

1-7^a Boleina

14 24

Dr. MODESTO GONZÁLEZ RIBAS

Jefe del Servicio de Tisiología de la Clínica Médica B.
de la Facultad de Medicina de Barcelona
(Prof. M. Soriano)

4284

LA TUBERCULOSIS EN SU ASPECTO SOCIAL

1061 145



Artículo publicado en el número 923
de LE MONDE MÉDICAL

La tuberculosis en su aspecto social

Por el Doctor MODESTO GONZALEZ RIBAS
Jefe del Servicio de Tisiología de la Clínica Médica B. de la Facultad de Medicina
de Barcelona (Prof. M. Soriano).

Por *tuberculosis enfermedad social* entendemos principalmente la tuberculosis pulmonar, enfermedad que a pesar de su antigüedad y de causar estragos incontables, no ha sido desarraigada y sigue diezmando lo mejor de la humanidad en las edades de mayor actividad. El grado de los daños producidos es fabuloso, y se traduce en cifras verdaderamente astronómicas.

No moviéndonos de España y según estadísticas publicadas por BENÍTEZ FRANCO, incompletas, el número de incapacitados para el trabajo por la tuberculosis se eleva a ciento once mil seiscientos diez al año (111.610), valorándose en 335 millones de pesetas el rendimiento que hubiesen prestado y los gastos originados por su enfermedad. A estas cifras añade el volumen de mortalidad que supone de 25.000 individuos por año, y computando a cada vida un capital de producción aproximado de 50.000 pesetas, el total de las pérdidas superará la cifra fantástica de 1.000 millones de pesetas al año.

La queja existente en la conciencia de los estudiosos y observadores de estos problemas, la vemos manifiesta en las palabras de KEERS, cuando revela «la poca eficacia de tanto sistema de lucha, al comparar los grandes esfuerzos efectuados con los pocos resultados logrados», y también en la frase de RICH, cuando dice «que la enfermedad que todavía mata a más del doble que cualquier otra causa de muerte, entre los 25 y 44 años de edad, período particularmente productivo y feliz, difícilmente puede considerarse como casi conquistada».

* * *

Existen múltiples *factores que modifican la marcha de la enfermedad* y hacen variar la valoración de los datos referentes a los resultados de la lucha en un momento determinado.

Entre ellos, la forma de evolución epidémica ondulante de la enfermedad con acmé en la fase álgida de tuberculización, forma que va sucediéndose en todos los países, hace que observemos que mientras hay países que han pasado ya la fase elevada y están en una época de destuberculización, otros están aún en la época de ascenso y otros en

plena tuberculización. Ello nos obliga a no poder considerar el descenso de las cifras, en ciertos países, debido exclusivamente a los efectos de la lucha, y tampoco tomar con desaliento las cifras elevadas de otros, a pesar de los esfuerzos económicos y de toda índole que se efectúan.

Todos los países donde se han establecido grandes núcleos industriales, han sufrido sus efectos en el desarrollo de la tuberculosis. En una primera fase, la afluencia de personal procedente del campo, el sueldo reducido, el mayor esfuerzo constante en el trabajo, la escasez de vivienda en condiciones higiénicas, etc., han facilitado el contagio y desarrollo de la enfermedad, manifestándose en un aumento de mortalidad. Al pasar el tiempo, los beneficios de la industrialización se han hecho sentir con el aumento de jornales, mejorías en el régimen de vida y de higiene en las fábricas y viviendas, acortamiento de jornada de trabajo, etc., hechos, que sin duda, han contribuido a la reducción de la cifra de mortalidad. De ello WOLFF hace un magnífico estudio.

Existen otros factores como son la carestía de vida, las guerras, los factores hereditarios, la vivienda, etc., que influyen extraordinariamente en la marcha epidemiológica; de estos factores haremos mención dentro de breves momentos, al describir los desencadenantes exógenos y endógenos.

INICIACIÓN DE LA LUCHA

¿Por qué hasta nuestra época no se ha iniciado la Lucha contra la Tuberculosis?

El hecho de que no se ha iniciado en los países civilizados, tiene su explicación en la evolución de los conceptos que de esta enfermedad se han tenido en Medicina.

Por un lado, en un sentido general, en siglos pasados, los casos clínicos eran encuadrados en enfermedades, según describían las Obras clásicas en sus capítulos, al igual que los libros de una Biblioteca eran clasificados por capítulos generales amplios. Actualmente, cada enfermedad general queda dividida en muchos grupos y subgrupos, formas clínicas más completamente estudiadas y definidas, en que poder encajar cada uno de los enfermos que se presentan al médico, al igual que cada capítulo de la clasificación decimal de una Biblioteca, permite infinita posibilidad de desmenuzamiento de un concepto, para mejor clasificar un libro nuevo. Así, pues, de las «enfermedades de libro» hemos pasado al concepto de que cada paciente llega a constituir un «caso», una enfermedad distinta. Este mejor estudio de los casos ha contribuido, indudablemente, a comprender las posibilidades contra esta dolencia.

Por otro lado, paralelamente a esta evolución de la sistemática clínica, han sucedido otros hechos de extraordinario interés, en la evolución de los conceptos clínicos de las enfermedades. Esta evolución de la Medicina, siempre Ciencia inexacta, la observamos muy bien puesta de manifiesto en la diferencia de criterio que, sobre la tuberculosis, ha existido en las distintas épocas.

Así, por ejemplo, no yendo más lejos, LAENEC, en 1819, cuando con su impulso dió a luz su gran Obra sobre la «Auscultación mediata», creando la Escuela Clínica Moderna de exploración esteto-acústica y definiendo formas clínicas de la tuberculosis no estudiadas hasta aquel momento, exponía como concepto fundamental de su evolución el siguiente criterio: «Cada tubérculo debe necesariamente ulcerarse antes de curarse y, por consiguiente, sólo es posible la curación en los estadios posteriores», prestando poco interés al diagnóstico inicial.

Actualmente, después de los progresos logrados por VIRCHOFF con su concepto de inoculabilidad de la tuberculosis, de VILLEMÍN con la especificidad y contagiosidad, LANGHANS y WEIGERT con el estudio fisiopatológico de la lesión, KOCH en 1882 con el descubrimiento del bacilo de su nombre, FORLANINI el mismo año con la iniciación de la colapsoterapia neumotorácica, y finalmente RÖENTGEN logrando la disección «in vivo» mediante los rayos X, se tiene como fundamental el concepto completamente opuesto al de LAENEC, o sea: que la tuberculosis de localización pulmonar es una enfermedad en que, precisamente, cuando se abre la lesión es el momento en que se inicia la evolución tísica camino de la muerte y sólo cerrando aquella lesión abierta, es como podemos detener la marcha de la enfermedad y por tanto iniciar el camino de la curación. Este concepto nos conduce a considerar a todo enfermo con lesión abierta, como foco de contagio.

Teniendo en cuenta, pues, esta evolución del concepto de la tuberculosis, se comprende como lo que hace cien años no tenía fundamento alguno y se habría considerado como algo inútil, en la actualidad se admite como de necesidad absoluta y tanto las Instituciones estatales como particulares, orientan sus esfuerzos hacia su resolución.

Sobre este criterio actual se basa todo el andamiaje en que se construye la obra social contra la tuberculosis, o sea contra la lesión abierta, teniendo en cuenta que, al vaciarse la lesión en las vías naturales se establece el punto de partida de contagio que ha de difundir la enfermedad entre los que rodean al enfermo, en cuyo caso toda su prevención constituye la *Profilaxis*. Además, no saliéndonos del propio individuo, la lesión abierta es el punto de partida de la siembra que ha de dar nuevas lesiones, nuevos brotes, en el mismo organismo en que reside, y, por tanto, es el foco que inicia el trágico fin del paciente a mayor o menor plazo; su anulación, cierre y curación es el *Tratamiento* de la enfermedad.

De todo ello sacamos, pues, los conceptos de profilaxis y de tratamiento, como factores fundamentales de la lucha contra la tuberculosis.

Enumeraremos los *aspectos más importantes* de este gran problema, y finalmente estudiaremos su suma, en un concepto que represente el problema general, exponiendo los ensayos que se han efectuado para su solución.

En el estudio de los *factores que contribuyen al desarrollo epidemiológico de la enfermedad* y que, por tanto, privan de efectuar una labor profiláctica de toda eficacia, tenemos en cuenta los de orden general que se presentan en ciertas épocas de guerra, carestía, miseria, etcétera. En tales momentos es posible que se presente un descenso pa-



radójico de la mortalidad, después de la guerra por ejemplo, en los países que pueden compensar la catástrofe, debido a la desaparición de muchos de los enfermos en la lucha. En otros países, no obstante, se produce casi siempre el fenómeno contrario, en que a la guerra, con sus estragos, sigue una mayor mortalidad producida por la falta de medios de subsistencia y tratamiento y en estos casos, en vez de disminuir, la mortalidad aumenta. Como ejemplo de ello podemos citar el caso de Italia, tan lamentable, en el que no sólo ha aumentado considerablemente la mortalidad por tuberculosis, sino que el desespero de los enfermos se ha traducido en manifestaciones de protesta a los Centros oficiales, en reclamación de los medios más fundamentales para su tratamiento.

El factor hereditario de terreno es de todos conocido, y aunque no lo describamos extensamente, no quiero desaprovechar la oportunidad de citar la monografía de don Ramón Albó, del Tribunal Tutelar de Menores de Barcelona, en que expone la tuberculosis entre los demás factores hereditarios según la estadística efectuada entre individuos que por su edad, la más apta para ser contagiados, nos pueden servir de ejemplo.

Juntamente con los antecedentes familiares podemos estudiar el medio familiar y de ello don Ramón Albó hace una exposición tan demostrativa como la anterior y que tiene como máximo exponente el domicilio.

La vivienda, otro factor muy importante, contribuye en alto grado a facilitar el progreso de la enfermedad. Todos los esfuerzos dirigidos a su mejoramiento merecen la mayor alabanza. De todos es conocido el estado de las habitaciones en ciertas barriadas, que no ofrecen la menor garantía de salubridad e higiene. De los esfuerzos efectuados durante los últimos decenios y especialmente por grandes empresas industriales, tenemos ejemplo en las de Collis en Suiza, en Estados Unidos, Inglaterra, Escocia, Alemania, etc., donde en los últimos 25 años se han construido millones de viviendas para obreros. Particularmente en nuestra región, es ejemplar la obra realizada en las Colonias fabriles de la cuenca del Ter.

Tiene cierto interés un estudio efectuado hace años por NAJERA ANGULO, CODINA SUQUÉ y ABELLO PASCUAL, sobre la tuberculosis en Barcelona, en cuya publicación exponen la tasa de mortalidad por tuberculosis por 1.000 habitantes, ocurrida entre 1925 y 1930 y encuentran las cifras más elevadas en los distritos V (1,31), VII (1,24) y IX (1,53), mientras en los distritos IV y VI sólo encuentran una cifra de 0,86. Estas cifras diferenciales entre los distritos con un tipo de condiciones de viviendas pésimas y los de habitación más higiénica, seguramente siguen reflejándose en la actualidad.

Otros factores que debemos tener en cuenta, son los de la edad, sexo, etc., de los cuales haremos mención más adelante.

En cuanto al ambiente del trabajo y la influencia de éste, podemos decir que aunque existen ciertas profesiones que al parecer dan mayor contingente de enfermos, debemos tener en cuenta los siguientes hechos que harán luz sobre algún concepto:

1.º Que hoy día, sólo se considera a la tuberculosis como enfer-

medad profesional, cuando ha sido obtenida en un trabajo contagiante, o sea en el caso de los médicos, estudiantes de medicina, enfermeras, etcétera, que se dedican al cuidado de tuberculosos.

2.º Que existen algunos trabajos que por su carácter especial, pueden predisponer a la tuberculosis, como por ejemplo los que provocan la silicosis, empleados del Metro, etc.

3.º Que el hecho de que haya profesiones en que se observe un mayor tanto por ciento de esta enfermedad, no puede ser considerado acusatoriamente, sino que debe tenerse en cuenta que en las profesiones de carácter sedentario, como por ejemplo en oficinas, talleres de costura, y otros de poco esfuerzo, concurren precisamente los individuos con antecedentes familiares cargados muchas veces y que, a parte de su preparación intelectual, su complexión y capacidad física aconsejaron trabajos de mínimo esfuerzo en el momento de elegir la profesión.

DESCUBRIMIENTO DEL FOCO

Mediante esta breve descripción de los puntos en que se basa el concepto actual de la tuberculosis, vamos a estudiar a continuación, el desarrollo actual de la Lucha antituberculosa en su aspecto Social.

Dejando aparte la descripción de los factores preventivos profilácticos generales, de la Lucha, de organización, y de prácticas como el B.C.G. y otras, expondremos en resumen los siguientes conceptos de Descubrimiento, Asistencia y Recuperación.

Con todo interés estudiaremos el descubrimiento del foco, por considerarlo como el punto fundamental de la Lucha antituberculosa. Ha sido en los últimos 40 años cuando se han logrado resultados que han conducido a este criterio.

La radioscopia y radiografía primero, acompañadas de exámenes de expectoración y de las pruebas tuberculínicas más tarde, efectuadas en Agrupaciones de distintos órdenes profesionales, han llevado a Alemania inicialmente y a los demás países después, a concebir el catastro radiológico de grandes contingentes industriales, militares, y de poblaciones enteras.

Un nuevo paso en este sentido, ha sido dado por ABREU, de Río de Janeiro, quien ideó un método para realizar la fotografía en miniatura de la pantalla radioscóptica. En 1937, HOLFELDER, de Francfort, perfecciona el instrumental iniciando la aplicación de la radiofotografía en gran escala. Desde entonces, en Alemania y en los países americanos, especialmente en Sudamérica y, con el impulso dado en dichos países por el fisiólogo español Profesor SAYE, se efectúan estudios colectivos de gran alcance y con resultados insospechados.

Los resultados obtenidos con el catastro radiológico en grandes contingentes, oscilan entre 1,2 por 100 y 3,48 por 100.

De una manera especial, han sido efectuados en los Centros industriales con resultados parecidos, en el momento de ingreso en el trabajo y de una manera periódica, en los obreros, particularmente en las fábricas Citroën, en las agrupaciones del Ramo de la Alimentación de Nueva York, las agrupaciones industriales y comerciales de

Betún, la Metropolitan Life Insurance de Nueva York, los Arsenales de Brest, la Fábrica de Automóviles Peugeot, la Philips de lámparas en Eindhoven, etc., en cuyos reconocimientos encuentran cifras muy variables que oscilan de 12 a 1,60 por ciento. Más adelante en un estudio de conjunto, mencionaremos los resultados obtenidos por nosotros.

ASISTENCIA

Los sistemas de Asistencia Médica que, con carácter social, se han empleado en el tratamiento de la tuberculosis, varían mucho. La asistencia de tipo ambulatorio domiciliario constituye la forma más frecuente.

A pesar de los esfuerzos efectuados para la construcción de Clínicas, Hospitales-Sanatorios y Sanatorios, ha sido imposible, hasta ahora, cubrir las necesidades a que la asistencia obligaba en este sentido. De todos es sabido la necesidad absoluta de colocar al enfermo tuberculoso en una Clínica o Sanatorio tanto para apartarle mientras es contagioso, como para tratarle de su dolencia; más conveniente aún de poder efectuarse en un clima de altura. Esto, que constituye todo el sistema de cura sanatorial ha sido llevado a cabo en algunos países más que en otros, sino cubriendo todas las necesidades, cuando menos asistiendo a un gran contingente de tuberculosos.

Grandes esfuerzos económicos se efectúan en todo el mundo y particularmente en España, donde el presupuesto del Patronato Nacional Antituberculoso se ha elevado de dos millones de pesetas en el año 1936 a ciento once millones de pesetas en 1945, presupuesto que ha sido considerablemente aumentado en la disposición del Gobierno, con el acuerdo tomado el día 18 octubre 1947, por la que se remite a las Cortes el Proyecto de Ley, sobre autorización al Patronato Nacional Antituberculoso para realizar el plan de obras de construcción, ampliación y adaptación de sanatorios, preventorios y dispensarios hasta 680.000.000 de pesetas con emplazamiento de veinticinco mil camas para la asistencia de enfermos tuberculosos.

Otro sistema de cura, llamado de cura libre, es el efectuado en el campo y en general sin control médico, poco recomendable debido a que se lleva a cabo sin contar con las atenciones adecuadas y la vigilancia precisa; con esta cura, hemos registrado escasos resultados favorables y, en cambio, con cierta frecuencia, hemos visto como el enfermo comparecía en peores condiciones.

La asistencia económica debe ser completa si se quieren cubrir totalmente las exigencias que la enfermedad provoca. Para ello han sido preconizados varios sistemas de Seguro y, en toda la bibliografía estudiada por nosotros no encontramos muchas organizaciones que lleven a cabo dicha asistencia de una manera total.

En general el subsidio se concreta a una parte del jornal y aun durante un tiempo limitado que en la mayoría de los casos no llega al promedio del tiempo de baja por la enfermedad. En Francia, hasta octubre de 1945, sólo se percibía medio año de subsidio en concepto de larga enfermedad; actualmente se ha establecido un subsidio por tu-

berculosis cuya pensión alcanza un término de 3 años. En España en la actualidad se percibe medio año al igual que en Francia en la primera época.

Mucho espacio nos ocuparía el exponer las cifras y opiniones de la colección de autores que sobre este punto escriben, y exponemos solamente como frase muy gráfica, la de BENÍTEZ FRANCO cuando dice: «Si nos limitamos a crear Dispensarios y Sanatorios sin cuidarnos de elevar el ambiente en que viven las clases menesterosas, el esfuerzo será baldío y quedará siempre encerrado en el círculo vicioso; miseria, más enfermedad».

De todos estos estudios hemos sacado la conclusión de que los mejores resultados han sido logrados cuando las Empresas particulares han conducido la lucha, de una manera completa, por su cuenta. En este caso, podría objetarse que ha de resultar muy costoso para una Empresa el sostener un Servicio Antituberculoso exclusivamente para ella y cubrir todas las necesidades económicas de sus enfermos mientras estén de baja. Creemos que es posible llevarlo a cabo, tanto si se trata de grandes Empresas como de pequeñas industrias, pues, en estas, pueden constituirse Agrupaciones que incluyan a las pequeñas Empresas de la misma índole profesional.

A las objeciones de orden económico, podemos oponer el concepto, a «grosso modo», dado en nuestra Tesis, de que «es equivalente formar un oficial de 17 años, sin experiencia, a recuperar a un oficial de 30 años, con toda su competencia. Más justificado queda aún esto último, si tenemos en cuenta que no sólo recuperamos un oficial totalmente formado, sino que damos la asistencia completa al enfermo y evitamos el gravamen que para la familia representa el yugo de la tuberculosis.»

RECUPERACIÓN

Otro aspecto también muy importante es el de la recuperación. Establecido clínicamente el criterio de recuperabilidad del enfermo, basado en su estudio clínico completo, procede orientarle hacia su vuelta al trabajo que no debe efectuarse sin un entrenamiento adecuado.

Suele efectuarse en distintas formas:

Bien iniciado el tratamiento sin haber logrado la curación, o sea ordenándole trabajos de esfuerzo progresivo en el curso del tratamiento; éste ha sido el llamado tratamiento o cura por el trabajo.

Bien después de lograda la estabilización clínica, en cuyo caso se procede a la rehabilitación, entrenándole en un trabajo distinto al que practicaba al caer enfermo y siempre en una profesión de menos esfuerzo y de mayor rendimiento económico.

O bien mediante un entrenamiento progresivo para rehabilitarle dentro de la misma profesión.

En distintos países, Inglaterra, Holanda, Alemania, Francia e Italia, Estados Unidos, etc., se han creado instituciones oficiales y privadas que en mayor o menor grado constituyen verdaderos centros dedicados a la recuperación.

VARRIER-JONES dió el gran impulso a estas obras con la creación en Cambridge del Centro de Papworth y de cuyo tipo se han ido creando otros como el de Preston Hall, Hellendoorn, Apeldoorn, Zonnoestral, Haussannum, etc., y otros como la ciudad sanitaria de Clairvivre. En todos ellos tan pronto el paciente está en condiciones de efectuar el trabajo, se le dedica a él, orientándole en la forma antes dicha.

Siguiendo este procedimiento, BERTHET logra una estadística de los enfermos que se han beneficiado de la asistencia post-sanatorial en el plan de readaptación y expone las siguientes cifras: De un total de 133 enfermos rehabilitados entre 1942 y 1945, un 43 por ciento han podido ejercer el mismo trabajo anterior, un 13 por ciento un trabajo parecido y un 23 por ciento otro trabajo. De estos recuperados, en este período han recaído un 8 por ciento. Esta asistencia post-sanatorial de rehabilitación ha costado 502.605 francos o sea un promedio de 3.800 francos por enfermo, por cuatro meses y medio de promedio de asistencia.

Países hay en que actualmente recuperan a los enfermos con las lesiones abiertas, pero con capacidad física para el trabajo, en talleres exclusivamente dedicados a ellos. (URSS, Mazel citado por CRESPO ALVAREZ).

* * *

Todos estos aspectos y conceptos de los distintos momentos de la lucha contra la tuberculosis en el terreno social, han sido ensayados fraccionadamente o de una manera general, en mucho países y de una manera particular y más concreta por ciertas Empresas importantes, aunque desgraciadamente pocas, en todo el mundo, mereciendo especial elogio la casa Michelin y la Peugeot en Francia, la Philips en Holanda, la Metropolitan Life Insurance de Nueva York, y otras que ya hemos citado.

En España se han efectuado algunos ensayos aislados, de gran mérito por la época en que se realizaron, aparte de la ingente obra general realizada por el Patronato Nacional Antituberculoso. Una obra completa de carácter social, cuando menos en lo que a grandes contingentes obreros se refiere, no tenemos noticia de que exista en la actualidad. Sólo podemos dar razón de la que ha llevado a cabo, bajo nuestra dirección, la C. A. Hilaturas de Fabra y Coats, de cuya marcha y resultados durante 5 años, voy a hacer una exposición.

Hacemos su descripción siguiendo la misma pauta de los aspectos anteriores.

De 1942 a 1946 inclusive, ha sido practicado el sistema profiláctico habitual y de descubrimiento de casos, mediante el reconocimiento del personal a su ingreso en la Compañía, así como también el de todo individuo que, al menor síntoma sospechoso, ha sido dirigido inmediatamente por el médico de cabecera al especialista para su estudio clínico radiológico. No hemos tenido nunca en trabajo a ningún caso con contagiosidad conocida.

De los resultados del primer reconocimiento de los individuos, hemos sacado las sugerencias siguientes:

1.º En los reconocimientos de ingreso, a parte de lo establecido que no permitimos el trabajo a todo individuo con lesión activa, hemos observado que en los de 14 y 15 años existen procesos de forma inicial de la tuberculosis, y consideramos que de no tratarse, en esta época de pubertad, de jóvenes completamente sanos y con un estado constitucional perfectamente apto, sería preferible una espera hasta los 16 años a permitirles su ingreso en el trabajo, ante la posibilidad de que los esfuerzos faciliten el desarrollo de estas formas juveniles de la tuberculosis en individuos enclenques.

Teniendo en cuenta la edad y sexo, establecemos grupos entre los que se distingue el de 14 y 15 años, con características particulares, tanto por el promedio de enfermos que rinde, en particular en la mujer, como por las formas clínicas que presenta. Al mismo tiempo estudiamos la influencia que el reconocimiento sistemático tiene sobre las formas clínicas que aparecen entre los de 16 a 20 años, caracterizándose frecuentemente por su mayor benignidad.

Del total de 1432 reconocidos a su ingreso en los cinco años, hemos podido despistar un 2,80 por ciento de enfermos con lesiones activas.

2.º En los reconocimientos efectuados, por orientación del médico de cabecera, a la existencia del menor síntoma sospechoso, encontramos algunos casos sin lesión activa, pero, con pequeñas imágenes que hacen pensar en la posibilidad de reactivación; en estos casos consideramos prudente el ingreso en el Servicio Antituberculoso para someterles a una vigilancia rigurosa, aunque sin darles de baja en el trabajo.

Descubierto ya el caso, la baja pone al enfermo en nuestras manos para prestarle una asistencia médica completa, con todos los medios, y efectuándose el tratamiento en el domicilio del paciente, en clínica o en Sanatorio si el caso lo requiere.

La asistencia económica ha sido completa durante todo el curso de la enfermedad sea cual sea el sistema y lugar de tratamiento.

Como consecuencia del sistema de descubrimiento precoz y de la asistencia completa médica y económica de los enfermos, las cifras del total de bajas anual, ha descendido de 55 a 21 (9,1 por mil en 1942 a 3, por mil en 1946), el promedio de bajas en reposo de 50 a 25 y el coste anual del Servicio Antituberculoso han descendido en un 40 por ciento en los cinco años.

Tan pronto el estudio clínico de cada enfermo ha dado resultados que permitieran concretar el criterio de recuperabilidad, hemos orientado la posible recuperación a través de un entrenamiento progresivo dirigiendo siempre la restitución del individuo hacia el mismo trabajo anterior, y en caso que su capacidad funcional no lo permitiera, ha sido orientada a un trabajo de menor esfuerzo, casi siempre dentro de la misma profesión.

La vuelta al trabajo, en entrenamiento, se efectúa a media jornada, lo que permite al recuperado poder efectuar media cura de reposo durante unos meses. Al cabo de esta temporada de prueba, pasa a las

8 horas de trabajo normal, y sigue en tratamiento y vigilancia periódica con el fin de evitar en lo posible toda recaída. Con este procedimiento la cifra de recaídas ha sido mínima si consideramos que de un total de 170 enfermos sólo hemos tenido un 6,6 por ciento.

De todo lo antes dicho vamos a esbozar unas deducciones prácticas:

1.^a Que la entrada al trabajo a los 14 años, debería ser condicionada a los resultados de un verdadero estudio del individuo, no sólo de un estudio de capacidad psíquica, sino también de capacidad física y estado orgánico frente a infecciones como la tuberculosis. En caso de existir la menor reserva, no permitir el ingreso en el trabajo, hasta salvada la fase frágil de la pubertad y atender al individuo en un Preventorio.

2.^a Que el control más o menos riguroso de los empleados de una Empresa, debe orientar hacia el Servicio Antituberculoso no sólo a los que padecen una lesión evidentemente activa, los cuales causan baja en el trabajo, sino además a los sospechosos de posible reactivación de una lesión mínima estacionaria, en concepto de vigilancia y siguiendo con su trabajo normal.

3.^a Que la verdadera clave del descubrimiento precoz de las lesiones, estriba precisamente en la constante atención del médico de cabecera, en orientar hacia el especialista a los individuos que presenten algún síntoma que suscite la menor sospecha.

4.^a El elemento fundamental para llevar a cabo un completo tratamiento, sobre la base de una cura higiénico-dietética lo más correcta posible y con una disposición de ánimo apropiada por parte del enfermo, consiste precisamente en una asistencia económica completa.

5.^a Consideramos de gran valor la fase de recuperación a media jornada, antes de someter al individuo a un trabajo normal, precisamente porque nos permite una observación del individuo, con la posibilidad de su vuelta al reposo en caso del menor incidente.

6.^a Debe ponerse la máxima atención, precisamente, en formarse un criterio lo más concreto posible de la recuperabilidad de cada caso, no orientándole a la recuperación más que cuando dicho criterio sea perfectamente favorable.

7.^a No debemos olvidar la vigilancia ulterior de los enfermos, hasta considerarles clínicamente curados y, aun así, esta vigilancia debe mantenerse aunque sea a intervalos más prolongados; así lograremos reducir todo lo posible el número de recaídas.

Doctor MODESTO GONZÁLEZ RIBAS

