

ARTÍCULO ORIGINAL: EL SANATORIO CARLOS DURÁN CARTÍN, CARTAGO, COSTA RICA: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y LA ARQUEOLOGÍA



Hospital San Juan de Dios. San José. Costa Rica. Fundado en 1845

ISSN
2215-2741

Parte III: Médico que condena al paciente al exilio y a la vez trata la enfermedad

Recibido: 28/03/2012
Aceptado: 18/07/2012

Faridy Mena Bustamante¹

¹Licenciada en Arqueología, UCR. Asistente de investigación en Antropología para el Programa Latinoamericano en Estudios Socioreligiosos PROLADES. Correo electrónico nayudmb@gmail.com.

Inicialmente se debe conocer el tratamiento de la tuberculosis, así como es necesario también conocer por medio de los síntomas de la enfermedad, el modo en que afectaba al individuo, para poder comprender de modo complementario, el costo social de la tuberculosis en los individuos enfermos. Pues además del sufrimiento provocado por la propia enfermedad, el enfermo debe pasar por una serie de tratamientos que le afectan y le producen malestar en diversos grados, así que su capacidad física, anímica y social se verán afectadas por la enfermedad y en este punto, el médico tiene un papel muy importante y a la vez paradójico pues al mismo tiempo que busca la mejoría del paciente, le limita, le provoca dolor y en el caso de la tuberculosis le aísla.

Tratamiento de la tuberculosis y su costo social:

Desde la antigüedad se dan distintos tratamientos basados en el clima y la higiene para combatir a

la enfermedad tuberculosa, que más bien eran intentos de curas para los enfermos; muchas de estas no se encuentran firmemente fundamentadas. A partir de 1800 ya se pueden definir de modo veraz los métodos terapéuticos utilizados en los enfermos, según bibliografía consultada.

En 1890 se inicia popularmente el uso de aparatos como colaboradores en el tratamiento de la tuberculosis, Forlanini⁽⁴⁶⁾ usa aparatos para realizar el método quirúrgico de la colapsoterapia de pulmón en los enfermos, posteriormente llamado neumotórax.

De este tipo de ejemplos se tiene gran cantidad, pero no es la finalidad de la investigación dar todos los avances realizados, sino a partir de ellos comprender el avance en cuanto a pensamiento logrado para finalmente llegar a la cura de la tuberculosis en muchos casos y al mejoramiento en la calidad de vida de la mayor parte de los enfermos.

Como primer punto debemos conocer el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

Según Barceló *et al.* (1951, p.458-518) para la década de los años 1950, aún no se tenía un recurso terapéutico específico para el tratamiento de la tuberculosis, por lo que se debía recurrir a favorecer los procesos naturales de curación del organismo. Al ser la tuberculosis una enfermedad infecciosa que daña los órganos, se pueden aplicar sólo medios que directa o indirectamente promuevan las defensas del organismo y para las lesiones producidas por la enfermedad tan solo se deben usar medios que ayuden al organismo a convertir en latente la infección.

Por ello es que era siempre necesario usar como base el “*tratamiento conservador*” que corresponde a la terapia utilizada hasta poco después de los años 60 aproximadamente, cuando algunas de las características de esta terapia empiezan a caer en desuso y finalmente en la actualidad solo algunas de ellas persisten.

Debido a que hasta 1960 es usado plenamente, es muy probable que el Sanatorio Carlos Durán Cartín en nuestro país, lo haya contemplado como tratamiento valioso para sus pacientes. Además, el tratamiento conservador corresponde ideológicamente a la cura sanatorial⁽⁴⁷⁾ usada desde la preconcepción del Sanatorio en el país.

Dentro de este tratamiento se tiene como primer punto el reposo y la cura higiénica, climática y dietética.

Reposo: es la base de todo el tratamiento conservador ya que tiene la finalidad de mejorar el estado general del enfermo, además favorece la desaparición de los síntomas de intoxicación y sepsis⁽⁴⁸⁾ evitando las metástasis⁽⁴⁹⁾, interrumpiendo así la evolución de las lesiones. Debía ser absoluto y en cama y el ejercicio solo podía irse incorporando a la vida del enfermo cuando la fiebre había desaparecido, así como la anorexia y la taquicardia, cuando el peso aumentara y además se viera disminución de la tos y de la expectoración entre otros. El ejercicio debía ser paulatino y bien regulado, el paciente debía recordar que el reposo nunca era nocivo, mientras el ejercicio podía dañar todo el tratamiento, si no se hacía adecuadamente.

El reposo debía comprender la relajación muscular completa, por lo que el médico debía enseñar al paciente a “relajarse”. Además del reposo debía apoyarse el silencio, por lo que se les recomendaría a los pacientes hablar muy poco y en voz baja lo que relajaría el diafragma, además, se debía enseñar al enfermo a realizar un número menor de respiraciones por minuto.

Ejercicio: Luego del reposo, se iba permitiendo al enfermo sentarse en la cama por una hora durante una semana, la siguiente se agregaba una hora más, para ir midiendo las consecuencias del ejercicio regulado sobre el organismo y de este modo permitir en algún momento el que el paciente pueda sentarse en la silla de reposo por 2 o 3 horas diarias. El ejercicio regulado buscaba ir incorporando poco a poco al enfermo en la vida cotidiana, por ello se le permitía una caminata, o cierto trabajo manual cuando la situación general era buena, este ejercicio además evitaba un aumento de peso exagerado y no dejaba al paciente desprovisto del todo de capacidades para el trabajo, se tomaba como preparación para la reintegración futura a la sociedad. En el Sanatorio Carlos Durán Cartín, como afirma (Solano, 2004) se tiene la “*cura de trabajo*” que consiste en darle quehaceres según género a los pacientes para que se mantengan ocupados y de este modo mejoren su estado anímico y su salud en general.

Cura de altura: La cura de altura o higiénico-climática no está indicada para todos los pacientes, es por ello que en muchas ocasiones no es apoyada enteramente. En cambio está indicada para los enfermos que deben prepararse para una colapsoterapia médica o quirúrgica. Y para fortalecer el estado general del individuo.

Característicamente la cura de altura se acompaña también de beneficios que se obtienen por la ubicación geográfica de los sanatorios, como:

- **Luminosidad:** entre los 1000 y 1500 metros de altura, el ambiente está desprovisto de elementos que limitan la acción benéfica del sol, gracias a los rayos ultravioleta, por ello la luminosidad será más pura tanto más altura sobre el nivel del mar.
- **Sequedad:** a mayor altura menor humedad en el ambiente. Y la humedad no es conveniente, por ello el clima seco de altura es

sano para los pacientes.

- *Temperatura*: los beneficios de la temperatura son importantes, pues el calor del sol, calienta el aire cuanto más cerca del nivel del mar se encuentre, por ello a mayor altura el aire es más fresco y frío lo cual es positivo por su efecto estimulante y tónico para el sistema respiratorio.
- *Acción de la altura sobre la sangre*: sus efectos beneficiosos actúan directamente sobre los leucocitos, la hemoglobina y los eritrocitos.
- *Presión atmosférica*: cuanta mayor altura, menor cantidad de oxígeno en el aire, y esta disminución de oxígeno es muy positiva para el enfermo de tuberculosis, pues tiene efectos de gimnasia respiratoria. (Barceló *et al.* 1951, p.462-463)

Estos beneficios eran aportados a los pacientes en el Sanatorio Carlos Durán Cartín, pues la posición geográfica en la que se encuentra el establecimiento, permite recibir los beneficios de la cura de altura, uno de los principales motivos a tomar en cuenta por los médicos que recomendaron la construcción del mismo en el lugar.

El reposo que era parte de la cura en los Sanatorios, era realmente estricto, este espacio temporal estaba completamente regulado por normas tanto de comportamiento pues promovía la ausencia de conversaciones, de lectura, etc. A la vez, definía las funciones corporales pues debía amoldarse al horario a seguir y por supuesto la movilidad era completamente regulada. El siguiente es un ejemplo del horario a seguir durante el día en un Sanatorio para enfermos de tuberculosis en España, corresponde al “reposo relativo”, paso siguiente al reposo absoluto.

- *Desayuno en la cama. Levantarse a las 10 y media.*
- *Cura al aire libre en una silla larga o tumbona, de 11 a 1 horas. Comer, de 1 a 2 horas.*
- *Reposo absoluto de las 2 a las 4 horas. Cura al aire libre, de las 4 a las 5 horas. Merienda, a las 5 horas.*
- *Cura al aire libre, de 5 a 6 o 7 horas. Cena, a las 8 horas*
- *Acostarse a las 9 horas.*
- *Progresivamente se intercalarán labores y paseos, de la siguiente manera: Después de levantarse, un paseo de las 10 y media a las*

11 y media.

- *Otro paseo, de las 5 a las 6 horas.*
- *Labores, de las 6 a las 8 horas. (Barceló et al. 1951 p.463)*

Cura al aire libre: una vez que el reposo ha hecho efecto en el organismo y ha mejorado, se permitirá poco a poco que el paciente permanezca en la galería cubierta. Este tipo de galerías permite que los pacientes estén al aire libre durante todas las estaciones del año. En nuestro país el Sanatorio no cuenta con galerías de este tipo, si bien si existe un *Solarium* que permitía salir y recibir el sol y el aire fresco en un espacio muy cercano a los pabellones o salones de enfermos.

Paseos: los paseos serán indicados solo en casos en que los pacientes no presenten fiebre y que las lesiones pulmonares estén cicatrizadas casi por completo. En estos paseos no se debe caminar demasiado y el paso debe ser lento y prolongado y se deben evitar los ascensos y descensos. En el Sanatorio Carlos Durán Cartín hay espacio suficiente para realizar caminatas como las recomendadas según la bibliografía, sin embargo el terreno es sinuoso por lo que probablemente los paseos al aire libre debían ser cortos, para no provocar agotamiento excesivo.

Alimentación: Se debe procurar una alimentación con “*buen rendimiento calórico*”, además de ser sabrosa y que sea fácil de digerir. La dieta diaria de un tuberculoso debe de tener entre 3000 y 3500 calorías. Las verduras crudas y las frutas son importantes, así como las carnes, el problema en cuanto a la alimentación es cuando los enfermos presentan anorexia y se niegan a comer. La dieta debe ser balanceada y contener de modo indispensable, proteínas, carbohidratos, grasas y minerales. (Barceló *et al.* 1951 p.464)

En específico en el Sanatorio Carlos Durán Cartín se contaba con hortalizas cosechadas en la propiedad, así como animales que proveían leche, huevos y claro, carne fresca para la alimentación de los pacientes internados. Además del reposo, el ejercicio moderado y la buena alimentación, es necesario que el enfermo obtenga vitaminas para mejorar su estado general. En específico las vitaminas A, B y C, debido a sus propiedades son indicadas en el tratamiento de la tuberculosis. El calcio es también indicado en el tratamiento de la tuberculosis, basado en la observación de la baja tasa de tuberculosis en trabajadores que manipulaban cal.

Tratamientos específicos:

Además de los tratamientos mencionados anteriormente, que bien podrían verse como profilácticos en su mayoría, pues tanto una persona sana como una enferma se vería beneficiada de su aplicación, existen tratamientos específicos para la tuberculosis, tal vez aplicables a otras enfermedades pulmonares, pero no para una persona sana bajo ninguna circunstancia. Estos tratamientos son más invasivos y de cierto modo difíciles de llevar, pues conllevan el uso de medicamentos en algunos casos con efectos secundarios negativos, o la realización de operaciones dolorosas.

Quimioterapia

La quimioterapia es la aplicación de medicamentos o sustancias que buscan la cura de las enfermedades, en específico se usa para el tratamiento de la tuberculosis, el cáncer y enfermedades autoinmunes como el lupus o la artritis.

Crisoterapia

A mediados de 1800 se usaban compuestos a base de sales de oro y Koch afirmó que el cianuro doble de sales de oro y potasio, era apropiado por su acción bactericida, se emplearon varias formas del compuesto con múltiples nombres, pero el más empleado fue el llamado *Sanocristina*, cuyo uso fue sustituido en la década de 1950 aproximadamente, cuando aparecieron nuevas fórmulas quimioterápicas y antibióticas. Por su composición, estas fórmulas causaban accidentes, por ello se cambiaron por suspensiones en aceite que parecían menos molestas. Estos accidentes eran digestivos, hepáticos, renales, cutáneos y hemorrágicos. En ciertos casos, las complicaciones podrían haber producido incluso la muerte, lo que llevó a los científicos a buscar nuevos compuestos menos dañinos.

Sulfoterapia

Basada en el uso de azufre, gracias al efecto antitóxico que producía en el organismo. El tiosulfato de sodio se usaba en lugar del oro, ya que demostraba los mismos efectos de la crisoterapia pero sin la probabilidad de accidentes.

TB₁: tiosemicarbazona

Compuesto usado para tratar las tuberculosis pulmonares recientes, así como en las tuberculosis de las mucosas (laringe, tráquea). Este compuesto tiene efectos más estables que los de la estreptomina, por lo que fue muy usado.

PAS: ácido paraminosalicílico

Introducido por Lehmann en 1940. Este compuesto es soluble en agua y su acción corresponde a un bloqueo metabólico, inhibiendo la división celular del germen tuberculoso. Puede provocar molestias digestivas, pero no es tóxico. Este compuesto fue usado probablemente en el Sanatorio Carlos Durán Cartín y se sabe que posteriormente por la Caja Costarricense del Seguro Social, cuando los casos de pacientes con tuberculosis fueron trasladados al Hospital Nacional para Tuberculosis, según conversación personal con el señor Jorge Obando Jiménez.

Hidrácida del ácido isonicotínico: HAIN

Este compuesto al igual que el PAS actúa sobre el metabolismo del bacilo de *Koch* impidiendo el crecimiento del germen, su uso se dio en 1952, pero desde 1912 ya se conocía. Es de gran utilidad en el tratamiento de los enfermos de tuberculosis de tipo pulmonar activo. Así como en todas las formas de tuberculosis inicial, excepto en la primoinfección. Es muy efectivo el uso junto con PAS. Este compuesto también fue usado popularmente en nuestro país.

Estreptomina:

Antibiótico activo contra el bacilo de Koch, es bactericida en altas concentraciones, se aplica intramuscularmente por lo general disuelta en agua destilada o suero fisiológico. Es muy útil en las formas miliares de la tuberculosis, por el contrario no debe usarse en formas terminales de la tuberculosis. Dentro de la evidencia material encontrada durante la fase de trabajo de campo en el Sanatorio Carlos Durán Cartín, se encontraron gran cantidad de botellas que corresponden a agua destilada y suero fisiológico, lo que podría indicar la utilización de ambos para la aplicación de la estreptomina a los pacientes.

Se sabe que la estreptomina fue uno de los medicamentos más populares para tratar la tuberculosis, pues luego de su descubrimiento se indicó su respuesta como una panacea, y en nues-

tro país fue usado en gran parte de los casos, sin embargo muchos de los pacientes resultaban resistentes al uso de estos antibióticos, por lo que debían utilizarse otros que tenían en muchas ocasiones efectos muy incómodos para el paciente.

Tuberculinoterapia

Descubierta por Robert Koch, está contraindicada en la mayoría de formas de la tuberculosis y tan solo puede usarse en algunas lesiones ya que gran parte de los pacientes tratados tendrían sensibilidad a la tuberculina lo que traería contraindicaciones. Aún así su uso fue muy popular.

Existen además tratamientos específicos para uno o dos de los síntomas, es decir que un mismo paciente podía recibir multitud de drogas para tratar varios de sus síntomas, muchos de ellos con efectos secundarios que se agruparían. Sin embargo la idea sería buscar el alivio a las múltiples incomodidades generadas por los síntomas de la enfermedad. En algunos casos el pasar por alto el tratamiento de uno solo de ellos, podría poner en riesgo la vida del paciente.

Entre los síntomas tratados específicamente están la fiebre, que debe ser tratada con medicamentos y con reposo, ya que los sudores podían comprometer aún más la salud de los individuos ya enfermos de tuberculosis, por lo que los primeros tratamientos dados a la enfermedad procuraban detener los sudores, pero conforme la higiene empezó a formar parte de la vida cotidiana, entonces este síntoma perdió importancia.

La tos necesaria para expulsar del cuerpo del tuberculoso todos los fluidos negativos, podía resultar en cierto punto un elemento negativo. Para controlarla se utilizaba calmantes, que a la vez de disminuir la tos, podían disminuir otras funciones corporales, provocando anorexia, estreñimiento e incluso lograban deprimir el sistema nervioso y el corazón, por lo que podían resultar peligrosos. Uno de los compuestos más usados para eliminar la tos excesiva era un polvo a base de opio con ipecacuana, llamado *Polvo de Dover*, así como compuestos a base de belladona y otras sustancias opiáceas⁽⁵⁰⁾ que son negativas para el organismo.

La hemoptisis es un síntoma angustioso para el enfermo, pero no siempre es importante, pues

puede darse como hilos de sangre que no afectan realmente al enfermo, el problema es cuando la hemoptisis es abundante ya que puede llevar a la muerte, por lo que siempre es necesario y beneficioso el reposo para los tuberculosos que presentan hemoptisis. Los medicamentos recomendados son los mismos calmantes asociados con el tratamiento de la tos, como la belladona, la codeína, el opio, etc. En este caso los calmantes pueden deprimir el sistema nervioso y el respiratorio formando coágulos de sangre en los alveolos que podrían producir un tapón y llevar a la asfixia. Cuando la hemoptisis es más abundante se usan medicamentos vasoconstrictores, como la ipecacuana y el polvo de Dover, pero pueden provocar hipertensión, lo que aumentaría la hemorragia. Durante una hemoptisis grave, se pueden inyectar medicamentos que detengan de inmediato la hemorragia siempre que no se deba a un aneurisma, pero los síntomas secundarios son bastante incómodos para el paciente. En ocasiones puede necesitarse transfusiones de sangre para reponer la sangre perdida, así como producción de un neumotórax, para que la hemoptisis cese de modo inmediato, también se podía recurrir a ligar o hacer torniquetes en los 4 miembros (brazos y piernas) lo que generaría un estancamiento de la sangre, cortando la hemorragia, claro que este tratamiento podría producir coágulos en arterias y luego llevar a la muerte por una embolia o aneurisma.

Tratamiento quirúrgico:

Si bien hasta mediados del siglo XX no se tienen elementos que realmente modifiquen la infección tuberculosa en el paciente infectado, es decir no hay manera de evitar que el individuo que entre en contacto con el bacilo de *Koch* deje de adquirir la infección tuberculosa, sí hay muy buenos tratamientos para las lesiones provocadas por la infección adquirida, desde tratamientos de reposo como el que se indica inicialmente y que es la base de cualquier terapéutica, pasando por medicamentos sintomáticos, llegando a complicados procesos quirúrgicos, para eliminar o aliviar la mayor parte de las lesiones pulmonares en este caso.

Colapsoterapia pulmonar: Los métodos de colapso, están siempre indicados de primera mano, incluso se indican como prioridad al trato farmacológico, por la alta incidencia de curación que presentaron desde inicios del siglo XX en

que se inició su uso y aplicación a los enfermos de tuberculosis pulmonar.

Las terapias de colapso se basan en que al hacer descansar uno de los lóbulos del pulmón e incluso el órgano por completo, éste tendrá la capacidad de usar la energía y los recursos del organismo en sanar las lesiones que en este espacio se encuentren. El colapso puede ser provocado o espontáneo, en ocasiones las lesiones en el pulmón producen líquido ya sea purulento o sanguinolento o incluso claro y casi limpio, dentro de las cavernas provocadas por la anidación del bacilo de *Koch* y este líquido puede derramarse provocando hemoptisis o expectoración.

Al vaciarse la caverna por la pérdida de líquido, se da un colapso espontáneo. Cuando el colapso espontáneo ocurría podía observarse en muchos casos la curación de las lesiones, es decir que la cavernas podían reducirse e incluso llegar a desaparecer. Más tarde los médicos trataron de provocar este tipo de colapso al insertar aire dentro del tejido eliminando el líquido, el bacilo de *Koch* dejaba de aparecer en el organismo y el enfermo mejoraba radicalmente su estado.

Neumotórax: está contraindicado si el paciente presenta mal estado general, algún tipo de problema en el corazón, si es un paciente de edad avanzada, si las cavernas que se presentan son gigantes, es decir que sean de un tamaño mayor al de una naranja, así como si estas cavernas están muy cerca de la pared torácica porque pueden romperse y cuando el pulmón presente muchas lesiones quedando muy poco parénquima sano, es decir poco tejido pulmonar sano.

Este aparato es tan solo un sistema que inyecta gas, con la posibilidad de medir la tensión en la pleura. Existen el de Forlanini y el de Küss. Para llegar a la pleura o parénquima del pulmón se necesita de una aguja que conecte el aparato con el tejido, es frecuente el uso de una aguja de inyección intramuscular. Al paciente puede administrársele morfina, artropina o luminal⁽⁵¹⁾ para controlar los nervios (aun y cuando no estaban indicados para tal uso) y provocar un estado relajado, a la vez que aliviarían el dolor que pudiese provocarse.



Figura 1. Aparato de neumotórax según modelo de Forlanini. Museo de Historia de la Medicina de Cataluña

Técnica del neumotórax

Puede verse como simple de modo técnico, pero al considerar los primeros casos en que se practicó, resulta un método bastante complicado y preocupante en especial para el paciente, pues consistía en hacer una punción en el tórax, entre las costillas con la aguja especial para tal efecto y buscar la cavidad pleural, esto se hace a ciegas, es decir a pulso del médico que está realizando el tratamiento, pues no existen para el momento, métodos para observar dentro del organismo y verificar la posición de la aguja de modo visual, por lo que se usa el manómetro del aparato de neumotórax para medir la presión en distintas partes del recorrido de la aguja.

Inicialmente se inyecta algún tipo de anestésico para aliviar un poco el dolor en el paciente, luego se va midiendo la presión con el aparato para verificar el lugar en que se encuentra la aguja, ésta debe introducirse por completo en el cuerpo, es importante que la aguja esté en el lugar correcto, pues de lo contrario se podría inyectar gas (aire) en una vena y provocar la muerte o en un espacio vacío.

Al llegar al espacio pleural y tocar la pleura parietal el paciente siente un dolor agudo y rápido que provoca contracción.

Al llegar al lugar adecuado (espacio entre la pleura parietal y la pleura visceral) se inyecta el aire mediante la aguja, ejerciendo presión por el aparato de neumotórax, se inyectan en la primera sesión entre 250 y 350 centímetros cúbicos de aire y en un segundo día se hace otra sesión en la que se inyectan entre 300 y 500 centímetros cúbicos de nuevo. Luego de la primera inyección el paciente puede sufrir dolor debido al espaciamiento entre las pleu-

ras, pero normalmente cede después de la segunda inyección. El reposo absoluto es siempre necesario luego del neumotórax. Las aplicaciones por lo general son 2 durante 2 días seguidos, y luego 2 por semana hasta que los síntomas indiquen mejoría. (Barceló *et al.* 1951)

Además del neumotórax existían gran variedad de procedimientos quirúrgicos, en los que se intentaba colapsar el pulmón, o en otras ocasiones la idea era hacer una recesión de tejido malsano, por lo que se abría el tórax para eliminar parte del pulmón o su totalidad, en otras ocasiones se exponía el pulmón manteniéndolo de este modo para recibir luz ultravioleta sobre su superficie, o se llenaba el espacio pleural con algún material sólido. Cada uno de estos procedimientos ameritaba cuidados especiales y tenían consecuencias distintas, algunos podían resultar mucho más dolorosos y complejos que otros, en cuanto a recuperación, en lo que también iba a ser un factor preponderante la experiencia del cirujano y la buena disposición del paciente.

En nuestro país en el Sanatorio Carlos Durán Cartín se realizaban operaciones conocidas por el personal como “*corte chaleco*” por la similitud de las incisiones con esta prenda de vestir y de este modo se eliminaba tejido enfermo o se colapsaba el pulmón, dependiendo del caso que se tratara. (Conversación personal con uno de los trabajadores sanitarios del Sanatorio Carlos Durán Cartín)

Aislamiento: para el médico tratamiento, para el paciente castigo.

Para fines del siglo XIX e inicios del XX, los médicos toman conciencia sobre la necesidad de tratamiento de la tuberculosis ya que los casos aumentaban rápidamente y la mortalidad era segura en muchos de estos casos.

Como ya se sabe, los tratamientos para la enfermedad en este lapso de tiempo comprendían simples suposiciones basadas en el clima, la dieta y el uso de sustancias que en la mayoría de las veces creaban más molestias al enfermo de las que lograban aliviar.

Ya que la enfermedad no era controlada con severidad por la falta de tratamientos realmente eficaces y que por el contrario se propagaba al punto de resultar una plaga, en muchas ocasiones conocida como plaga blanca, justificando la imagen romántica del tuberculoso, es que se deben tomar medidas

drásticas. En este caso, el aislamiento es el primer paso a seguir, ya que si bien el contagio no era una fuente de difusión de la enfermedad plenamente aceptada, si se tenía conciencia de que al separar al enfermo de los sanos, estos no la contraían.

Por ello es que se justifica la creación tanto de sanatorios especializados, como de otro tipo de establecimientos que reciben a esta población, entre ellos casas de reposo, habitaciones de hotel, colonias de verano, albergues, etc. para así tener un espacio en el que los enfermos de tuberculosis pudiesen estar alejados de los individuos sanos, pero a la vez recibieran lo necesario para sobrevivir, o al menos para mantener cierta comodidad, claro dependiendo de las posibilidades económicas del enfermo, pues muchos debían recurrir a aislarse en su propia casa, resultando en cierto modo una carga para la familia, ya que no podían buscar su sustento, ni el de sus familiares por mantenerse aislados en su hogar.

Al popularizarse los sanatorios alrededor del mundo, muchos de los enfermos son reclusos en ellos, la mayoría no volverían con sus familias en meses o años, otros nunca lo lograrían. Este aislamiento generaba cambios en el estilo de vida tanto de la persona internada como de sus familiares. En ocasiones, el estar lejos del hogar por tanto tiempo, sin tener certeza de cura o posibilidad de “liberación” al menos, los lazos con los seres queridos se dañaban irreparablemente, provocando separaciones con la pareja y creando nuevas uniones dentro del Sanatorio. Otras veces, el enfermo podía volver a su hogar una vez curado, para darse cuenta que su pareja ya se encontraba viviendo con otra persona, tal vez incluso tendría más hijos, lo que provocaba daños a la estructura familiar y por ello a la sociedad.

Debido al aislamiento, se considera que el individuo enfermo de tuberculosis, internado en un sanatorio, pasa por varias muertes durante su estancia como paciente internado, pues en primer lugar se atraviesa una “*muerte social*” al ser extraído de la sociedad, e incluido en un nuevo orden, dentro de un clima social controlado mediante el poder que la búsqueda de una cura le da al médico, obligando al enfermo a abandonar su hogar, su trabajo y su educación. Todo lo que conociera con anterioridad al momento en que fue aceptado como paciente dentro del Sanatorio.

Se tiene también una “*muerte económica*”, precisamente por la imposibilidad de continuar trabajan-

do, lo que hace que el individuo pierda su posibilidad de ser independiente y a la vez de ser el sostén de su familia, punto particularmente preocupante en el caso de los hombres, que debían mantener a su familia, lo que conlleva a una “*muerte familiar*” pues se deja de ser miembro activo de la familia, en el caso de las parejas como se mencionó anteriormente existe la posibilidad de ser reemplazado durante el aislamiento y finalmente se llegaría a la “*muerte física*” en el caso de que no se lograra la cura. Hasta principio de 1900, la mortalidad por tuberculosis era muy alta, por lo que el diagnóstico de la enfermedad en muchas ocasiones era visto como un certificado de muerte, pues quien partía para internarse en el sanatorio no regresaba con vida, salvo pocos afortunados.

Este aislamiento provocaba alguna o todas estas muertes simbólicas en un mismo individuo, pues estas dependerían tanto de la posibilidad de mantener lazos con el mundo exterior como de la propia mejoría durante el tiempo internado.

El aislamiento generaba a la vez exclusión del mundo exterior, pues aún siendo parte de la sociedad, se creaba a la vez un mundo propio, con normas distintas a las de la sociedad exterior, en el que el enfermo debería movilizarse siguiendo reglas, horarios y normas dictadas por individuos jerárquicamente superiores que definen lo que es bueno y correcto para uno y malo para otro. Además si se lograba salir del sanatorio y volver a la sociedad, esta reintegración no sería fácil, pues aun se conservaría el “*estigma*” sobre el enfermo, ahora sano, pero que en el imaginario social continuaría enfermo, en caso contrario perduraría el temor a que la enfermedad vuelva, a que ataque de nuevo, a que contagie a alguien más, lo que provocaría sentimientos de culpa así como vergüenza, incluso remordimiento por una situación no controlable, pues nadie podía garantizarse bajo ninguna circunstancia el mantenerse sano. A la vez la sociedad se sentiría en muchos casos atacada por el reingreso del enfermo, ahora supuestamente sano. Lo que haría difícil la re inserción incluso en la utópica situación en que lograra volver a su núcleo familiar, regresar a su trabajo y ser un individuo completamente autosuficiente, pues la sociedad continuaría sintiéndose vulnerable por la presencia de la enfermedad latente en alguno de sus miembros.

Crueldad de los tratamientos, curas no mágicas

Debido a esta complicada situación generada por la unión de múltiples factores, como lo son, la enfer-

medad con sus consecuencias nefastas para el organismo, consumiendo los órganos del enfermo, que requiere de tratamientos en ciertos casos llenos de dolor y que dañan en ocasiones el ánimo, además del cuerpo; manteniéndose alejado de seres queridos, de amigos, viviendo dentro de un sistema que no le deja ser, que no le permite reaccionar, pues su vida diaria sería controlada, tanto por los médicos como por las enfermeras (os) incluso los demás enfermos (as) le juzgarían si no controla sus impulsos, debiendo mantenerse a fuerza de fe, para suponer su mejoría, para esperar su salida y aún en muchas ocasiones sabiendo que no lo logrará.

Las curas para la tuberculosis no fueron nunca curas mágicas, que aliviaran realmente al espíritu más que al cuerpo, los médicos debían realizar acciones crueles para poder garantizar que el enfermo conservara su vida, sin importar las consecuencias pues lo que realmente es valorado es vencer a la enfermedad, esa es la verdadera victoria, hecho que ocurre aún en la actualidad y que puede corroborarse con tantas historias de enfermos de cáncer por ejemplo; que prefieren abandonar su tratamiento para así poder vivir sus últimos días, con cierta paz y libertad. Para la tuberculosis en el momento histórico analizado, ésta no era la realidad, pues a pesar de que es claro que muchos enfermos murieron sin haber recibido nunca tratamiento, es muy probable el que no se hayan negado por convicción propia a recibirlo sino que hayan quedado excluidos por su situación económica, por su alejamiento de las ciudades o porque nunca hayan sido diagnosticados. Los demás, los que toparon con la “suerte” de ser de una u otra forma institucionalizados, debieron sufrir para lograr salir de su situación crítica.

Es por todo esto que el médico tiene el papel de buscar por todos los medios la cura, la mejoría del paciente, pero al mismo tiempo de llevarlo a atravesar múltiples muertes al condenarlo al exilio, llamado “aislamiento”.

Especialización de la medicina. El fisiólogo.

El caso del doctor Lenin Sáenz Jiménez⁽⁵²⁾:

En nuestro país gracias a la creación del Sanatorio Carlos Durán Cartín, éste se convirtió no solo en el hogar de una gran cantidad de enfermos de tuberculosis que permanecerían internados en él durante meses y hasta años (por lo general un paciente estaba internado por un tiempo no mí-

nimo a 6-9 meses), sino también en el de muchos médicos y trabajadores que estarían de igual modo insertos en éste durante bastante tiempo. Para algunos la vida transcurría completamente dentro del espacio del sanatorio, pues en éste, se formaron no solo lazos por compañerismo ya sea entre empleados o pacientes, sino incluso se formaron parejas que llegarían a casarse en la propia iglesia del sanatorio; son muchas las historias que se tienen de amoríos en el lugar, amistades que perdurarían toda la vida, y gratos recuerdos.

Entre los informantes de la investigación se tienen desde pacientes hasta médicos, pasando por los empleados (as) administrativos (as), los enfermeros (as), las Hermanas de la Caridad de Santa Ana y personas de la comunidad aledaña al Sanatorio. Todos ellos con experiencias distintas, con historias diversas, con perspectivas que varían de acuerdo a las actividades que realizaron y que por ello aportan ejemplos que enriquecen todos los puntos tratados en la investigación.

Para este punto en particular, se entrevistó al doctor Lenín Sáenz Jiménez, quien fue médico en el sanatorio y también fungió como su subdirector.

La vida en el sanatorio era muy distinta a la vida llevada por las personas que se encontraban fuera de él y que por tanto eran parte activa de la sociedad costarricense. Quienes se encontraban internadas debían amoldarse a una cotidianidad totalmente distinta, limitada por el espacio, por horarios, por normas establecidas por la autoridad, es decir se encontraban bajo un modelo de control institucional que los haría comportarse de modo completamente distinto a los ciudadanos “libres” no institucionalizados. En esto se ahondará en capítulos posteriores.

Sin embargo es importante notar que para un médico, el sanatorio además de ser un centro de trabajo y un hogar, era también una escuela, pues al ser la única institución de este tipo en el país, se convertía en gran medida en un laboratorio de prueba para los tratamientos realizados; en cierto modo, en un moderno hospital-escuela para los médicos residentes y para los que lo visitaban de vez en cuando o realizaban prácticas en el lugar.

El Dr. Sáenz vivió la experiencia de ser un médico trasladado al sanatorio para trabajar en él, escribió sus vivencias en el libro “Valió la pena vivirla: recuerdos de un médico” (2009), en el que pueden leerse pasajes en los cuales es posible trasladarse al momento vivido. Al Dr. Sáenz se consultó de modo personal y en la conversación obtenida se pudo entender que el trabajar en el sanatorio resultaba toda una experiencia para los médicos tanto como para los pacientes y demás personas involucradas.

Afirma que la vida en el sanatorio era muy tranquila, aburrida si se quiere, pues al ser distinto a un hospital general, se atiende a un enfermo crónico, así que el tiempo se tiene de sobra, a diferencia de un hospital en donde se atienden infinidad de casos y todos ellos distintos, muchas veces con poco tiempo para reaccionar, por lo que el sanatorio era monótono y en extremo tranquilo, con la única excepción durante las cirugías pues eran muchas las complicaciones y ésto hacía un poco más entretenido el ambiente al menos para los médicos, pues se les presentaban situaciones tal vez hasta cierto punto inesperadas y en las que debían concentrarse.

Algunos médicos no trataron con la enfermedad tan solo como profesionales en medicina, sino que pasaron a ser pacientes, pues los médicos no están exentos de contagiarse con la enfermedad. Se sabe que en el país el doctor Carlos Gamboa Rodríguez y el doctor Eduardo Sáenz Jiménez, se vieron en esta situación.

Según Sáenz la rutina que debía seguirse para corresponder al modelo de cura sanatorial, no solo se aplicaba a los pacientes, sino también al personal. Por ejemplo él mismo se levantaba a las 8 de la mañana, pasaba visita a cada paciente, a los casos nuevos se les dedicaban 3 o 4 horas para su revisión y es probable que allí terminara su día de trabajo, por lo que le restaba mucho tiempo para descansar, leer, estudiar o realizar cualquier otra actividad eso sí, dentro del sanatorio, por lo que en varias ocasiones solicitó se le trasladara a otro centro de salud, pues no le agradaba la rutina diaria, sin embargo vivió en él durante 4 años y medio.

El Sanatorio Carlos Durán Cartín, era muy utilizado para que los médicos que debían realizar el internado, lo hicieran en él, probablemente aprovechando el que esta era una institución de avan-

zada, con los últimos tratamientos y especializado en la tuberculosis.

El Tisiólogo

La tisiología se fundamentó en los conocimientos anatómicos, clínicos, epidemiológicos y terapéuticos de los trabajos científicos de A. Hubschman, Ghon, Ascoff, Puhl, Gräff, Loeschke, Rich, Schmienke, Letulle y Bezançon, de finales del siglo XIX. (Barceló, 1951: 237)

Algunos de los primeros médicos que trabajaron en el Sanatorio Carlos Durán Cartín, eran especialistas en tisiología, lo que corresponde a decir que eran especialistas en tuberculosis, sin dejar de lado que también tenían conocimiento sobre las demás enfermedades pulmonares. Entre ellos el doctor Raúl Blanco Cervantes tenía título en tisiología, así como el doctor Lenín Sáenz Jiménez quien también llevó a cabo estudios en este campo.

Sin embargo esta especialidad estaba destinada a fracasar al tiempo que se lograra combatir de modo eficiente a la enfermedad, es por ello que la tisiología se unió a la neumología, por lo que perdió su carácter de especialidad y pasó a ser una rama de estudio de ella.

En algunos países del mundo aún se conserva su uso, por ejemplo al consultar la Sociedad de Tisiología y Neumología de la Provincia de Buenos Aires en Argentina esto queda claro. La tisiología como campo médico específico tiene un desarrollo paralelo al de la propia enfermedad, es por ello que se termina el capítulo con la pérdida de este campo, en forma de comparación simbólica a la pérdida de importancia⁽⁵³⁾ de la enfermedad en la medicina moderna.

46 Carlo Forlanini, médico italiano nacido en Milán en 1847 y que falleció en 1918. Fue quien desarrolló el neumotórax. Y la técnica por la cual se realiza es conocida como método Forlanini en su honor.

47 Trato a los enfermos de tuberculosis, en los que se les albergaba en Sanatorios más similares a un hotel que a un hospital, en los que se les sobrealimentaba, se les hacía reposar durante la mayor parte del día y se les ofrecía aire puro y cuidados para curarse de la tuberculosis y otras enfermedades pulmonares.

48 Sepsis: infección por microorganismos en el organismo. Diccionario de la Real Academia.

49 Metástasis: propagación de un foco infeccioso a otro sitio del organismo. Diccionario de la Real Academia.

50 Opiáceas: sustancias derivadas ya sea de la amapola o de la morfina, usadas para aliviar dolor. Diccionario de la Real Academia.

51 Medicamentos que por su formulación, actúan como analgésico, antihistamínico y anticonvulsivo.

52 El médico costarricense Lenín Sáenz Jiménez, fue subdirector del Sanatorio Durán Cartín, así como Director General de Asistencia Médico-Social en los años 1970 a 1973, durante su administración tuvo que avalar el cierre del Sanatorio.

53 Esta pérdida de importancia es simbólica no real, pues en la actualidad alrededor del mundo siguen muriendo muchas personas por la tuberculosis y muchísimas más conviven con la enfermedad durante gran parte de sus vidas. Sin embargo se denota pues para el momento histórico, se creía completamente controlada y por ello se deja a la tisiología como rama específica de la medicina