

LA TUBERCULOSIS EN CHILE*

Por el Dr. BENJAMÍN VIEL

En líneas generales podría decirse que el momento que Chile vive en la actualidad presenta características que homologan nuestro país a la mayoría de los países de la parte sur del continente americano. Como consecuencia de las dos últimas guerras que envolvieron a los grandes productores industriales del mundo, los países sudamericanos han manifestado una continua tendencia a la industrialización cuya consecuencia inmediata es el crecimiento de las ciudades debido a la migración de masas campesinas en busca de salarios más atractivos que los ofrecidos por una explotación agrícola de tipo medioeval.

En mayor o menor grado, Sud América inicia ahora un movimiento que fué notable en el Este Europeo y en la América del Norte hace ya más de 150 años. La política sanitaria del momento actual no puede desconocer este hecho y tiene la obligación de planificar sus líneas de acción a base de una revolución industrial en marcha, que obliga a la concentración de grandes masas humanas en espacios reducidos y por ello incrementa el contagio de las enfermedades de transmisión aérea y en especial de la tuberculosis.

El bacilo de Koch, cuyo desarrollo en Sud América parece coincidir con la llegada de los europeos, mantuvo, durante el coloniaje y en la parte primera de nuestra vida independiente, las características de una enfermedad focal, que hoy adquiere aspecto epidémico debido a las circunstancias ya mencionadas. Todas las observaciones acumuladas hasta la fecha concuerdan en que la tuberculosis atraviesa entre nosotros por una etapa de infección máxima y que a ello se deben las altas cifras de mortalidad y morbilidad, la prevaencia de la infección tuberculosa aun en edades jóvenes, la frecuencia del contagio y la evolución relativamente corta de los casos clínicos.

Resulta evidente que frente a esta etapa de infección máxima no puede desarrollarse el mismo tipo de campaña de control que el usado por países de civilización más vieja en que la adaptación biológica del parásito y del huésped han provocado una resistencia individual mayor y que pueden exhibir a la fecha una etapa de destuberculización. Resulta extraña paradoja que estas primeras etapas de la revolución industrial, provoquen o al menos favorezcan el desarrollo de la epidemia tuberculosa, enfermedad que a su vez es la que más afectaba la producción y por ende la economía de un país. Su doble cualidad de enfermedad crónica y contagiosa y su predilección por la edad activa del hombre, traen como consecuencia una fuerte disminución de los años — trabajo con que puede contar una colectividad al reducir la extensión de la vida media y por ende el poder consumidor y productor de un país.

El momento³ que hoy vive Sud América coloca a la tuberculosis en el plano de ser uno de los primeros problemas de salubridad del continente

* Informe presentado a la XII Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Caracas, Venezuela, del 12 al 24 de enero de 1947.

y su técnica de control debe reconocer el estado epidémico de evolución a la fecha. De no ser así, habrá de vivirse de nuevo la larga etapa, ya vivida por Europa y Norte América, en la cual circunstancias ajenas a la labor médica específica han provocado el declinar espontáneo de la enfermedad.

La observación del fenómeno europeo ha llevado a muchos a pensar que la tuberculosis sólo puede influenciarse a través de medidas indirectas que mejoren el standard de vida de la población. Si fuera ésa la política adoptada, nos encontraríamos en el círculo vicioso de esperar el control de la tuberculosis a través de mejores condiciones sanitarias generales en circunstancias en que la tuberculosis misma provoca una distribución de la producción que actúa de freno en la mejora ambiental. Si se abandona la esperanza de conseguir efecto con medidas de índole general, si se lucha por la mejora ambiental como un derecho humano más allá de todo fin utilitario, entonces se da nacimiento a la lucha específica contra la enfermedad, cuya imperiosa necesidad se desprende de los errores de mortalidad tuberculosa que exhiben nuestros países.

Todos sabemos que la técnica de control va a consistir en un asalto frontal a la comunidad en busca de las lesiones tuberculosas, asintomáticas o no, con el doble fin de salvar al afectado y de impedir la diseminación de la enfermedad. La primera etapa, el diagnóstico, ha sido ya superada. Gracias a Abreu se dispone de elementos capaces de obtener diagnósticos a bajo precio disminuyendo así las restricciones que en otro tiempo nos obligaron a seleccionar los grupos de examen. La segunda etapa, el aislamiento del afectado, está lejos de poder cumplirse.

En Chile, nuestra estadística oficial nos anuncia 13,000 muertos por año, de ellos 11,000 son adultos en edad activa. Sabemos, gracias a los exámenes de salud practicados en la masa obrera que habita la ciudad, que la morbilidad de lesiones de significación clínica alcanza el 3½% de la población adulta, datos que nos permiten calcular que por cada chileno fallecido por tuberculosis después de la infancia existen 7.4 casos de la enfermedad y por lo tanto alrededor de 74,000 enfermos de tuberculosis que requieren tratamiento. Disponemos de equipo de diagnóstico bien montados que pueden absorber la mayoría de la población de las ciudades, pero en cambio a lo largo de nuestro territorio contamos sólo con 4,000 camas especializadas en tuberculosis, lo cual resulta 0.3 camas por muerte, cifra bastante lejana del ideal recomendado de dos camas por muerte, que al cumplirse en nuestro país nos exigiría un total de 26,000 camas en circunstancias en que el total de nuestro armamento hospitalario es de 22,000. Tenemos entonces la obligación de concluir que la campaña antituberculosa entre nosotros no puede tener como eje la cama de aislamiento y que nuestra posibilidad reside en desarrollar técnicas diferentes, que de tener éxito, bajarían la mortalidad hasta acercarla al número de camas existentes. No pudiendo poner barreras definitivas entre el enfermo y el susceptible, hemos adoptado la política de seleccionar al máximo los casos en que debe usarse la barrera hospitalaria y de reemplazarla en el resto por una bien dirigida educación sanitaria que intente disminuir el riesgo ya que no puede suprimirlo por completo.

En un país en que la medicina socializada ha adquirido el desarrollo que tiene en Chile, es difícil obtener directivas únicas en la lucha antituberculosa. Nuestros servicios sanitarios, siempre víctimas de un presupuesto mísero, no han podido absorber la directiva de una campaña que escapa a sus posibilidades financieras, y sufrimos así los efectos de un mal que amenaza con repartirse en el resto del Continente Sur, y contemplamos el absurdo de una enfermedad que representa el 10% de una mortalidad general y el 35% de la mortalidad por infectocontagiosas y cuyo control está fuera de las manos del Servicio Sanitario.

Sólo a título experimental hemos podido, en los últimos años, iniciar Unidades Sanitarias las cuales representan en parte una copia de los programas de salud americanos y en parte una adaptación a nuestra realidad local al actuar de centros de tratamiento, al menos en ciertos rubros de la patología infantil, en lúes y en tuberculosis. El programa de lucha antituberculosa de estos centros, representa una esperanza de lograr desarrollar una técnica aplicable a países como el nuestro, cuyas posibilidades económicas reducidas, alejan las expectativas de aumentar el número de camas hospitalarias o sanatoriales.

En líneas generales, el plan de acción de nuestras unidades podría sintetizarse de la manera siguiente: Coordinación con las leyes de Seguro Social vigentes en el país de manera de tener un comando único sobre los problemas de la población bajo control en los siguientes rubros: Control maternal, clínica de niño sano, enfermedades infecto-contagiosas agudas, enfermedades venéreas y tuberculosis.

En cuanto a tuberculosis se refiere, el plan tiene dos aspectos ya en marcha y un tercero todavía en estudio que comenzará seguramente en el curso del año 1947. El primero de estos aspectos se refiere a la pesquisa del enfermo a base de un catastro tuberculino-radiológico en el cual la base de selección de grupos a examinar no depende del ahorro de dinero que de dicha selección pueda desprenderse sino de la necesidad de diagnosticar rápidamente el mayor número posible de casos. Con este criterio se propuso establecer una especie de escala de prioridades, para cegar focos de contagio, en la cual el primer lugar correspondería al examen de los convivientes de todo lactante que la clínica de niño sano encuentre infectado de tuberculosis a través de la reacción de Mantoux. El universo restringido del niño de corta edad hace más que probable que el foco de contagio se encuentre entre sus convivientes inmediatos. El segundo lugar lo ocuparían los contactos de fallecidos por tuberculosis en los cuales no hubiera habido denuncia previa del diagnóstico. El largo período de enfermedad y la riqueza de la eliminación bacilar de las últimas etapas hace que en este grupo encontremos un 20% de enfermos de tuberculosis clínica, muchos de ellos aún asintomáticos. El tercer lugar lo ocuparían los afectados de síntomas sospechosos de lesión o aquellos que conocían su diagnóstico en época anterior a la iniciación del trabajo. El cuarto, los contactos de aquellos diagnosticados como tuberculosos por el mecanismo tercero.

Habiendo llegado ya a llenar estos rubros en un número apreciable, nos sentiríamos con el derecho de iniciar la búsqueda de grupos menos productivos dentro de la población, vale decir (a) obreros en trabajo, (b) sectores de población que viven en malas condiciones ambientales, y por último (c) escuelas, elemento que siempre ha sido para nosotros el menos productivo.

De nada nos serviría el cumplir esta etapa diagnóstica, si a ella no siguiera una doble acción que constituye la segunda parte de nuestro programa: el tratamiento de enfermos y el aislamiento relativo que podamos establecer una vez avaluada la posibilidad de contagio y las características socio-económicas del grupo familiar.

El hospital, elemento ideal para cumplir esta doble función, hemos explicado ya que en nuestro país ofrece disponibilidades demasiado escasas, por ello intentamos que rinda el máximo de su beneficio limitándolo a recibir sólo cierto tipo de pacientes que podríamos enumerar como sigue: (a) Tuberculosis moderadas no susceptibles de tratamiento activo; (b) Tuberculosis avanzadas alrededor de las cuales existieron contactos anérgicos; (c) Tuberculosis sometidas a tratamiento ambulatorio activo que presentaron complicaciones y (d) Tuberculosis susceptibles de tratamiento quirúrgico. Llama la atención seguramente que la tuberculosis avanzada, fuerte diseminador de bacilos, no reciba prioridad en su derecho a cama; pero debe recordarse que el enfermo que ha llegado a ese grado de lesión, ha transcurrido largos años contagiando y que el daño que pueda hacer ya es mínimo por cuanto los susceptibles que a su alrededor existen se encuentran contagiados.

El resto de los enfermos, las víctimas de lesiones mínimas, de lesiones moderadas susceptibles de colapsoterapia gaseosa y los avanzados que no tengan susceptibles lactantes a su alrededor podrán ser tratados en forma ambulatoria y parcialmente aislados en sus domicilios donde además de la supervigilancia médica, recibirán continuo control de la enfermera sanitaria que intentaría la educación del ambiente en un intento de disminuir los riesgos que significan la convivencia con enfermos de tuberculosis.

No pretendemos sostener que esta política representa el ideal, ni pretendemos tampoco reemplazar la labor hospitalaria; nuestro intento se refiere únicamente a incrementar la utilidad de los servicios hospitalarios dándole oportunidad de recibir enfermos que no puedan beneficiarse en otra forma al mismo tiempo que de acortar los períodos de hospitalización al ofrecerle garantías de vigilancia y tratamiento una vez que el paciente reciba su alta.

El tercer punto de nuestro programa, aún no en marcha, es la vacunación con BCG de los anérgicos de la comuna y la razón por la cual aún no ponemos en práctica dicha acción, se debe a la existencia en nuestro ambiente local de un cierto grado de desconfianza por la utilidad del método que nos obliga a proceder con cautela planteando primero una experiencia, que de tener éxito, destruiría las posibilidades de resistencia.

Nuestro deseo primero ha sido fijar la mortalidad real por tuberculosis que existe en el lactante de la comuna a nuestro cuidado y una vez conocido este dato el determinar el número de individuos o vacunas cuyo resultado fuera estadísticamente analizable para que las conclusiones obtenidas estuvieran más allá de las fluctuaciones del azar.

El carácter experimental del servicio en que trabajamos justifica esta política de espera frente a un medio de acción que personalmente nos convence como útil.

En resumen, pensamos que las unidades sanitarias como centros de prevención y tratamiento en la campaña antituberculosa, en las condiciones actuales de nuestro país, posiblemente comparable a muchos países sudamericanos, ofrece las siguientes ventajas: (a) descentralización de la atención médica, (b) coordinación del trabajo del Servicio de Salubridad, de los organismos de medicina socializada y de los servicios hospitalarios y (c) inclusión de la lucha antituberculosa en un programa general de salud en vez de considerarla como problema especial que ha de crear fatalmente duplicidad de acción.

Se nos podría decir que el precio de un plan de acción de esta especie, sumado a lo que ya se gasta en subsidios de enfermedad, en mantención hospitalaria y en los centros de diagnóstico que mantienen las diferentes instituciones de seguro social que Chile ha creado superaría las posibilidades económicas del país. Para contestar esa objeción sólo podríamos ofrecer un análisis de lo que la tuberculosis cuesta a la demografía, la producción y las posibilidades futuras de nuestro país.

El crecimiento de los individuos de producción industrial y la continua migración de masas campesinas hacia las ciudades nos está evidenciando que Chile ha iniciado ya su industrialización, movimiento cuyo éxito dependería como siempre del poder productor y del poder consumidor de la nación, lo que equivale a decir del hombre que la forma.

La distribución por edad de la población chilena resulta altamente desfavorable para esta nueva forma de economía, sólo el 59.3% de la población se encuentra en edad activa debido a altas cifras de mortalidad que hacen que la vida media del chileno, según nuestros cálculos, alcance sólo a 48 años y que la expectativa de vida al nacer sea de 42.8 años. El rendimiento y el consumo en una nación de estas características han de ser bajos y su futuro dependería de una política bio-demográfica destinada a prolongar la vida media aumentando así la población activa.

El análisis de nuestras cifras de mortalidad revela que la mortalidad infantil y la tuberculosis disputan el cetro de primeros problemas de salubridad con la agravante para tuberculosis de que sus víctimas son elegidas entre adultos en plena producción. Por ello hemos intentado el cálculo de cómo variaría la edad media y la expectativa de vida si la tuberculosis no existiera, cálculo que nos lleva a concluir que el chileno viviría hasta los 55 años en vez de los 48 y que su expectativa de vida al nacer cambiaría de 43.8 a 47.7 o sea prácticamente mejoraría en 3 años. Si esta misma expectativa de vida la calculáramos para aquellos individuos que ya han llegado vivos a los 15 años de edad la mejora adquirida alcanza a 3.9 años más por habitante, lo cual quiere decir que por cada 1,000 individuos que llegan vivos hasta los 15 años existen 3,900 años de producción perdidos para la economía nacional por causa exclusiva de la tuberculosis. Por bajo que sea el valor de un año de trabajo humano, el número de millones que resultaría al calcular lo que la tuberculosis pierde sería enorme y eso que dicho cálculo envuelve

solamente las pérdidas que las muertes representan y no las que deriven de los años de inmovilidad que el tratamiento significa.

Al intentar evaluar la vida humana en unidades monetarias, nos resulta que por alto que sea el costo de una campaña destinada a su protección, resulta todavía bajo si se le compara con la pérdida económica que representa la muerte en edad todavía productiva.

TUBERCULOSIS IN CHILE (*Summary*)

On the whole, it might be said that conditions in Chile may be compared with those in most of the other countries of South America. Owing to the recent wars which affected most of the great industrial centers of the world, the nations of South America have shown an increasing tendency towards industrialization hence mass migration of populations to the most important cities. This present movement is to a great extent similar to the one occurring in North America about 150 years ago. Overcrowding of cities, inadequate housing facilities as well as other conditions have naturally brought about an increase in the incidence of communicable diseases with special emphasis on tuberculosis. Experience gained in both Europe and the United States should be a great aid in combatting the disease without the preliminary experiments and failures which always precede success. In order to safeguard the health of those not suffering from tuberculosis, every effort must be made to discover the disease in its early stages and to cure and isolate those in more advanced conditions. Statistics show that in Chile the annual death rate due to tuberculosis amounts to 13,000 of which 11,000 are adults. Through mass examination among the laboring class in Santiago, there was found a morbidity rate of clinical significance of 3-1/2% of the adult population. It is estimated from this figure that for every adult death due to tuberculosis in Chile, there are 7.4 cases or about 74,000 patients require treatment. There is sufficient equipment to take care of the greater part of urban population, but there are only 4,000 hospital beds for tubercular patients (0.3 beds per death). In all there are 22,000 hospital beds in Chile.

Life expectancy for the average individual in Chile is 42.8 years, and only 59.3% of the population are of an active age owing to the high rate of mortality of middle-aged people there. Infant mortality and tuberculosis among adults are the main problems to be solved. Of the total death rate for Chile, tuberculosis accounts for 10%, and of the total due to communicable diseases, the figure is 35%. During the last few years, Health Units have been set up which are similar to programs found in the United States for diagnoses and treatment of some children's diseases as well as syphilis and tuberculosis. It is expected that a technique will be developed from the work against tuberculosis which may be applied to other countries laboring under financial difficulties which preclude an increase in the number of beds in hospitals or sanatoria. In order to bring about a more unified plan of action for these health units, existing social security laws should be amended and coordinated so that the work for maternal and child care, communicable diseases of major importance, venereal diseases and tuberculosis might be brought under one centralized control. This would insure better results and would certainly make for a more workable plan of diagnosing, preventing and eradicating these problems.