias para cada agrupación de sueldo. Como puede verse, la primera casilla corresponde al ingreso mensual comprendido entre ₡25.00 a ₡49.99 y está representado por dos familias únicamente. Y así sucesivamente, con un máximo de 27 familias a las cuales corresponde un ingreso comprendido entre ₡50.00 y ₡99.99. Como se ve, a medida que asciende el ingreso, desciende el número de familias.

En la tercera columna está el número de miembros por cada agrupación de familias. En la primera casilla, el número de miembros de cuatro, que corresponden a 2 familias, con un máximo de 104 miembros que corresponden a 27 familias. El total de miembros para las 124 familias es de 564.

La cuarta columna corresponde al ingreso mensual por cabeza. Estos datos los he sacado sumando los ingresos en cada caso particular, es decir, por familia. Un ejemplo ilustraré lo dicho y así tenemos que en el primer caso, que corresponde a la primera casilla, las dos familias tienen un ingreso de ₡40.00 cada una. Dividiendo el total de los sueldos que es de ₡80.00 por el número de miembros que es de 4, resultan ₡20.00 exactos.

Para más detalles estadísticos, he formado la quinta columna que corresponde al ingreso diario por cabeza. Como puede apreciarse, los ingresos diarios por cabeza, van de un mínimo de ₡0.54 hasta un máximo de ₡2.38.

Agrupándolos en tres categorías según el ingreso diario por cabeza, tenemos que: 270 personas tienen que conformarse con una fracción de colón para sus gastos. Esto corresponde a un 47.87% en el total de 564 miembros; 253 miembros les corresponde entre ₡1.00 y ₡2.00 colones con un máximo de ₡1.78 o sea el 44.86%; 41 miembros tienen ingresos diarios entre dos colones y fracción, con un máximo de ₡2.45 o sea el 7.27%. Estos porcentajes no aparecen en el cuadro pero los he sacado tomando como factores los datos que aparecen en la tercera columna que corresponden al número de miembros en cada agrupación de familias y el total de miembros que es de 564.

La sexta columna se refiere al porcentaje que corresponde a cada agrupación de familias según los ingresos totales y así vemos que el mayor porcentaje corresponde a las familias cuyos ingresos están comprendidos entre \$50.00 a \$124.99 y es de 51.29%, que es prácticamente la mitad del total 124 familias, El porcentaje menor es de aquellas familias cuyos ingresos están comprendidos entre \$375.00 a \$450.00 y es de 4.83% que corresponde a seis familias únicamente. Como puede notarse, solamente 124 pacientes manifestaron tener miembros dependientes. El resto de los 150 casos o sea 26, manifestaron no tener miembros dependientes. Los ingresos personales de estos pacientes oscilan entre \$15.00 a \$240.00. La situación económica es distinta, puesto que no teniendo miembros dependientes, sus ingresos no sirven más que para atender sus necesidades personales.

Del total de 124 casos con miembros dependientes he formado el cuadro número quince según el número de miembros por familia, número de familias y el porcentaje correspondiente.

CUADRO No.15

FAMILIA		CON MIEMBROS	DEPENDIENTES
No. DE MIEMBROS		No. DE FAMILIAS	PORCENTAJE
2		16	12.90
3		26	20.97
4		24	19.35
5		24	19.35
6		20	16.13
7		6	4.84
8		2	1.61
9		4	3.23
10		0	0.00
11		1	0.81
12		1	0.81
TOTAL		124	100.00

El número de miembros va desde 2 hasta 12. Las familias están agrupadas según el número de miembros dependientes. Los porcentajes más altos están comprendidos entre las familias con dos hasta seis miembros. Descendiendo el porcentaje hasta los doce miembros.

De las 124 familias, en 73 de ellas solamente hay una persona que trabaja y esta persona es el paciente. De estos 73 casos he formado el cuadro número 16, tomando en cuenta los miembros dependientes y agrupando los casos según el número de ellos.

CUADRO NUMERO 16

MIEMBROS POR FAMILIA CON UNA PERSONA QUE TRABAJA

No. DE MIEMBROS	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJE
2	11	15.06
3	19	26.02
4	17	23.28
5	12	16.45
6	9	12.34
7	3	4.10
8	0	0.00
9	1	1.37
10	0	0.00
11	1	1.37
T O T A L	73	99.99

El número de miembros dependientes va de 2 a 11. El porcentaje mayor está comprendido entre las familias con dos miembros dependientes hasta 6. La segunda columna del cuadro se refiere al número de familias según la agrupación de miembros. Es-

to tiene importancia según demostraremos adelante. Entre los miembros dependientes se encuentran los hijos del paciente que pueden ser menores de edad en muchos casos, los padres o la compañera de vida del paciente, hermanos y otros allegados.

HABITOS Y COSTUMBRES.

Entre los hábitos, uno de los que domina es el alcoholismo que es corriente en nuestro medio y no sólo en el nuestro, puesto que este hábito está difundido por todo el mundo; el tabaquismo; el juego en sus diversas modalidades; las vigiliias, ya sea por costumbre o por necesidades de trabajo. Es corriente en las fábricas trabajar por turnos en la noche. Muchos pacientes confesaron practicar deportes de una u otra índole. Esto naturalmente, así como es provechoso para los organismos sanos, fatiga y agota a los organismos predispuestos e insuficientemente alimentados. En el tuberculoso está contraindicado puesto que el reposo es elemento esencial para su tratamiento y curación. Muchas veces el paciente lo practica antes de saber su estado de enfermedad. En mis interrogatorios lo he descubierto. Algunos pacientes confesaron ser estudiantes de Academias Nocturnas.

C O M E N T A R I O

El capítulo primero de esta Tesis se refiere a la atención prestada a los pacientes de tuberculosis pulmonar por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y a su estado actual.

Para que una campaña antituberculosa sea bien dirigida, debe ser planeada por especialistas en la materia y en colaboración con las Instituciones Sanitarias y contar con los recursos indispensables. El Seguro Social cuenta con su grupo de Médicos Especializados, es decir Tisiólogos, su Dispensario adscrito al primer Consultorio Externo para pacientes ambulatorios, un Pabellón en el Sanatorio Nacional Antituberculoso de los Planes de Renderos, Gabinete propio de Rx, Laboratorio, Enfermeras y medicina adecuada y además, ayuda pecuniaria en efectivo de acuerdo al sueldo devengado por el paciente y según el tiempo de incapacidad.

Los 150 casos de este estudio los he subdividido en tres grupos:

- a) Sin previa hospitalización 47 casos. Esto quiere decir que dichos pacientes no fueron sanatorializados en ningún momento de su enfermedad sino que recibieron y están recibiendo tratamiento ambulatorio en el Dispensario, desde el principio de su enfermedad.*
- b) Con previa hospitalización 56 casos. Estos pacientes pasaron por un período variable de hospitalización de donde fueron dados de alta en condiciones para continuar su tratamiento en el Dispensario.*
- c) Los 47 casos restantes son los hospitalizados en el momento de elaborar esta Tesis. Algunos estaban en buenas condiciones para ser dados de alta en breve tiempo.*

De los 150 casos, 103 se encontraban en tratamiento y control en el Dispensario.

Referente al sexo de los pacientes, predomina el sexo masculino con un total de 119 casos o sea el 79.3%, siendo el femenino de 31 casos o sea el 20.6%.

El predominio del sexo masculino sobre el femenino, en este caso, no es propiamente que la enfermedad tenga predilección por el hombre. Este predominio hay que atribuirlo a otros factores que se pueden analizar.

El hombre como cabeza de la familia es natural que desarrolle mayor actividad. Aun cuando ahora la mujer está conquistando iguales derechos en todas las actividades, su condición de sexo las obliga a llevar una vida más restringida.

En el caso nuestro en el que todos los pacientes son trabajadores que desarrollan su actividad en una u otra forma, la desproporción es notoria entre hombres y mujeres. La mayor proporción de mujeres la encontramos en las fábricas y empleadas de almacenes y oficinas, no así en la artesanía en la cual aparecen en menor proporción. En la clase más precaria o sea la de los peones, no aparece ninguna mujer, excepto las que desempeñan oficios domésticos que por carecer de oficio o profesión las he incluido arbitrariamente entre aquellos.

Otro factor importante es el que se refiere a los hábitos y costumbres. Es notorio que los hábitos, sobre todo el alcoholismo y el tabaquismo, son casi privativos en el hombre. No vamos a achacar el alcoholismo como factor predisponente ciento por ciento, pero sí las bebidas alcohólicas se usan de manera inmoderada, descuidando la parte nutricional, es natural que el organismo pierda defensas, no sólo para determinada enfermedad, sino para muchas de ellas. Si bien es cierto que el tabaquismo lo consideran algunos autores como factor predisponente para el cáncer pulmonar, por la irritación que produce en el árbol bronquial, no así para la tuberculosis.

El hombre tiene, por su condición de varón, mayores libertades que la mujer que es más hogareña. Esta libertad lo pone más en contacto con fuentes de contagio insospechadas. De ahí el mayor riesgo para él. Por supuesto que me estoy refiriendo al adulto en plena actividad porque, si consideramos los grupos etarios habrá que tomar en cuenta otros factores.

En el cuadro número 1 referente a edad, el mayor porcentaje está comprendido entre 15 y 35 años. El total de pacientes es de 146 con un porcentaje de 97.3%. El menor porcentaje está entre 46 y 75 años y está representado por sólo 4 casos o sea 2.66%. De acuerdo a estadística mundial, la mayor actividad del individuo es de la adolescencia hasta una edad que puede considerarse como de media vida. En nuestros casos, aun cuando su número sea limitado, la proporción es notoria, puesto que treinticinco años podemos considerarla como de media vida. La adolescencia en el varón se inicia al entrar a la pubertad y es entre los catorce y quince años en nuestra población. En la mujer puede ser un año menos o sea a los trece. Es significativo el hecho de que entre los 56 y 75 años sólo hay 4 casos. El paciente de mayor edad en nuestro grupo es de 75 años.

En el cuadro número 2 referente a profesión u oficio he puesto en columnas aparte a hombres y mujeres. Los totales y porcentajes van al pie de cada columna. El número de obreros es de 80 incluyendo los dos sexos o sea el 53.3%. La proporción de hombres es de 62 y el de mujeres de 18. El número de empleados es de 39 o sea el 26%. Entre estos hay 29 hombres y 10 mujeres. El número de peones es de 27 o sea el 18%. En otra parte he incluido a las domésticas en este grupo por razones ya expuestas.

En nuestro grupo el número de hombres en relación al de mujeres es mayor. Hombres 119 o sea el 79.3%. Mujeres 31 o sea el 20.6%. La razón del predominio del sexo masculino sobre el femenino en estos casos quizá se deba y puede explicarse por la naturaleza y la actividad que desarrollan. Hay muchos oficios que sólo son privativos del hombre, entre los cuales podemos citar algunos: Zapateros, Carpinteros, Mecánicos, Sastres, Ladrille-

ros etc. Otra razón quizá se deba al auge que está tomando la industrialización en el país, pero sobre todo en la capital de la República, a donde ha habido afluencia de obreros de los distintos rumbos de la República.

Si las actividades del Seguro Social no estuvieran circunscritas a un pequeño sector de la República y abarcara los campos de labranza, con su campesinado, quizá el predominio estaría entre los peones, pues es el núcleo de población con las peores condiciones de vida, salarios más reducidos, mal alimentados, mayor esfuerzo en el trabajo, expuestos a todas las intemperies y alejados de los centros de Salud muchas veces.

En lo que se refiere al diagnóstico, el cuadro número 3 pone de manifiesto los casos confirmados, los no confirmados, las complicaciones, la extensión de las lesiones y la localización.

Los casos confirmados se elevan a 133 o sea 88.6%. Los no confirmados son 10 o sea 6.6% y las Pleuresías, 7 o sea 4.6%. Entre los casos no confirmados había unos que presentaban secuelas radiográficas que hacían sospechar actividad en una época desconocida. En otros, se sospechó actividad en una época anterior, por las historias clínicas.

En el pequeño grupo de Pleuresías, unas pocas mostraban pequeñas infiltraciones parenquimatosas pulmonares y si no las incluía entre las confirmadas fue porque lo más evidente era el Derrame Pleural y este era el diagnóstico primitivo del Médico. Estos casos y los anteriores, como dije antes, fueron tratados como tuberculosos.

Con respecto a la extensión de las lesiones, dominan las moderadas con un total de 67 casos o sea 50.3%, estando las mínimas en menor proporción con un total de 21 casos solamente. Las avanzadas con 45 casos o sea 33.8%. El porcentaje de las mínimas es de 15.8%.

En relación a estas últimas o sea las mínimas hay un detalle que quizá pueda tomarse en cuenta para explicar su bajo porcentaje y es que, en nuestra población hay un cierto temor al examen radiográfico pulmonar, sobre todo si los síntomas no son muy ma-

nifiestos y en estos casos van dejando pasar el tiempo, autome-dicándose o recurriendo primero al curandero o dándole poca im-portancia a sus malestares y no es sino cuando la enfermedad ha avanzado y se han acentuado los síntomas y signos que deciden consultar. Otra razón es que el I.S.S.S. no exige exámenes pre-viamente al ingreso como asegurados o beneficiarios. Personalmen-te he conocido casos en los cuales a pesar de haber un caso abier-to en el hogar, muchos de los contactos se han resistido al che-queo radiográfico por temor a salir enfermos y perder sus empleos.

Con respecto a la localización de las lesiones, dominan las bilaterales con un total de 81 casos o sea 60.9%, siguen las derechas con 34 casos o sea 25.5% y en tercer lugar las izquier-das con 18 casos o sea 13.5%.

La fuente de contagio es muy difícil de descubrir si no se conoce un caso abierto.

En los 150 casos de nuestro estudio, la fuente de conta-gio conocida, tanto en el hogar como fuera de él, apenas sube a 36 en comparación con 114 que no es conocida. Expresándolos en términos de porcentaje sería de 24% y 76% respectivamente.

El contagio familiar significa la presencia de uno o más casos abiertos de Tb. pulmonar dentro del hogar. El contagio fuera del hogar quiere decir que el paciente estuvo expuesto en algún lugar determinado con un caso abierto y por un tiempo sufi-ciente para infectarse.

El hogar familiar lo forman todas las personas que convi-ven en un mismo domicilio, ya sean miembros dependientes directa-mente del paciente, parientes por consanguinidad o afinidad o unidos por otros lazos.

En nuestros casos, el número de familias asciende a 124. Estos son los casos en los cuales el paciente convive con otros miembros en el mismo domicilio. Estas 124 familias suman un to-tal de 564 miembros, de manera que el número de contactos as-ciende a 440. Estos contactos pueden considerarse como tuberculo-sos potenciales si no se toman medidas adecuadas para protegerlos,

medidas más que todo preventivas, entre las cuales destacan: la educación sanitaria, búsqueda de posibles casos nuevos por la reentgenografía, encuesta tuberculínica, vacunación con BCG, separación de los niños del hogar donde haya casos abiertos etc.

En relación al contagio permítaseme ahondarlo, haciendo una revisión de algunos conceptos establecidos por la experimentación y la clínica. Estos conceptos se refieren a los "factores que influyen en la evolución de la tuberculosis".

"En el conjunto de factores que influyen sobre el desarrollo del proceso tuberculoso, se pueden distinguir dos grupos fundamentales.

El primer grupo comprende las condiciones orgánicas propias del ser infectado, reunidas en el concepto de "terreno". El segundo está constituido por el grupo de factores de la "Peristasis" o sea el ambiente que rodea al organismo que sufre la infección y son de dos clases: a) Los específicos, o genuinamente causados por el Bacilo de Koch, y b) Los inespecíficos.

CONSTITUCION Y TUBERCULOSIS.

Desde antiguo se procuró averiguar cuales son las manifestaciones fenotípicas que influyen sobre la enfermedad y su evolución. Teniendo en cuenta el aspecto particular del cuerpo, que es, en último término, lo que se denomina "hábitus", se venían repitiendo clásicamente las afirmaciones que a continuación anotamos en relación con la tuberculosis.

1o) Hábito brevilíneo o megalospléndico. (Hábito apoplético, hábito pícnico). Se caracteriza por el predominio del tronco sobre los miembros. Pende señaló en este tipo, dos variedades: el hábito pícnico y el artriticolinfático. En el primero la tuberculosis adopta formas benignas, con evolución tórpida, marcada tendencia a la fibrosis y a procesos indurativos.

En el segundo, es decir, en el artriticolinfático se aprecia marcada resistencia a la tuberculosis, especialmente a su localización pulmonar, caracterizándose por evolucionar con formas extrapulmonares, óseas, ganglionares y articulares.

2o) Hábito longilíneo o microspléndico (leptosónico, astémico, plano, tipo lineal). Anatómicamente se caracteriza por el deficiente desarrollo del tronco en relación con las extremidades. Son individuos con los miembros largos y cuya estatura rebasa a la media. Propenden

a las tuberculosis exudativas y a defenderse contra ellas.

30) *Hábito tísico*. La triada sindrómica que ofrece este mal llama do *hábito tísico* es: La *aplasia del primer arco costal*, *microcardia* y *astemia*. Actualmente se considera que el individuo que ofrece los caracteres de este hábito no tiene una predisposición fatal a la tuberculosis; por el contrario, frecuentemente hallamos sujetos así constituídos que se muestran resistentes a la enfermedad.

De estudios sobre el tipo constitucional en relación con la tuberculosis se infiere que el hábito o tipo constitucional es el aspecto particular del cuerpo como resultante de la especial proporción de sus segmentos. Todas las clasificaciones tienen como punto de partida un normotipo y luego tipos extremos. Sin embargo, todos los métodos de estudio son exclusivamente antropométricos, y en cambio olvidan los mecanismos de defensa orgánica, que más bien se vinculan a caracteres funcionales que a predisposiciones y morfologías anatómicas. (6) "

Por otro lado y con anterioridad, por medio de investigaciones gemelares y genealógicas, venían enfocando el problema de la herencia y constitución. "Sólo mediante la moderna investigación familiar y gemelar podría ponerse en claro, de manera justa, la importancia extraordinaria de la individualidad del hombre aislado en cuanto al proceso tuberculoso. Entonces se comprobó que también en la tuberculosis se hereda una predisposición a la "enfermedad" y se comprendió mejor lo que los médicos antiguos suponían y veían, basándose en la información del hombre enfermo y en la repetida semejanza del curso de la enfermedad en distintas familias. Ahora sabemos que la predisposición de los individuos a enfermar de tuberculosis se puede observar siguiendo las leyes mandelianas de manera dominante y recesiva. Así Diehl y Verschuer, como resultado de sus investigaciones en gemelos, encontraron que en el 65% de los gemelos univitelinos, con idénticos caracteres hereditarios, ambos gemelos contraen la infección tuberculosa. Y en el 35% restante, ambos gemelos contraen la misma infección tuberculosa en distinta proporción.

En los gemelos con caracteres hereditarios no idénticos, la proporción respectiva era de 25 y 75%. Este resultado fue confirmado indiscutiblemente por Uehlinger y Kueensh, los cuales comprobaron igualmente que existe una disposición específica para enfermar de tuberculosis. Se ha observado que un maestro tuberculoso, infectaba en mayor número a los niños procedentes de familias contaminadas de tuberculosis que a los niños de ascendientes sanos. La investigación gemelar evidenció además, una predisposición hereditaria tanto para la capacidad como para la falta de resistencia contra la tuberculosis. Por lo tanto, también se hereda la resistencia natural. Radeker y Bruno Lange se han manifestado, con respecto a los resultados de las investigaciones de Diehl y Verschuer, en el sentido de que las investigaciones gemelares, no se habían considerado suficientemente la exposición frente al germen y la resistencia natural.

También la investigación genealógica moderna ha comprobado de modo indiscutible que se hereda la disposición a la tuberculosis. Pero nunca debemos olvidar que el diagnóstico se ha perfeccionado tanto en la época moderna, que los diagnósticos de tiempos anteriores hay que interpretarlos con precaución. Son fuentes de error que desgraciadamente no se pueden excluir a posteriori de la investigación genealógica. Hay familias en las que se manifiesta claramente la receptividad para la tuberculosis y otras en que ocurre lo contrario. Sobre estos hechos dan pruebas evidentes las valiosas investigaciones de Geissler, las de Berghaus y las de Ickert y Vence. Todas ellas muestran con gran probabilidad, que debe aceptarse una disposición específica para la tuberculosis, transmisible por herencia y por regla general, según la forma recesiva. Es evidente que la enfermedad misma depende naturalmente, en gran parte, del origen de la infección y de las restantes influencias ambientales.

Petthoff basándose en investigaciones antropométricas recientes en numerosos tuberculosos, llega a la conclusión de "que una forma constitucional mesurable que se manifiesta por una forma especial de torax tuberculoso, no existe para dichos enfermos".

(7)

"La resistencia puede dividirse en natural o congénita y adquirida por la infección tuberculosa. La resistencia congénita viene determinada por la herencia. Lurie ha demostrado en conejos, que mediante una cría seleccionada pueden desarrollarse ejemplares que presentan, por una parte, mayor resistencia a la tuberculosis o, por otra parte mayor susceptibilidad. Hay pruebas demostrativas de que el mismo proceso ha ocurrido por selección natural en la especie humana. Así, razas y variedades que han estado expuestas a la infección tuberculosa por centenares y miles de años, presentan una mayor resistencia a la enfermedad que razas que han estado expuestas desde tiempos relativamente recientes.

Hay muchas razones para creer que existen considerables variaciones en la resistencia congénita entre varias familias de un grupo racial o nacional. Por fortuna la resistencia de la tuberculosis, parece ser dominante, aunque no de una manera estrictamente mendeliana.

La importancia de la resistencia adquirida a la tuberculosis es difícil de valorar. Ha sido abundantemente demostrado en animales, que la infección tuberculosa va seguida por un aumento de la resistencia a la infección, y que la infección con un tipo avirulento de bacilos tuberculosos aumenta la resistencia a los tipos virulentos. También ha sido demostrado abundantemente que si un grupo heterogéneo de personas infectadas (tuberculino-positivas) y no infectadas previamente se exponen a la infección tuberculosa, las previamente no infectadas sufrirán una mayor morbilidad y mortalidad. Con todo, es obvio que una infección satisfactoriamente estacionaria, aun cuando pueda producir algún aumento en resistencia, no se acompaña de una inmunidad real y que la exposición a la tuberculosis siempre implica algún azar. La resistencia puede ser afectada por una variedad de influencias entre las cuales se citan: una dieta inadecuada, sobreesfuerzos e infecciones intercurrentes, embarazo y diabetes descompensada, la sílicosis, estenosis pulmonar y enfisema.

La clasificación de Von Bergman y otros hace a un lado los caracteres morfológicos y valora la actividad de los mecanismos de defensa (tales como el sistema neurovegetativo, el linfático, etc.) en relación con la edad.

INFANCIA.

1) Linfatismo. Es la diétesis exudativa de Czerny que se confunde con la constitución irritable de Klare. Se observa en los niños que padecen eccemas, catarros, conjuntivitis, infecciones frecuentes del anillo linfático de Waldeyer, adenopatía, bronquitis. Esta diétesis se caracteriza por la labilidad relativa del mesénquima, que ante cualquier estímulo reacciona cualitativamente de un modo normal, pero cuantitativamente desproporcionado. Esta hiperreactividad es la expresión del elemento exudativo; en cambio el linfatismo le imprime su característica principal, es decir, una gran resistencia celular.

Este tipo diatéptico no ofrece una menor morbilidad a la tuberculosis, pero, desde luego, en tales individuos su curso suele ser más benigno.

Klare admitió en la infancia dos tipos a cada lado del normotipo: la constitución asténica y la constitución irritable.

2) Constitución asténica. En este tipo, opuesto al anterior, la inflamación no tiene suficiente intensidad, como tampoco la tiene la reacción defensiva general. A causa de esta falta de reacción, es necesario un estímulo para desencadenar los síntomas de la enfermedad clínica. El resultado consiste en la menor susceptibilidad, y por ende, alcanzar una inmunidad por demás suficiente.

3) Constitución irritable. Esta se confunde con el linfatismo o diétesis exudativo-linfático mencionada más arriba.

PUBERTAD.

Admiten todos que en la pubertad se observa un aumento de la morbilidad por tuberculosis. En esta fase de la vida se presentan formas más graves y en ellas los cuadros agudos son más frecuentes. Las formas caseosas registran su máxima frecuencia, hasta el punto de haber denominado Aschoff a la bronconeumonía caseosa puberal con gran reacción linfoganglionar "tisis de la pubertad". Esta mayor sensibilidad del organismo para el bacilo

de Koch durante la pubertad depende, sin duda, en gran parte, de los factores hereditarioconstitucionales; pero las condiciones fisiológicas del momento son factores no menos importantes. En efecto, en la pubertad ocurren: a) Grandes cambios neuroendocrinos: la hipófisis, las suprarrenales y las gónadas desarrollan gran actividad y, entre otros signos, determinan notable irritabilidad del sistema neurovegetativo. b) Desaparece y disminuye el linfatismo protector. La involución del timo y la reducción funcional y anatómica del sistema linfático disminuye la resistencia general. c) Cambia la vida del individuo por razones de índole peristáltica. Aumenta la vida de relación, con lo cual también aumenta la facilidad e intensidad del contagio. Excesos en el trabajo y en el deporte, alimentación deficiente, factores carenciales, etc., pueden asimismo concurrir.

EDAD ADULTA

Para los adultos seguimos la clasificación de Jaensch, que admite los tipos siguientes, considerando tan sólo los tipos reactivos y no la morfología antropológica: a) Los tipos sensibles de Haag o estigmatizados neurovegetativos de von Bergman. Este tipo comprende dos subtipos: el tipo B o basedoide y el tipo T o tetanoide. b) Los de constitución esténica. c) Los de constitución asténica. d) Los de constitución infantil.

Si los caracteres antropológicos destacaran, cabría establecer que los tipos esténicos, infantil y basedoide serían resistentes a la tuberculosis; predispuesto al tipo asténico e inclinado al tetanoide. Ahora bien, la mayoría de los individuos muestran tipos intermedios, en los cuales concurren factores de acción opuesta entre sí. Por eso además de estos datos que forman lo que podríamos llamar "el fondo constitucional", conviene tener en cuenta otros elementos que deciden la contienda entre el germen y el organismo. Un grupo de estos elementos está formado por los factores ambientales, y otro grupo, no menos importante, sobre todo por su trascendencia inmediata en clínica, lo representa el factor hereditario específico o "tacha familiar" que han sido expuestos antes.

FACTORES ESPECIFICOS

Según Romer y otros autores, el foco producido por el primer anidamiento del bacilo de Koch en un organismo, jamás consigue una curación completa. Esta noción dio lugar al aforismo de Behring, de que "la tisis del adulto es el final de una larga y triste canción cuya primera estrofa se cantó en la cuna".

La evolución hacia la tisis ulterior a partir del complejo primario se ha interpretado de la siguiente manera: Exacerbación o restauración del complejo primario. Fue el primer mecanismo invocado por los patólogos para explicar el proceso tuberculoso del adulto, a pesar de estar curado el complejo primario. Este criterio se basó en algunos casos aislados comprobados por algunos autores.

Reactivación del elemento ganglionar. Ghon y sus discípulos fueron los primeros que señalaron los fenómenos que pueden sobrevenir en los ganglios y describieron la exacerbación de la adenopatía y las metástasis intraganglionares que, con su curso centrífugo, pueden alcanzar el ángulo linfovenoso o confluyente venoso y la vena subclavia.

Perforación ganglionar en un bronquio. Schwartz ha puesto de manifiesto que por reactivación de las lesiones del linfoganglio puede éste perforarse en un bronquio, vertiendo en él material tuberculoso que, aspirado, daría lugar a lesiones parenquimatosas.

Lesiones tuberculosas apicales. Esta clase de lesiones sobrevienen en el período postprimario o cuando el complejo primario está ya totalmente inactivo. Pueden proceder de dos orígenes distintos: de metástasis hematógenas a partir de un ganglio activo, o del complejo primario aún no curado.

Diseminaciones hematógenas tempranas. Son clásicas las diseminaciones hematógenas producidas antes de que el complejo primario alcance su completa curación. Estos son los mecanismos puramente endógenos que explicarían la continuidad patológica de una tisis del adulto nacida del complejo primario, sin la participación de reinfecciones exógenas.

Pero la clínica humana y la experimentación animal demostraron que los sucesivos contagios en los sujetos que ya sufrieron el complejo primario, tienen también consecuencias.

El contagio de un individuo ya infectado ha recibido las denominaciones de "reinfeción" y "superinfeción". Muchos autores los usan indistintamente. Veamos someramente la explicación que se da de cada una de ellas.

REINFECION

Se entiende por reinfeción el hecho de un nuevo contagio ocurrido cuando el daño causado por el primero o anterior había curado totalmente. La comprobación de un reinfecto es relativamente fácil cuando conocemos la terminación favorable de la infección primaria. Sin embargo para muchos fisiólogos las consecuencias de la reinfeción tan sólo son un nuevo brote de la enfermedad. Es decir, que el bacilo A que produjo la primera lesión provocó otro brote. En cambio si aceptamos la realidad de las reinfeciones, la lesión actual que surge no se debe al bacilo A, sino al bacilo A', recientemente incorporado al huésped en virtud de la reinfeción exógena. Para diagnosticar un reinfecto debemos disponer de una reentgenografía previa que demuestra la indemnidad del parenquima de la zona recién dañada antes de ocurrir la nueva lesión.

Los datos epidémicos y experimentales que apoyan esta opinión son los siguientes:

Pruebas epidérmicas.

- a) La mayor morbilidad por tuberculosis entre las personas que conviven con tuberculosos abiertos es una prueba de que, realmente, la reinfeción desempeña un papel importante.
- b) Heinbeck de Noruega comprobó que las enfermeras cutinegativas al comenzar a prestar sus cuidados se enferman con más frecuencia que las cutipositivas en iguales circunstancias.
- c) Arborelios de Suecia, demostró lo mismo entre reclutas. Hemos de advertir que las personas cutinegativas no lo eran precisamente por no haber padecido el complejo primario, pues presentaban evidentes señales roentgenianas de complejo primario curado.

Pruebas experimentales.-

Los trabajos de Bartel y Neumann y los de Lange y Lydtin demostraron lo siguiente:

1o) Que en los animales afectados de tuberculosis progresiva, las reinfecciones experimentales no determinan nueva lesión, es decir fracasan. 2o) En los animales con una tuberculosis en vías de curación es posible provocar infecciones inyectándoles grandes cantidades de bacilos. 3o) En los animales que habían dominado los efectos de la infección primaria y curado sus lesiones, a consecuencia de la reinfección pueden producir nuevos focos lesionales del todo semejantes a los primeramente sufridos.

SUPERINFECCION

Se entiende por superinfección el contagio repetido o masivo que actúa sobre un pulmón aún enfermo es decir, que ocurre cuando el sujeto no ha curado todavía del daño tuberculoso causado por los contagios precedentes.

Sus efectos no serían la producción de un nuevo foco en una zona del parenquima indemne, como sucede en el caso de la reinfección. A menudo estriban en reactivar un tejido tuberculoso de una lesión cicatrizada o de un foco inactiva. Teniendo en cuenta estas características, consideramos como superinfección exógena la invasión de bacilos de Koch procedentes del exterior en un organismo en el que previamente habían focos, activos pero no lo suficientemente curados para impedir su reactivación.

MECANISMO DE LA SUPERINFECCION

Según Redeker, cuando un organismo experimenta contagios repetidos después de padecer focos tuberculosos preestablecidos, los nuevos bacilos penetrados por inhalación no llegan a producir nuevos focos, sino que se destruyen liberando endotoxinas, cuya acción se manifestaría por la exacerbación de los focos preexistentes.

a) Pruebas epidémicas.

Las mismas que hemos señalado para confirmar la reinfección son demostrativas de la superinfección. En cuanto a la manera pe-

culiar de ser, señalamos los datos aportados por Redeker y otros, los cuales aceptan que la superinfección establece en el organismo que la sufre, una sensibilización. Redeker demostró que en las personas que cuidan a estos enfermos y que al iniciar su trabajo eran cutipositivas débiles, con el tiempo su reacción se vuelve cada vez más intensa.

b) A pesar de que Bruno Lange no logró confirmar experimentalmente en los animales que las inyecciones de tuberculina modificarán los focos tuberculosos preexistentes, hay pruebas clínicas que demuestran la posibilidad de las reacciones focales. Basta tan solo recordar las reacciones focales y generales en la era de la tuberculinoterapia. Rabinowitch y Muller demostraron que después de las reacciones focales tuberculínicas sobreviene una verdadera bacilemia. Por otra parte se conocen las hemoptisis consecutivas a las reacciones focales tuberculínicas.

c) Pruebas experimentales.

Schwartz inculcó bacilos de Koch virulentos en el testículo de conejos. De dos lotes así tratados, uno se superinfectó por vía intratraqueal y el otro no. El resultado fue el siguiente: los conejos no superinfectados murieron de tuberculosis progresiva en el plazo normal. En cambio en los superinfectados sucedió lo siguiente: unos sucumbieron por shock a los días de superinfectados, y otros sobrevivieron a este efecto y entonces desarrollaron formas infiltrativas, incluso con reblandecimiento, pero en conjunto vivieron más tiempo que los animales testigos sólo sometidos al primer contagio.

FACTORES INESPECIFICOS

No haré más que mencionarlos: influencia del esfuerzo físico, influencia de la nutrición, influencia de la vivienda, influencia del agotamiento, influencia del esfuerzo mental, influencia del traumatismo, variaciones meteorológicas, etc." (8)

En lo referente a las prestaciones médicas, el Artículo 15 de la Ley Orgánica del Seguro Social establece un máximo de 52 semanas por una misma enfermedad. Sin embargo según el cuadro número 5 aparecen 6 casos que sobrepasaron las 52 semanas de hos-

pitalización. Esto prueba de que aún cuando la ley estipula un tiempo límite de hospitalización para una misma enfermedad, en la práctica y dadas las necesidades, se atiende más a éstas y puede haber excepciones, lo cual me parece que es loable para la Institución en beneficio de sus asegurados.

De los 103 pacientes en control y tratamiento ambulatorio en el Dispensario tenemos que: trabajan jornada completa 70 ó sea 67.96%; con incapacidad y ayuda del ISSS 16 ó sea el 15.53%; cesantes, sin ayuda del ISSS 17 ó sea el 17.50%. El resto para completar los 150 casos ó sea 47 son los hospitalizados actualmente y desde luego con incapacidad. De estos datos se desprende que 87 pacientes están aptos para el trabajo. Como se ve, 70 de ellos están desarrollando actividad en una u otra forma, 17 si no lo hacen es porque no han tenido la suerte de encontrar trabajo; si no reciben ayuda pecuniaria del ISSS es porque terminaron sus prestaciones, pero el Seguro Social prácticamente ha llenado uno de sus fines principales, cual es, la de ponerlos aptos para el trabajo y ser nuevamente útiles para la sociedad; 16 aún no trabajan por estar incapacitados pero reciben ayuda pecuniaria del ISSS de acuerdo a la Ley de Prestaciones que dice: "Art. 27. El subsidio diario de enfermedad se otorgará en los siguientes plazos y cuantías: a) Durante los primeros sesenta días, el 75% del salario medio de base y b) en adelante y hasta 52 semanas el 40% del salario medio de base. (9).

VIVIENDA

"Unidad de vivienda es todo cuarto o grupo de cuartos dentro de una estructura permanente, ocupados por una familia censal privada.

Familia censal es la persona o grupo de personas que forman el núcleo en un hogar, como padres, hijos, sirvientes, etc. que hacen vida en común.

Mesón. Se considera como mesón toda estructura habitada por tres o más familias censales con servicios colectivos.

ANÁLISIS DE LA VIVIENDA EN EL SALVADOR. Censo de 1950.

De 31.852 viviendas que hay en San Salvador, 21.511 ó sea el 67% se encuentran en mesones y 9.969 en casas particulares

es decir, que si consideramos que la familia promedio está compuesta de 5 personas, 107.555 viven en mesones; estas personas constituyen aproximadamente el 66% de la población de la capital y apenas 309 viviendas se encuentran en apartamientos.

Número de cuartos por vivienda.

Para dar una idea de la intensidad de la aglomeración existente en la capital, basta decir que 21.511 viviendas en mesones, 19.439 o sea el 90.4% son de un solo cuarto.

Condiciones de la vivienda.

Las viviendas en los mesones son totalmente carentes de todas aquellas condiciones indispensables para que la familia pueda desenvolverse en un ambiente que proteja su salud tanto emocional como física. Sin embargo no se cree que la casa particular llena todos los requisitos que la higiene exige, al contrario, muchas de ellas están desprovistas de facilidades sanitarias o su estructura se encuentra tan deteriorada que únicamente se diferencia del mesón por una menor aglomeración de personas.

Servicios públicos.

De las 31.852 viviendas en San Salvador tienen:

Agua corriente - - - - -	24.410
Pozo - - - - -	189
Carecen - - - - -	7.253

De estos servicios de agua, 17.816 son colectivos y sólo 6.783 tienen servicios privados. Se puede considerar que las zonas donde hay servicios de agua corriente, poseen servicios correctos de disposición excretas.

Facilidades sanitarias.

De las 31.852 viviendas de San Salvador, poseen:

Inodoros - - - - -	9.792
Excusados con desagüe - - - - -	10.198
Pozos ciegos - - - - -	10.628
No poseen - - - - -	1.234

Téngase en cuenta que, de estos servicios sanitarios 22.368 son colectivos y apenas 8.250 son privados.

Baños.

<i>Pila o tina</i> - - - - -	16.241
<i>Regadera</i> - - - - -	6.180
<i>No tienen</i> - - - - -	9.431

Alumbrado.

<i>Electricidad</i> - - - - -	21.782
<i>Gas</i> - - - - -	6.135
<i>Velas</i> - - - - -	3.550
<i>No tienen o sin información</i> - - - - -	285

Aproximadamente el 70% de la población recibe el tren de aseo.

COMENTARIOS.

Como puede apreciarse con las cifras expuestas el problema de la vivienda urbana en San Salvador es grave; valdría la pena pues, enumerar y hacer unas breves consideraciones sobre las causas que han conducido a esta seria situación y sobre que se está haciendo; hay que dejar constancia de que el problema de vivienda está íntimamente relacionado con una serie de factores social, económico, cultural etc. y no puede esquematizarse de una manera escueta. Sin embargo, podemos intentar exponer a grandes rasgos cuáles son los factores que han condicionado la estructuración del problema hasta su grave estado actual.

Estas causas son las siguientes:

- 1o) Rápido crecimiento de la población.
- 2o) Bajo standard de vida de la población.
- 3o) Migración rufo-urbana.
- 4o) Poca inversión del capital privado
- 5o) Ley de inquilinato.
- 6o) Falta de legislación adecuada para las construcciones.

Rápido crecimiento de la población.

Según los censos.

Al 31 de Diciembre de 1939 la capital alcanza 103.494 habitantes. En 1950 nos da 161.951. Al primero de julio de 1957 la población, según cálculos de la Dirección General de Estadística llega a 212.542 habitantes. El área metropolitana

a esta misma fecha alcanza la cifra de 300.000 personas.

Bajo standard de vida de la población.

Se han realizado censos para investigar el costo de vida obrera y en el país, 68.28% de las familias ganan menos de 150 colones al mes. Esto anula la norma de economía doméstica que hace dedicar del 15 al 20% de los ingresos para la vivienda; en realidad 23.400 de la población urbana de la República no puede dedicar más de \$7.35 mensuales para la vivienda 45.4% de las familias, de las cuales corresponden 9.600 a San Salvador pueden adquirir o alquilar viviendas con cuotas de amortización o alquilarse mensuales de \$11.00 a \$18.88. Esto demuestra cuán difícilmente puede la empresa privada invertir dinero para solucionar el problema de estas familias, problema que no puede resolverse si no es por una fuerte y decidida acción del estado.

Migración ruro-urbana.

En nuestros países latinoamericanos, que tienden a centralizar en la ciudad capital y escasamente a establecer en las poblaciones provinciales, los grandes centros industriales y sobretodo en esta época de transición de una economía eminentemente agrícola hacia una economía de tipo industrial, el atractivo de la metrópoli para la población rural, es muy grande y crea una corriente ruro-urbana continua. Como en San Salvador no se permite la construcción de nuevos mesones (aunque se han construido bastante clandestinamente y muchas casas corrientes se han convertido en mesones), esta corriente migratoria a expensas del campo ha hecho que aparezcan en San Salvador, como en otras ciudades capitales, el "Tugurio". Esta consiste en habitaciones de tipo totalmente deficiente, aglomeradas en condiciones de insalubridad total y que crecen como hongos desafiando al mesón para determinar cual de los dos es un ma yor insulto a la dignidad humana.

Para tratar de determinar las condiciones de estos tugurios, la Dirección General de Sanidad, practicó una encuesta en un grupo de subviviendas que ha surgido en los alrededores de San Salvador, en las proximidades de una de las colonias residenciales más modernas. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Número de tugurios construidos- - - - -	207
<i>Habitantes:</i>	
Niños- - - - -	499
Adultos - - - - -	562
Promedio de habitantes por tugurio - - - - -	5
<i>Servicios de agua:</i>	
Pozo - - - - -	1
Pila pública - - - - -	175
Compran el agua - - - - -	20
<i>Excretas:</i>	
Con sistema de excretas deficientes - - - - -	62
Sin sistema de excretas - - - - -	154

Tipo de construcción

Mezcolanza de adobe, madera, bahareque, etc. con condiciones de insalubridad total contra los elementos. Se hizo una investigación del tiempo de residencia de las familias y se encontró que de las 207 familias, 167 o sea el 79% tenían menos de tres años de residencia en la zona. Todas las 207 familias habían venido a la capital de los Departamentos, excepto una de Honduras y otra de Guatemala con la esperanza de encontrar mejor trabajo y más posibilidades económicas en la Capital.

Similar a este se encuentran no menos de 6 grupos más en los alrededores de San Salvador, que crecen día a día, motivados por las causas expuestas.

Poca inversión del capital privado.

Si bien es cierto que se han formado algunas compañías constructoras de vivienda de carácter privado, los beneficios de éstas no llegan hasta el enorme grupo de población de ingresos mínimos, ya que sucede que casi el 70% de las familias del país gana menos de 150 colones mensuales; la clase media en formación es la que está siendo beneficiada por estas instituciones de tipo privado.

Ley de inquilinato.

La actual Ley de Inquilinato en El Salvador, que cuando

fue emitida provea proteger al inquilino contra los abusos de los propietarios, ha influido indudablemente en que el capital privado se haya mostrado receloso en invertirse en nuevas viviendas para las clases medianas acomodadas del país.

La Constitución Política de El Salvador declara de interés social la construcción de viviendas y establece la obligación del Estado de procurar que lleguen a ser propietarios de sus respectivas viviendas el mayor número de familias salvadoreñas. La misma Constitución Política permite que se separen bienes de la Hacienda Pública para la formación e incremento de patrimonios especiales destinados al mismo objeto de construcción de vivienda" (10).

Ahora veamos lo que dice al respecto el Ingeniero J. Alfonso Valdivieso en su trabajo titulado *LA VIVIENDA POPULAR DE EL SALVADOR*.

"Gran parte de los mesones y muchas de las pequeñas residencias individuales no llenan los requisitos mínimos de higiene y de confort a que tiene derecho a aspirar toda familia que vive en una sociedad que se quiera calificar de civilizada culta y progresista.

La sanidad considera que el mesón, como una casa colectiva consistente de un crecido número de cuartos en cada uno de los cuales viven familias enteras, quienes tienen que hacer uso de baños, lavaderos, patios y cocinas en forma común, debe desaparecer, porque fomenta la inmoralidad, la promiscuidad y la insalubridad. Una vivienda para una familia de escasos recursos, que llene los requisitos mínimos de higiene y de confort, deberá consistir más o menos de lo siguiente:

- 1o) De un cuarto amplio, limpio, bien ventilado, con buena luz y que pueda ser dividido en dos pequeños aposentos por medio de un cancel. Este servirá de dormitorio para toda la familia.
- 2o) De un corredor anexo, que prestará servicio de comedor y de cocina y que tendrá además instalado en un extremo en forma conveniente, inodoro, lavadero y baño propio.

3o) Todo este conjunto cubrirá una superficie aproximada de 40 metros cuadrados; y como agregado tendrá un pequeño patio o terraza que pueda servir para tender y asolear la ropa.

Este tipo de vivienda puede hacerse en forma de casitas aisladas, de viviendas múltiples o de casas de apartamentos. Las casitas aisladas deberán construirse en número limitado en las nuevas colonias obreras que habrá que desarrollar en terrenos por urbanizarse especialmente para tal finalidad y con miras a que puedan venderse a sus ocupantes.

Las viviendas múltiples, agrupadas en forma tal que el uso común de ciertas paredes, de cloacas, de cañerías para agua, de pasajes, etc. se traduzcan en economías de su construcción, deberán construirse tanto en las nuevas colonias obreras ya mencionadas, como dentro de la zona urbana actual, en reposición de muchos mesones insalubres que habrá que ir derribando poco a poco." (11)

De un estudio hecho por el Instituto de Vivienda Urbana en 1937, copio los siguientes párrafos.

"El mesón es típico de la ciudad y no de las pequeñas poblaciones. En la ciudad de San Salvador llega a representar el 65.5% o sea que de la población urbana de San Salvador, se encuentran viviendo en mesones 21.511 familias.

El 36% de los mesones alojan de 5 a 9 familias; el 21% de 10 a 9 familias. En algunos mesones se alojan de 80 a 100 familias. El promedio de familias por mesón es de 21.5%.

En San Salvador, 31.852 familias, necesitan mejor alojamiento.

Se sabe que 68.59% de las unidades de vivienda está formada por un sólo cuarto. Sólo una tercera parte de todas las viviendas tiene más de dos cuartos.

Una clasificación de las viviendas congestionadas según el número de personas de la familia y el número de dormitorios de que disponen nos da los siguientes datos:

Para viviendas de un sólo cuarto,

No. de Personas en la familia:	No. de viviendas.
3 - - - - -	20.504
4 - - - - -	19.384
5 - - - - -	15.700
6 - - - - -	11.181
7 - - - - -	7.207
8 - - - - -	4.831
9 - - - - -	2.260
10 a 14 - - - - -	2.549

Se considera vivienda congestionada aquella en la cual durmen más de dos personas en un sólo dormitorio".(12).

Expuesto lo anterior, veamos la situación de nuestros casos.

Del grupo de 150 pacientes, aparece que solamente 24 son propietarios de casa o sea el 14%. El resto o sea 126 son inquilinos que corresponden al 84%. Estos inquilinos se distribuyen en tres categorías.

1o) Aquellos que ocupan o alquilan las llamadas casas de familiares o apartamentos, en número de 40 o sea 31.75%.

2o) Inquilinos de mesón con 68 casos o sea el 53.97%.

3o) Hay un grupo que viven como guardianes de fábricas, talleres, fincas etc. o no tienen domicilio fijo. Este grupo lo forman 18 casos o sea el 14.20%.

En conjunto, los pacientes con casa propia forman una minoría en comparación con los que carecen de ella. Con respecto a estos últimos, son los inquilinos de mesón los que están en mayor proporción.

En relación a las condiciones de las viviendas tenemos que: 102 ó sea 68% tienen piso de cemento y 48 ó sea 32%, tienen piso de tierra. Agua y luz eléctrica 114 ó sea 76%; sólo agua, 4 ó sea 2.66%; sólo luz 4 ó sea 2.66%; ni agua ni luz, 28 ó sea 16.66%. Servicios de lavar, 90 ó sea 60%; servicios de foso, 46 ó sea 30.6%; sin servicios 14 ó sea 9.3%. Tratándose de la vivienda familiar o apartamentos, como dice el doctor Monterrosa Gavidia "Muchas casas han sido convertidas en mesones con las condiciones insalubres de éstos".

Con respecto al grado de hacinamiento en los distintos tipos de vivienda, tenemos que: en las familias que ocupan casa propia, 160 miembros en un total de 24 familias ocupan 44 cuartos; el promedio de habitantes por cuarto es de 3.6.

En las familias que viven en mesones tenemos que 238 miembros en las 68 familias ocupan 68 cuartos, siendo el promedio de habitantes por cuarto de 3.5, con un máximo de 9 miembros en un solo cuarto. El mayor porcentaje está entre 1 a 5 miembros por cuarto y es de 89.68%.

Considerando que el hacinamiento, tal como lo define el Instituto de Vivienda Urbana es más de dos personas en un sólo cuarto, tenemos que en las familias que ocupan casa propia y mesón, el hacinamiento es notorio. No así en las familias que ocupan viviendas familiares o apartamentos que es prácticamente de dos miembros por cuarto. Esto quiere decir que estos últimos, en este aspecto de la vivienda están en mejores condiciones que los otros dos grupos. El promedio de alquiler en las casas de familia es de \$45.62 mensuales y el de los mesones es de \$20.00 mensuales. Estos últimos datos tienen importancia según demostraré al analizar la situación económica de cada grupo.

En relación a la situación económica, comparando el promedio de sueldo mensual de cada grupo, obteniendo las cifras siguientes:

Empleados-	- - - - -	- \$	118.00
Obreros	- - - - -		130.00
Peones	- - - - -		74.00

Por otra parte, el mayor sueldo entre los empleados es de \$300.00 con un mínimo de \$35.00; el mayor sueldo entre los obreros llega a \$440.00, con un mínimo de \$42.00; entre los peones el mayor sueldo es de \$140.00 con un mínimo de \$15.00.

Llama la atención el hecho de que al analizar los sueldos de los tres grupos, resultan más favorecidos los obreros con un sueldo máximo de \$440.00 mensuales.

La mayor parte de los empleados de nuestro grupo, con pocas excepciones, son de baja categoría en la escala burocrática, como dije anteriormente. Sus exigencias sociales son mayores que la de

los otros dos grupos. Si es empleado de Oficina o Almacén tiene que presentarse lo más correctamente vestido con su corbata. Para comer, en su mayoría buscan comedores más o menos decentes, no así el obrero y el peón que pueden comer en cualquier sitio, incluso en el mismo lugar donde trabajan, sirviéndole de mesa, a veces el mismo mueble donde desempeña su labor y hasta la acera de las calles, si no comen en su domicilio o en el mercado. Si no están asegurados en la Institución y se trata de consultar al médico, ya sea ellos o sus allegados, no pueden consultar en clínicas de beneficencia porque sienten pena, ni pueden consultar en clínicas particulares porque no les alcanza el sueldo. En fin las exigencias sociales de esta clase son numerosas y cada una de ellas representa un gasto adicional que talvez no estaba previsto en su presupuesto y aumenta la situación aflictiva en su aspecto económico. Para ellos más que para las otras clases, la Institución del Seguro Social ha sido una bendición de Dios.

La situación del obrero, tanto económica como dentro del conglomerado social, es distinta a la del empleado de baja categoría y a la del peón. El obrero generalmente trabaja por obra y su sueldo depende de su habilidad. No así el empleado que le asignan un sueldo fijo. Si el obrero es especializado, tiene más oportunidad de aumentar sus ingresos. Su indumentaria es corriente y puede presentarse aún en pechos de camisa, sin el prejuicio de la vanidad con tal de que observe las reglas de la higiene elemental. En las llamadas "temporadas" y sobre todo, en los talleres de artesanía, puede trabajar tiempo extra con el consiguiente beneficio económico.

Con respecto al peón, las exigencias sociales no cuentan o son mínimas, pero por otro lado, sus ingresos son los más bajos. De manera que, de las tres clases analizadas, es el obrero el que me parece que está en mejores condiciones dentro de las limitaciones expuestas. Por otra parte, hay otro detalle digno de tomarse en cuenta y es el relativo al alquiler de la casa. Como hemos visto, el promedio de alquiler de las casas de familia es de

—
 \$45.00 y para los inquilinos de mesón es de \$20.00. Siendo el promedio de alquiler de casa de \$45.00, resulta que \$45.00 representa el 30% de este sueldo; para el obrero representa el 34%; para el peón resulta el 60%. El mismo razonamiento se puede hacer para el inquilino de mesón. Siendo el promedio de alquiler por habitación de \$20.00, para el empleado representa el 17% de su sueldo promedio; para el obrero representa el 15% y para el peón el 27%.

Ahora bien, como dice el Doctor Monterrosa Gavidia "se han realizado censos para investigar el costo de vida obrera y en el país, 68.22% de la familia ganan menos de \$150.00 al mes. Esto anula la norma de economía doméstica que hace que se dedique del 15 al 20% de los ingresos para la vivienda; en realidad, 23.400 de la población urbana de la República no puede dedicar más de \$7.35 mensuales para la vivienda; 45.4% de las familias, de las cuales corresponden 9.600 a San Salvador, pueden adquirir o alquilar viviendas con cuotas de amortización o alquileres mensuales de \$11.00 a \$18.88".

Conforme a lo citado, nuestros casos no entran en el grupo que forman el 45.4%, pues sus cuotas de alquiler, aún las del mesón, son más altas. Esto resulta oneroso y contribuye a aumentar la situación precaria de nuestra población de escasos ingresos.

En el cuadro número catorce analizo los ingresos totales por familia, es decir el sueldo del paciente y el sueldo de los miembros dependientes que con su aporte ayudan al sostenimiento del hogar, número de familias, número de miembros, ingreso mensual y diario que le corresponde a cada miembro. De los 564 miembros que forman el total de las 124 familias, 266 o sea el 47%, les corresponde un ingreso diario de menos de \$1.00 el cual oscila entre \$0.54 y \$0.75 como máximo por cabeza. Con esta fracción tan ridícula la persona tiene que acomodarse para atender las múltiples necesidades como son: la comida, la indumentaria, medicinas, etc. para no citar más que las principales, sin contar el alquiler de casa para las familias que no la tienen propia y en este caso disminuye aún más la fracción de colón; el 45% con un total de 253 miembros les corresponde un ingreso diario de \$1.00 y fracción que oscila entre \$1.05 y \$1.78. La situación de este

grupo ya es un poco más favorable; el 8% con una minoría de 41 miembros les corresponde un ingreso de ₡2.00 y fracción que oscila entre ₡2.25 y ₡2.45. Con este ingreso por cabeza quizá se pueda establecer un standard de vida y distribuirlos según las necesidades más urgentes en la persona, pero desdichadamente no es más que una minoría en el grupo de 564 miembros. El promedio de ingresos por cabeza del conjunto de 564 miembros, es de ₡1.40.

Según el cuadro número 16, en las 73 familias con un total de 302 miembros, sólo hay una persona que trabaja en cada una de ellas y esta persona es precisamente el paciente. El número de miembros por familia va desde 2 hasta 11. Siendo el enfermo la única persona que trabaja para sostener el hogar, ya nos podemos imaginar la situación desesperada y aflictiva en que quedan los miembros dependientes, máxime si son menores de edad que no pueden defenderse por sí solos. Pero aquí entran en juego las funciones del Seguro Social que con sus prestaciones médicas, hospitalarias y pecuniarias vienen a aliviar en parte esta situación. Como la ayuda pecuniaria está en relación con el salario medio de base, tal como lo estipulan sus leyes, claro está que tiene que ser limitada y no será suficiente en muchos casos, como para cubrir todas las necesidades, pero las prestaciones médicas y hospitalarias sí cumplen su cometido hasta una escala razonable en el propio asegurado, puesto que el fin principal de dichas prestaciones es colocar al paciente, hasta donde sea posible, en condiciones de volver a su trabajo si la evolución de la enfermedad no es fatal. Esto lo demuestra el hecho de que la mayor parte de los pacientes ambulatorios se encuentran trabajando.

Un aspecto en el cual quiero hacer hincapié es el que se refiere al Servicio Social. La Institución lo tiene establecido pero quizá no en la escala que se necesita. Cuando fui Médico Interno del Sanatorio de Los Planes de Henderos, me di cuenta de su importancia. Muchos problemas de índole familiar los resuelven las Trabajadoras Sociales asignadas al Sanatorio sin poner objeciones. Como practicante del Pabellón del I.S.S.S. me

dí cuenta de la deficiencia del Servicio Social en la Institución. Si se les llamaba para resolver algún problema, llegaban con mucho retraso alegando que no disponían de vehículo para atender a su debido tiempo talles llamadas y así por el estilo, siempre había un pretexto que poner.

Volviendo al tema de la vivienda, que es con el salario, uno de los problemas más agudos que confronta el Estado, me parece oportuno hacer unas breves consideraciones al respecto y poner de manifiesto lo que en la práctica se está haciendo para tratar de resolverlo. Como dice el doctor Monterrosa Gavidia, el problema de la vivienda es tan difícil que sólo podrá resolverse con una fuerte y decidida ayuda del Estado y esto es lo que actualmente está haciendo el Gobierno. La obra fue iniciada en 1932 con la creación de la Junta Nacional de Defensa Social que emprendió la construcción de las primeras casas, pero como sucede en toda obra que se inicia, es necesaria la experiencia y ésta se adquiere a través de los años para adaptarla a la realidad. Es obvio que al principio no respondiera a esta realidad, pero sí le cabe el mérito de haberla emprendido, porque lo importante es empezar. No fue sino hasta una época más reciente que se le dió el verdadero carácter e importancia como obra de rescate social. La primitiva Junta de Mejoramiento Social fue sustituida con la creación autónoma del Instituto de Vivienda Urbana, con una nueva estructuración para que respondiera a las exigencias de la realidad y es así como vemos que en la actualidad, el Instituto de Vivienda Urbana está llenando sus fines para los cuales fue creado, pues ya se cuentan por miles las familias rescatadas que ocupan su casa propia. Uno de los problemas más agudos, con respecto a la vivienda, es el mesón, por el hecho de que éstos son ocupados por las familias de más escasos ingresos económicos. Si bien es cierto que se han construido casas de diversos tipos como son las de tipo medio y mínimo, las cuotas de amortización son elevadas y sólo están al alcance de las clases de ingresos medios. Pero para las clases de ingresos mínimos, que son las que ocupan los mesones y tugurios, el Gobierno ha emprendido la construcción de las llama

das Viviendas Multifamiliares. De éstas ya hay varias en servicio, distribuídas en distintas colonias. Son edificios de concretos de varios pisos, divididas en apartamentos aislados. Su estructura es la siguiente: 2 dormitorios, además de la sala-comedor, cocina, baño y servicio sanitario individual; las paredes de separación entre los apartamentos son a prueba de sonidos, vibración, etc.

"La Institución ha llevado a la práctica a partir de 1954 la idea acariciada desde muchos años atrás, de construir viviendas colectivas. Este sistema permite aprovechar los terrenos urbanos vacantes, lo que ofrece ciertas ventajas a los habitantes, ya que recidirán cerca de su sitio de trabajo, del centro comercial, de las diversiones y de las oficinas públicas. Aunque el costo total de los edificios no será demasiado bajo, debido al considerable precio de los terrenos urbanos, el Instituto ha emprendido la tarea de realizar ese proyecto. Pese a que se ha recomendado que las viviendas multifamiliares sean para grupos sociales de medianos ingresos, el Instituto se prepara, con la ayuda y cooperación del Ministerio de Cultura y de la Dirección General de Sanidad, lo mismo que con su sección de Servicio Social, para que los edificios multifamiliares sean habitados por las personas que hasta el presente ocupan los mesones de San Salvador y ha escogido aquellos que por sus malas condiciones están habitados por las gentes de más escasos recursos y de más precaria situación. Es entendido que en tal preparación se incluyen la administración, cuidado y mantenimiento de los edificios. En este primer ensayo se tomaron en cuenta las sugerencias hechas por el señor Masis"(13).

Al ser adjudicadas estas viviendas a las familias de ingresos mínimos, creo que se tomó y se toma en cuenta la cuantía de tales ingresos para que el precio de los alquileres esté en consonancia con ellos, porque, según he puesto de manifiesto más arriba, estas familias difícilmente pueden pagar más del 20% de sus ingresos por alquiler de vivienda.

Las casas de tipo medio fueron planeadas para adjudicarlas a empleados y las de tipo mínimo para obreros.

Es obvio que éstas tienen más amplitud dado el costo de construcción y el tipo de amortización.

Ultimamente se han formado empresas particulares que están construyendo casas cuyo valor es amortizado por mensualidades para pagar cuotas del 90% del valor al Banco Hipotecario con el fin de ayudar a resolver el problema de la vivienda, pero estas casas sólo están al alcance de los empleados de más alta categoría.

Es así como el Estado está luchando para ayudar a resolver el problema de la vivienda y como su labor sigue adelante, no faltará día en que, aquellos que han quedado al margen de estos beneficios, lleguemos a ser propietarios de casa. Dicho sea sin apasionamientos de ninguna clase, es una labor meritoria.

El salario es otro de los problemas agudos que confrontamos, pero este problema es más difícil de resolver. Sin embargo actualmente hay un proyecto de ley en estudio y es la Ley del Salario Mínimo y Alimentación. Como aún está en estudio no podemos adelantar juicio sobre su eficacia y no nos queda más que esperar.

C O N C L U S I O N E S

1o) Atendiendo al sexo de los pacientes en el grupo de los 150 casos, 119 son del sexo masculino o sea el 79.3% y 31 solamente del sexo femenino o sea el 20.6%. Las razones de este predominio del sexo masculino sobre el femenino ya traté de darlas anteriormente.

2o) La edad del grupo, incluyendo ambos sexos, oscila entre 15 y 75 años. El mayor porcentaje está representado por los pacientes cuya edad oscila entre 15 años que es el límite inferior en nuestro grupo y 55 años, con un total de 146 casos o sea el 93.7%. Esta es la edad de mayor actividad en el individuo y la de mayor morbilidad tuberculosa según estadísticas internacionales. Solamente hay cuatro pacientes cuya edad oscila entre 56 y 75 años, o sea 2.7%.

3o.) El grupo fue subdividido en tres categorías: Empleados, Obreros y Peones. Los empleados representan el 26% con un total de 39 casos; los obreros representan el 53.3% con un total de 80 casos y el 19.3% con 29 casos. Estos porcentajes están representados por ambos sexos.

4o) El diagnóstico no representa problema puesto que todos han sido considerados y tratados como tuberculosos y la razón es que el grupo en estudio fue escogido entre pacientes adolescindo una sola entidad nosológica.

5o) En relación a la extensión de las lesiones en un total de 133 casos confirmados como tuberculosos, se siguió la clasificación radiológica internacional y es la que sigue: Mínima, Moderadamente avanzada y Muy Avanzada. Las moderadamente avanzadas están en mayor proporción con un total de 67 casos o sea el 50.3%; siguen las muy avanzadas con 46 casos o sea el 33.8% y en tercer lugar las mínimas con 21 o sea el 15.8%. Los restantes pacientes no fueron incluidos en ninguno de los tres casos por razones ya

expuestas, pero sí, están siendo controlados y tratados como enfermos tuberculosos.

6o) Con respecto a la extensión de las lesiones, en uno o en ambos pulmones, tenemos que, las bilaterales están en mayor proporción en un total de 81 casos o sea el 60.9%; siguen las derechas con 34 casos o sea 25.5% y después las izquierdas con 18 casos o sea 13.5%. Una de las razones que quizá se pueda invocar el predominio de las bilaterales sobre las unilaterales en la tardanza en acudir a la consulta médica por parte del paciente. Otra razón es, como lo dije anteriormente, que el ISSS no exige exámenes previos al ingreso de la Institución, como asegurados. En el caso de la consulta tardía, es natural que hay más chance de diseminación a zonas indemnes.

7o) En la parte que se refiere al contagio o sea el ambiente donde adquirió la enfermedad el paciente, quiero hacer una aclaración y es que al hablar de enfermedad tuberculosa, me estoy refiriendo al aspecto morbilidad porque no es lo mismo morbilidad o enfermedad tuberculosa que infección. "El hombre es muy susceptible a la infección tuberculosa, pero notablemente resistente a la enfermedad tuberculosa" (14). Esto lo prueban las estadísticas internacionales sobre autopsias y la tuberculino-reacción, las cuales dan un porcentaje elevado de positividad a la infección y lesiones cicatriziales de antiguos focos tuberculosos. De manera que concretándome a mis pacientes enfermos analizados tenemos que, solamente 29 declararon haberse contagiado dentro del hogar familiar con casos abiertos conocidos y 7 se contagiaron fuera del hogar. La mayoría ignoran donde contrajeron la enfermedad. En este último caso juegan papel importante las entidades como son la escuela, cuarteles, fábricas, talleres etc.

El número de contactos en 124 casos con miembros dependientes asciende a 440. Este número de contactos solamente se refiere a las familias de los pacientes. Su número pudiera haber subido

analizando otras circunstancias como son las de trabajo, visitas asiduas a otros hogares por parte del paciente, etc.

8o) El estado actual de los pacientes es el siguiente:

Estabilizados.	87
Activos mejorados.	46
Activos empeorados	11
Sin cambios	6

Esta clasificación se refiere al estado radiológico, clínico y bacteriológico.

Las lesiones estabilizadas son aquellas que no sufren más cambios después de un período razonable de tratamiento y observación en su estado radiológico, no muestran actividad en el estado clínico y son negativas al bacilo de Koch.

En el estado actual entran los hospitalizados y he tomado en cuenta los que estaban en ejercicio para incluirlos en los estabilizados.

9o) De los 87 pacientes con lesiones estabilizadas, 70 de ellos desarrollan actividad en trabajos de diversa naturaleza. Esto representa el 46.6%.

Con incapacidad y ayuda del ISSS: 63, incluyendo los hospitalizados o sea el 42%.

Sin ayuda del ISSS: 17. Estos pacientes manifestaron estar cesantes. Unos porque su situación económica les permitía continuar reconvaleciéndose de su enfermedad. Otros porque no habían tenido la suerte de encontrar trabajo. Estos pacientes ya no recibían ayuda del ISSS. por haber terminado sus prestaciones.

10o) El promedio de hospitalización es de 204 días, los cuales representan 29 semanas. Hay 6 pacientes que pasaron de las 52 semanas que estipulan las leyes del ISSS para una misma enfermedad.

11o) Con respecto a la vivienda, 126 del grupo analizado carecen de casa propia o sea el 84%. Solamente 24 son propietarios o sea el 16%. De los que carecen de casa propia, 108 ocupan casas de

familia, apartamientos y la mayoría de ellos mesones. Los he reunido a todos en un solo grupo porque en realidad, las casas de familia y apartamientos, son verdaderos mesones por sus condiciones insalubres. Por supuesto que hay sus excepciones y entre ellas se cuentan aquellos que ocupan viviendas del I.V.U. Pero en mis investigaciones solamente encontré cuatro familias que habitaban o habitan casas del I.V.U. Dos casas de tipo mínimo y dos en multifamiliares.

El resto de los que carecen de casa propia son guardianes de fincas, fábricas, talleres, etc. y no pagan alquiler de casa.

12o) De las 24 familias que habitan casa propia, 12 de ellas con un total de 61 miembros viven en casas de un sólo cuarto, lo cual representa un hacinamiento de 5 personas por habitación. Las otras 12 familias ocupan casas que varían de 2 a 5 cuartos. El promedio de hacinamiento en total, es de 3.6 miembros por habitación.

No obstante ser propietarias de casa, sus condiciones desde el punto de vista del hacinamiento, son semejantes a las del mesón.

13o) Con respecto a las familias que habitan las llamadas casas de familia o apartamientos en un total de 40 casos, 25 de ellas viven en casas de un solo cuarto, con un total de 76 miembros. Esto representa un hacinamiento de 3.3 miembros por habitación. El resto de ellas o sea 15 familias, ocupan casas que varían de 2 a 6 cuartos. El promedio total es de 2.2 miembros por cuarto. Ahora bien, muchas de estas casas no reúnen los requerimientos higiénicos indispensables para que puedan llamarse viviendas decentes y en estos casos, sus condiciones son semejantes a las del mesón.

El promedio mensual de alquiler de estas casas es de \$45.00 El promedio de ingresos económicos en el total de los 150 casos analizados es de \$107.00. Por lo tanto, el alquiler de casa en estos casos, representa el 42% de dichos ingresos. Estas cifras están indicando la gravedad del problema de la vivienda con res-

pecto al alquiler de la casa.

14) Los inquilinos de mesón son 68 casos. El total de miembros en estos 68 casos es de 238. El número de miembros por habitación va desde 1 a 9 por cuarto. El promedio de hacinamiento es de 3.5 personas por habitación. El promedio de alquiler mensual es de \$20.00, lo que representa el 19% de los ingresos.

15) Al analizar los ingresos de los tres grupos o sea empleados, obreros y peones, encuentro los promedios siguientes:

Empleados.....	\$	118.00
Obreros.....	\$	130.00
Peones.....	\$	74.00

Ninguno de los tres grupos llega a los \$150.00 que es lo que se considera como ingreso medio, lo cual lógicamente coloca a nuestro grupo analizado en la categoría de la clase de más bajos ingresos económicos. "Esto anula la norma de economía doméstica que hace dedicar del 15 al 20% de los ingresos para la vivienda."

16) El cuadro número 14 muestra la realidad económica de 124 familias. El total de miembros en las 124 familias es de 564. De manera que los miembros dependientes, excluyendo los pacientes, es de 440. Estos miembros dependientes se consideran contactos directos puesto que conviven con casos abiertos y están expuestos a contraer la enfermedad. La situación de estas familias es delicada desde todo punto de vista puesto que en ellas se reúnen todas las condiciones ideales que los hacen vulnerables al contagio y a la enfermedad tuberculosa. Por una parte su exposición a los casos abiertos. Por otra, su situación económica. Ya vimos como el 47% del total de ellos tienen un ingreso medio por cabeza de menos de un colón. Con esta fracción de colón es imposible hacer una distribución para satisfacer las múltiples necesidades, porque llegaríamos a fracciones tan mínimas que se podrían llamar ridículas. Esto lo dejo a juicio del lector. En el 45%, los ingresos por cabeza suben a un colón y fracción, con un máximo de \$1.78. Pero considero que aún no llega a los requerimientos mínimos para un standard de vida. Solamente en el 8% tienen ingre-

sos de dos colones y fracción, con un máximo de ₡2.45. En ellos la situación es más favorable. Sin embargo, si nosotros les asignamos como mínimo ₡1.50 para alimentación, no queda más que una fracción de colón para las otras necesidades. El otro aspecto de la mala situación de estas familias es el relativo a la vivienda. Ya vimos cual es la situación de estas familias en este aspecto. De manera que: exposición a casos abiertos, situación económica y vivienda, forman una tríada fatal, aparte de otras circunstancias, que los vuelve vulnerables a la enfermedad tuberculosa.

17) Además de lo anteriormente expuesto, hay 73 casos con miembros dependientes que van desde 2 hasta 11, en los cuales sólo hay una persona que trabaja y esta persona es precisamente el paciente analizado. Naturalmente, esto viene a agudizar más la situación desesperada de dichas familias y es en estos casos donde es más valiosa la ayuda pecuniaria del ISSS. Pero aparte de esto, es la Sección del Servicio Social la que debe tomar a su cargo la solución de este problema.

R E C O M E N D A C I O N E S

Como las funciones del Instituto Salvadoreño del Seguro Social es atender a sus asegurados que se presentan a consulta, no podemos hablar de una campaña antituberculosa en el verdadero sentido de la palabra, pues esta compete al Estado por medio de sus organismos sanitarios, pero una vez descubierto un caso de tuberculosis, aún cuando no lo contemplan sus leyes, creo que está en el deber de ayudar a esta campaña y puede hacerlo por medio de la Sección de Servicio Social y su personal de enfermeras, en colaboración con los organismos de Salud Pública y ésta debe concretarse a las familias en donde se haya descubierto un caso abierto de Tb. pulmonar. Aparte de la atención prestada al paciente asegurado, debe preocuparse por los contactos, impartiendo educación sanitaria y búsqueda de posibles casos nuevos en los contactos. La educación sanitaria puede hacerla ya por medio de pláticas, tanto al paciente como a sus familiares, o por medio de folletos que den un conocimiento general sobre la naturaleza y control de la enfermedad. Estos conocimientos pueden esquematizarse de la manera siguiente:

- 1o) La causa que produce la enfermedad.
- 2o) La forma en que el microbio de la Tb se desarrolla.
- 3o) El carácter de la infección Tb. y como se desarrolla.
- 4o) Distinguir claramente la diferencia que existe entre la infección Tb y enfermedad Tb.
- 5o) La posibilidad de que una infección primaria, con calcificaciones, en el niño, puede llegar a convertirse en una enfermedad, más tarde (este conocimiento es útil para facilitar el control periódico de los contactos).
- 6o) Toda persona debe saber que la Tb pulmonar no presenta dolor debido a la limitada cantidad de nervios en el parénquima pulmonar. Hay dolor sólo cuando la lesión ha afectado la pleura.
- 7o) La hemorragia puede ser de mayor o menor importancia; si se presenta, lo recomendable es descanso absoluto en cama y la aten-

ción de un médico. Por lo general no indica extensión o gravedad de la enfermedad.

80) La tos, junto con la expectoración, son formas de la naturaleza para limpiar de cuerpos extraños a los pulmones. Si la enfermedad es activa, el esputo es siempre muy contagioso.

90) En Tb. se recomienda el descanso, pues el trabajo o ejercicio, aumenta el ritmo respiratorio, hace trabajar más el pulmón enfermo y retarda su curación.

100) En Tb. el descanso completo significa estar en cama sin hacer el menor esfuerzo físico. El lavarse la cara o manos, sentarse en la cama, escuchar radio, audiciones emocionantes, son actividades permitidas sólo con el consejo del médico.

110) El enfermo de Tb. no deberá recibir visitas; sería un esfuerzo inútil para él, y un peligro de contagio para la visita, más aún cuando no se toman las medidas de control que se aconseja para estos casos.

12) El aire que respira el enfermo debe ser puro y limpio, para llevar al organismo las energías necesarias y mejorar las condiciones físicas generales del paciente.

13) Los alimentos deberán contar con las calorías necesarias y estar bien balanceados. La sobrealimentación no es necesaria a no ser que el médico, por una razón especial, la aconseje.

14) Las partes del tórax o del cuerpo entero no deberán estar expuestas a los rayos solares. Sólo en casos especiales y por estricto consentimiento del médico se permitirá los baños de sol.

15) Se debe recomendar la cama individual, y si es posible la habitación individual, pues así se protege el descanso del paciente y se ayuda a prevenir la propagación de los bacilos.

160) Los platos, cubiertos y demás útiles de uso personal del enfermo deberán estar separados de los de uso común en la casa.

Después de su empleo, se les debe lavar con agua jabonosa y se deben hervir.

17) Los niños deben estar separados del cuarto del enfermo, para mayor tranquilidad de éste y para protegerlos de una posible infección.

18) El paciente debe observar hábitos higiénicos generales, como lavado de las manos antes de las comidas, pues ayuda a prevenir la "reinfeción" del paciente y la contaminación de objetos de uso común en la casa.

19o) La expectoración no debe ser tragada, pues podría desarrollar una infección en el tracto intestinal. El método más rápido y seguro para destruir el esputo es mediante el fuego (se quemarán: pañuelos de papel, bolsas del mismo material, restos de comida, revistas muy usadas por el enfermo, etc.)

20o) El paciente al toser o estornudar deberá cubrirse la boca y nariz con el pañuelo de gasa o papel, con el objeto de prevenir la propagación de los bacilos.

21o) Los contactos del enfermo deben someterse estrictamente a control periódico, según indicación del médico. Se conocerá así cualquier iniciación de la enfermedad, pudiendo atacarla desde un principio.

22o) La infancia y la adolescencia son períodos decisivos en la vida del individuo; es entonces esencial el cumplimiento estricto de las medidas sanitarias y un examen médico periódico.

Suponiendo que después de repasar todos estos conocimientos y de haber hecho comprender a la familia sobre su alcance, la persona encargada de la enseñanza ve que no hay mejoras en el hogar, deberá entonces repasar sus métodos de enseñanza, hacer el trabajo con demostraciones prácticas. Verdad es que no se puede esperar siempre resultados satisfactorios ya que hay distintos factores en el hogar que pueden influenciar los resultados.

Tanto el paciente como su familia deberán comprender que la instrucción y servicios dados por la persona que atiende la familia, son en provecho de ellos.

La frecuencia de las visitas al hogar estará determinada por el diagnóstico médico, por la mayor o menor gravedad del paciente, por la mayor o menor cooperación de la familia. También deben considerarse en este aspecto, la edad de los contactos,

condiciones de vivienda, estado económico de la familia y otros problemas de salud existentes en el hogar".(15)

Ahora que el Estado ha emprendido de lleno la lucha a favor de la vivienda higiénica por medio del Instituto de Vivienda Urbana, podemos esperar mucho de él, para ayudar a resolver o aliviar un problema tan delicado. Es obvio que los beneficios de esta campaña ya se están cristalizando en realidad, pues como dije anteriormente, ya son miles las familias favorecidas con las viviendas higiénicas del IVU.

Pero las familias crecen con ritmo acelerado y entonces el problema de la vivienda se vuelve más agudo y casi insoluble y no podrá resolverse si no es con la ayuda del capital privado. Esto también ya lo estamos viendo, pues ya son varias las empresas particulares que están ayudando en este sentido.

El problema más serio lo representa el mesón y el tugurio, tanto por sus condiciones antihigiénicas, como porque son habitados por las gentes de más bajos ingresos económicos. Este aspecto de la vivienda está siendo resuelto por medio de las Viviendas Multifamiliares. Así lo han entendido las autoridades del IVU y ese me parece que debe ser su mayor esfuerzo, es decir, la construcción del mayor número de edificios Multifamiliares, con preferencia a los demás. En la actualidad parece que próximamente se van a inaugurar nuevos edificios de este tipo.

El problema económico es aun más delicado que el de la vivienda. Tampoco es al ISSS a quien le corresponde encararlo. Este problema sólo podrá resolverse o aliviarse por una mejor comprensión de los patronos y por Leyes Sociales que contemplan las realidades imperantes en nuestro medio.

En la actualidad hay un proyecto de Ley en estudio que trata del Salario Mínimo. Si esta Ley llega a decretarse y hacerse cumplir, quizá sea el principio de una era mejor para la clase trabajadora. Pero para resolver el problema económico, se necesita un esfuerzo combinado de todos los salvadoreños. Y para terminar, me parece oportuno transcribir una frase muy pintores-

ca y feliz que puede decirse, es un lema en el Sanatorio de los Planes de Renderos: "Son pocos los que pueden dar miles, pero son miles los que pueden dar un poco".

Fin.

Br. Baltazar G. López

San Salvador, Febrero de 1961.

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

- 1.- Normas de diagnóstico y Clasificación de la Tuberculosis de la National Tuberculosis Association.
- 2-3-6 Patología y Clínicas Médicas. Aparato Respiratorio. Profesor Agustín Pedro Pons.
- 4-5-9 Ley del Seguro Social y sus Reglamentos.
- 7-8- Clínica de la Tuberculosis Humana.
- 10- El problema de la vivienda en San Salvador
Por el Dr. Francisco Monterrosa Gavidia, Director del Centro Regional Metropolitano. 1957.
- 11- La Vivienda en El Salvador. Por el Ingeniero J. Alfonso Valdivieso.
- 12-13 Estudio del Instituto de Vivienda Urbana. El Salvador.
- 14- Bacteriología de Zinsser. Ed. 1960.
- 15- Liga Ecuatoriana Antituberculosa.
Enfermedades de los pulmones. Por Roscoe L. Pullen.