

6 CONSIDERACIONES SOBRE EL PROBLEMA DE LA LEPROA EN PARAGUAY¹

DR. RICARDO G. UGARRIZA
*Cátedra Dermatológica de la
Facultad de Medicina
y Departamento de Lepra
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción, Paraguay*

Se dice que la endemia leprosa en nuestro país es de índice muy elevado, y Bechelli y Rotberg en su compendio de leprología, en un cuadro comparativo nos asigna el espeluznante índice de 27,5 por mil, basados en datos que el Departamento de Lepra ignora totalmente. Y digo "se dicē" porque no existe a la fecha un censo que pueda dar con exactitud una cifra al respecto, salvo la cifra estimada por el Prof. Dr. Victor Boettner, durante la contienda del Chaco, aprovechando el examen de los combatientes, que arrojara cinco mil enfermos, como se citará más adelante.

I. RESEÑA HISTORICA DE LA LUCHA CONTRA LA LEPROA

En el año 1901 fueron levantados varios ranchos en un barrio de Asunción para aislar, no solamente a los enfermos de lepra, sino también a los de otras enfermedades infecto-contagiosas. Más adelante fueron construídos pabellones anexos al Hospital de Clínicas para aislamiento exclusivo de los enfermos atacados por el Mal de Hansen.

En el año 1918 fué promulgada la Ley No. 315 que declara obligatoria la denuncia, aislamiento y tratamiento hasta su curación, de todos los enfermos atacados de lepra. De acuerdo a la misma ley, el aislamiento y tratamiento se puede efectuar: (a) en el domicilio de los enfermos cuando éstos se sometan en un todo a las prescripciones profilácticas dictadas por las autoridades sanitarias y bajo su control a expensas de aquellos; (b) en establecimientos especiales destinados al afecto cuando los enfermos carezcan de la voluntad o de los medios de hacer efectivo en su domicilio el tratamiento y las medicas profilácticas. Por la misma ley queda prohibida la entrada en el país, de todo enfermo atacado de lepra.

En 1933, en plena guerra Paraguay-Bolivia, y siendo Decano de la Facultad de Medicina el Prof. Dr. Ricardo Odriosola, se crea una "Colonia de Leprosos San Eusebio," a 10 kilómetros de Sapucay. Allí fueron alojados los 78 enfermos recludos en los pabellones anexos al Hospital de Clínicas. Esta colonia dependía de la Cátedra de Dermatosifilografía de la Facultad de Medicina. En mi carácter de Jefe de Clínicas de ese entonces, me tocó actuar en la misma, hasta que se designó un Médico Director.

¹ De la presentación del autor; "Reseña historica de la lucha contra la lepra," a la III Reunión Sanitaria Fronteriza de los Países del Río de la Plata.

En 1936, al crearse el Ministerio de Salud Pública, la colonia pasó a depender de dicho Ministerio con el nombre de Colonia de Leprosos "Santa Isabel." Sigue aumentando paulatinamente el número de internados hasta alcanzar a 400.

En 1942 llega el ilustre leprólogo brasileño Dr. Heraclides de Souza Araujo quien visita la colonia y por su insinuación se crea la División de Sífilis y Lepra del Ministerio de Salud Pública cuyo Decreto No. 10.611 dice textualmente:

POR EL CUAL SE CREA LA DIVISION DE SIFILIS Y LEPROSIA DEPENDIENTE DEL
DEPARTAMENTO DE HIGIENE DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Considerando: Que la Sífilis y la Lepra constituyen dos males que inciden gravemente en la salud de los habitantes del país; y

La necesidad de tener un organismo técnico que centralice y uniforme todos los métodos de prevención y tratamiento de dichas enfermedades a fin de hacer más efectiva la acción del Ministerio de Salud Pública.

efectiva la acción del Ministerio de Salud Pública

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DEL PARAGUAY

DECRETA :

Art. 1. Créase la División de Sífilis y Lepra, dependiente del Departamento de Higiene.

Art. 2. A los efectos de impulsar la acción, esta División dependerá eventualmente hasta nueva disposición del Ministerio de Salud Pública.

Art. 3. Nómbrase al Dr. Ricardo Ugarriza, Director de la División de Sífilis y Lepra.

Art. 4. El Director elevará al Ministerio de Salud Pública, a la brevedad, la reglamentación pertinente que se basará principalmente en la coordinación de la lucha contra estos males.

Art. 5. Impútese el sueldo de Director al crédito del Decreto Ley No. 4.710.

Art. 6. Comuníquese, publíquese y dése al Registro Oficial.

El proyecto de reglamentación fué elevado y puede leerse en el libro intitulado "Conferencias de Audiciones Radiales de Educación Sanitaria" (1942, p. 72), y en el mismo se contemplan puntos cardinales, los que posteriormente fueran confirmados ampliamente en los dos proyectos de lucha presentados por el Dr. Lauro de Souza Lima en 1950 y 1954 respectivamente, a raíz de su misión al Paraguay, para tal efecto, en su carácter de técnico enviado por la Organización Mundial de la Salud.

En 1947, a raíz de la reorganización del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, se crea el Departamento de Lepra por Decreto No. 22.564 del 14 de octubre de 1947, dándose así más jerarquía al problema.

Desde 1942 a 1947, la lucha se encauzó de acuerdo a lo proyectado desde la División, gracias al haberse cumplido con el paso previo previsto: el envío de médicos al extranjero con el objeto de formar leprólogos.

Así funcionaron los dispensarios especializados, en la capital: Centro de Salud No. 1 y Centro de Salud No. 2; y en la campaña, en Concepción, un médico itinerante. La creación del preventorio, modelo internacional en su género, también fué uno de los frutos de la campaña por la División.

Con la creación del Departamento se agilizó la lucha, aunque debió sufrirse un paréntesis de fuerza mayor. No obstante se acantonó el trabajo en el Centro de Salud No. 1 por un lapso de tiempo, contando siempre naturalmente con el leprocomio, muy ampliado y extraordinariamente modernizado, así como con el preventorio, en plena acción. Igualmente, el Instituto de Previsión Social, institución mixta, a través de su consultorio dermatológico, colaboró desde su creación en la lucha, con el Departamento de Lepra.

Nuestra experiencia desde el consultorio del Centro de Salud No. 1 dió lugar a la creación de un sistema revolucionario al decir de Lauro de Souza Lima, basado en filosofía propia del medio ambiente, con resultados óptimos y sobre el que volveremos más adelante.

Por otra parte, con el apoyo privado, comenzó a funcionar en el Hospital de Clínicas, en el Consultorio Externo de la Cátedra de Dermatosifilografía, un dispensario cuyo área de acción correspondía al sector de la ciudad, comprendido al oeste de la calle Alberdi. Ultimamente también, y con la colaboración privada, en la vecina población de Luque, con asiento en el hospital, otro dispensario fué creado, funcionando regularmente hasta la fecha. Los Centros de Salud del interior colaboran precariamente, por falta de personal técnico correspondiente.

Fuerza es reconocer que el esfuerzo desplegado por el escaso número de leprólogos hasta la fecha, para llevar adelante la erradicación del Mal de Hansen en nuestro país es digno de aplauso.

II. FILOSOFIA DEL SISTEMA DISPENSARIAL

En el capítulo anterior comentábamos la presentación de tres proyectos: uno en 1942 de la División de Sífilis y Lepra, y otros dos en 1950 y 1954 del Comisionado de la Organización Mundial de la Salud, Dr. Lauro de Souza Lima en los que pueden apreciarse la coincidencia de tres puntos cardinales, a saber: 1) censo, 2) standardización del tratamiento, y 3) formación urgente de personal especializado.

Gracias a la comprensión de nuestro Gobierno se otorgaron ya algunas becas, y otras están en curso como etapa preparatoria por la colaboración de la Organización Mundial de la Salud, para asegurar el éxito de la futura lucha en gran escala. La standardización de los tratamientos es un hecho actualmente, pues que el advenimiento de las sulfonas y sus derivados, de por sí lo ha resuelto sin mayor esfuerzo. El censo, cuyo método propuesto en última instancia es el extensivo, será pues paulatino, acompañando el desarrollo de la lucha.

El Departamento, en el interín de tiempo en que se solucionaban estos problemas se vió abocado a determinar una medida práctica ante la gravedad de la endemia. De allí que en estudio profundo de la situación planteada fué menester. Pocos caminos habían para elegir, ya que los rumbos están bien delineados en materia de lepra, por los cánones epidemiológicos y profilácticos.

La psicología popular propia de nuestra raza—de carácter muy efectiva—y por ende, el criterio de humanizar en todo lo posible a nuestro alcance la tragedia que significa el estigma de la lepra en un medio ambiente tan pequeño como el nuestro, nos autoriza a pensar en cambiar el antiguo sistema universalmente admitido, basado en el leprocomio como bastión de la lucha, por el del método del control dispensarial.

Recordamos los factores epidemiológicos que están en causa en lepra, a saber: *a)* la naturaleza del agente, muy bien identificable; *b)* su modo de transmisión no bien comprobado aún, aceptándose hoy, no obstante, la contaminación por la exposición y el contacto en los medios familiares y extrafamiliares del enfermo. Por otra parte, la resistencia del sano está supeditada a tantas causas en lepra, entre las que se cuentan la climática, la del agotamiento y la de la subalimentación.

En cuanto al factor anergizante, felizmente en estos momentos se está cumpliendo exitosamente la campaña intensiva de vacunación con BCG por el Departamento de Tuberculosis, procedimiento del que se espera elevará, según las modernas comprobaciones científicas en el campo de la leprología experimental, el factor de resistencia a la infección.

Recordamos igualmente que la profilaxis se basa sobre los conocimientos de la etiopatogenia por una parte y sobre las posibilidades esterilizantes de la terapéutica por la otra.

Bien, la contagiosidad de la lepra es asunto, que aunque se discute aún, está probada, pero no así aclarado cuales son los factores de la transmisión, por consiguiente, cabe contemplar: *a)* la situación que crea el enfermo infectante, al que se lo aparta de los sanos; *b)* a los sanos expuestos a la infección; *c)* la eliminación de todos los medios que permitan transmitir la enfermedad.

Aparece entonces como evidente que la erradicación del mal estaría condicionada a la posibilidad de suprimir la condición de infectante por la acción de una terapéutica eficaz, la que pudiera esterilizar, digamos así, al enfermo en corto plazo o merced a una única y drástica medida: la segregación del leproso. Este método que fué y es de práctica aún en la actualidad no rindió, salvo una honrosa excepción, ni rinde el fruto previsto.

La experiencia de la Edad Media y la de nuestro vecino, me refiero a los Estados Unidos del Brasil, son aleccionadoras. Eso sí, crea el estigma infamante de la lepra, extensivo a los familiares.

Quien ingresó en un leprosario es y será ante sí, ante los suyos y ante la Sociedad: un leproso! Su recuperación integral, si nó imposible, será deficitaria en un medio ambiente pequeño como el nuestro.

Un conciente balance de estas reflexiones mínimas y otras más, entre ellas el costo del internado al fisco y la carga a la Sociedad que significan la creación de nuevos leprosarios, nos indujeron a apartarnos del sistema clásico, para optar, con el advenimiento de la sulfonoterapia intensiva, como norte de la lucha: el dispensario, verdadero engranaje maestro que

debe mover en perfecto sincronismo todas las demás piezas que se traban en la batalla para erradicar el mal.

Con este criterio revolucionario—el que reivindicó una vez más para nuestro país en esta oportunidad—iniciamos desde 1947, desde el Centro de Salud No. 1, el control del movimiento, fichando y asistiendo desde allí, para la fecha, un inmenso número de enfermos de todas las formas clínicas de lepra, salvo aquellos cuyo estado o sus lesiones físicas no le permitían concurrir al consultorio. Mientras, el preventorio ocupa siempre el lugar asignándole por su importancia como medio de recuperación social del niño y el leprocomio se mantiene como medio coadyuvante en la lucha, ya que alguna vez debe desaparecer.

Así fué como, siguiendo paso a paso la línea de conducta tracada, de este método revolucionario al decir de Lauro de Souza Lima, llevamos a la III Conferencia Panamericana de Leprología, realizada en Buenos Aires en Diciembre de 1951, nuestros primeros—y halagadores, por cierto—resultados, los que fueron ampliamente considerados y estudiados. Criterios favorables y desfavorables hubieron, como era de esperar ante un tal sistema.

Concluíamos en esa oportunidad que nuestro método de campaña dispensarial intensiva, sin distinción de formas clínicas, se resumía en los siguientes mínimos beneficios:

- a) Facilitar el examen de contactos;
- b) Ahorrar tiempo, energía y dinero;
- c) Humanizar el trato del enfermo;
- d) Ejercer ponderable influencia psicológica (estigma de lepra);
- e) Evitar la resistencia natural a la internación;
- f) Evitar la reinfección;
- g) Facilitar problemas inherentes al aislamiento, tratamiento y examen sistematizado.

Estas consideraciones las sentí necesaria, porque más propicia no podía ser la oportunidad—la de esta magna reunión de tan distinguidos colegas aquí presentes, a los efectos de poder imbuirles de los puntos de vista de nuestra ponencia ante un grave problema internacional que gravita realmente con mayor intensidad de lo que aparenta.

III. LABOR REALIZADA DESDE 1953 A 1955

De acuerdo a lo que venimos de exponer en el capítulo anterior, esquematizamos el tercero fundamental en que se apoyan nuestras acciones al encarar la lucha con asiento básico en el dispensario. He aquí la gráfica correspondiente:

Así, los casos del dispensario a internar son más numerosos que los de alta condicional del leprocomio, los que deben ser controlados desde el dispensario para su alta definitiva.

Igualmente, a medida que aumenta el caudal de enfermos de los dispensarios, el número de niños sanos que serán patrimonio de la protección médico-social, por intermedio de preventorios, irá en paulatino aumento;

en cambio, muy escasos serán aquellos que deban ser devueltos por aparecer en ellos manifestaciones activas de la enfermedad.

En cuanto al flujo entre leproscario y preventorio, es recional que sea muy superior del primero hacia el segundo, dado los nacimientos que se registran y muy raro el caso del de un niño que deba ser internado.



FIG. 1. Las flechas indican el movimiento de los casos y los trazos están cargados proporcionalmente al volumen del movimiento.

Sería inoportuno establecer aún el porcentaje de estos movimientos, por razones obvias.

Antes de dar los cuadros que corresponden al trabajo efectuado desde enero de 1953 a julio de 1955, abordaremos algunas consideraciones indispensables para poder apreciar los mismos.

En el Capítulo II citamos tres puntos cardinales en el proyecto de lucha, de los que el primero correspondía al censo. Existe en realidad un censo, que data de 1933, levantado por el extinto Prof. Dr. Victor Boettner, basado en un examen sobre los combatientes, el que arrojó cinco mil enfermos.

Desde entonces no fué factible encarar un censo intensivo ni extensivo, salvo el llevado a cabo en concepción, precariamente, donde en dos meses, el médico itinerante de la División de Lepra, con colaboración y asiento en el Centro de Salud de la localidad, fichó cien enfermos de la zona (45.000 habitantes).

Para la mejor estimación del trabajo, tenemos a la vista un organograma del actual proyecto del Departamento de Lepra en el que puede apreciarse con trazos llenos lo que corresponde a lo existente, vale decir a las reparticiones con asiento de tarea efectiva (Fig. 2).

Con esta mínima expresión, desde 1947 a la fecha se han fichado un total de 1.590 enfermos, sin contar los 400 que alberga el leprocomio, ni los que los Centros de Salud de la campaña y los médicos privados no denuncian al Departamento. Por otra parte, el preventorio tiene internado 120 niños de ambos sexos.

Este número de enfermos quedó supeditado al deseo y voluntad de los mismos de llegar hasta los centros respectivos, inclusive la Colonia "Santa Isabel," para gozar de los beneficios del internamiento. La com-

pulción, puede decirse que no fué menester, salvo alguna rara oportunidad. Esta cifra representa, si me aceptan la expresión, la de un control por "vis a tergo."

No debe extrañar, pues, que las cifras correspondientes a la labor efectuada desde 1953 a 1955, en 31 meses, impresionen como escasas. En

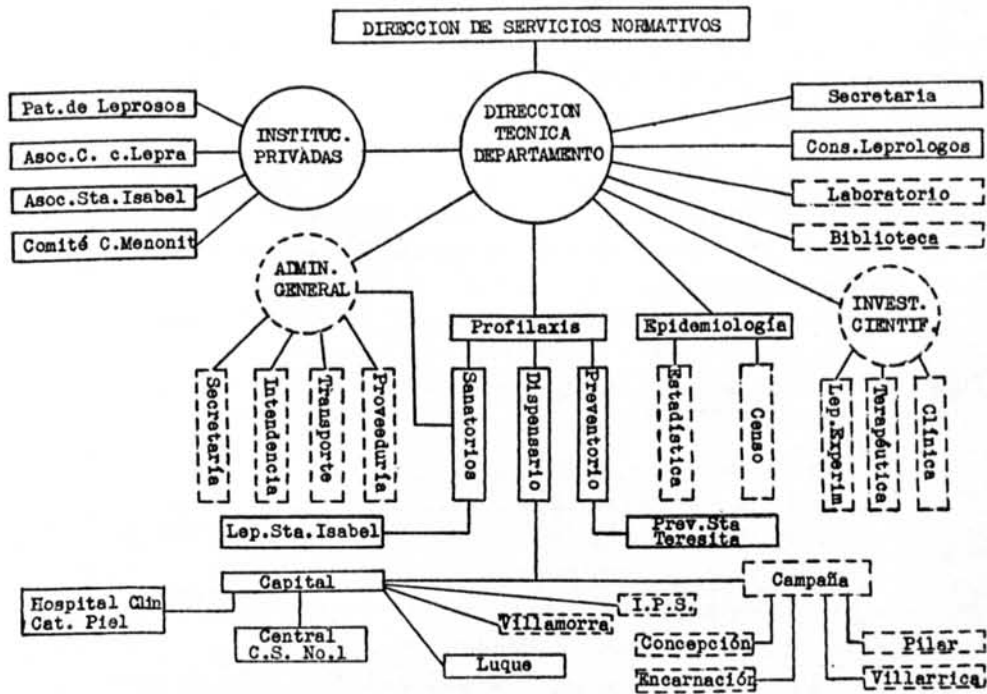


FIG. 2. Existentes: ————— En proyecto: - - - - -

este periodo de tiempo se han encontrado 516 casos—301 hombres y 215 mujeres—o sea un promedio mensual de 16.6 casos—9.7 hombres y 6.9 mujeres.

Aquí cabe recordar que se admite, que por cada caso, corresponde examinar cinco convivientes, lo que para 516 casos significa una cifra de 2.580. Del somero análisis del organograma de funcionamiento actual, no escapa la imposibilidad de cumplir eficientemente esta importante tarea.

Al no disponer del personal necesario para visitar y estudiar y fichar los convivientes, adoptamos por atraerlos por un mecanismo especial. Pedimos sistemáticamente al nuevo fichado, luego de su segunda concurrencia al consultorio, que nos envíe, según la nómina de su ficha, al primer anotado conviviente, para entregarle medicamentos a los efectos de seguir su cura. Y así sucesivamente, invitamos, a veces con mucho éxito, a los demás de la lista, hasta completar el examen de los familiares y contactos. El número de convivientes actualmente examinados, 238, no es muy elevado, como debiera, pero vuelvo a insistir que está exclusivamente a la voluntad del conviviente.

El total de los enfermos y convivientes examinados por primera vez, 754 (24.3 por mes), significa el trabajo correspondiente al tiempo en causa.

Vale recalcar que el médico trabaja con una auxiliar y debe practicar el examen clínico minucioso y completo, frotis, biopsia y Mitsuda. Debe escribir de su puño y letra la historia clínica completa, anotar y controlar los resultados. Indicar, anotar y controlar la terapéutica y evolución de la misma. Dar las indicaciones. Hacer educación sanitaria.

Si se reflexiona sobre este mecanismo, el *vis a tergo*, que por su expresión pareciera indicar un trabajo insignificante, sobrecarga y satura ampliamente ya nuestros dispensarios en este momento. A no ser por la regular deserción y el gran mejoramiento rápido de nuestros enfermos, quienes así no necesitan recurrir con tanta asiduidad al consultorio, nuestra tarea sería casi imposible.

Para reflejar lo expresado anteriormente, va a continuación las cifras del movimiento anual del Consultorio del Centro de Salud No. 1 "Gral. Dunham" correspondiente al tiempo que nos ocupa, vale decir, desde I-1953 hasta VII-1955.

| | |
|---|--------|
| Consultas dadas en 1953 | 4.714 |
| Consultas dadas en 1954 | 6.868 |
| Consultas dadas hasta julio, 1955 | 3.490 |
| Total | 15.072 |

Vemos pues, que en el tiempo indicado, solo en un dispensario se dieron 15.072 consultas para piel, y en el mismo se hallan fichados 1.160 casos.

IV. PONENCIAS²

1. Creación de un Comité Mixto con el objeto de realizar reuniones periódicas de fronteras.
2. Visitas regulares de los funcionarios de Departamentos de Lepra de los países signatarios a los distintos servicios, en particular a los de las fronteras.
3. Unificar la legislación, en materia de profilaxis de lepra, entre los países limítrofes contratantes.
4. Propender a una educación sanitaria sincrónica internacional.
5. Permitir el tránsito sanitario internacional de los hansenianos bajo el control de los respectivos Departamentos de Lepra.
6. A los efectos del Art 5, unificar y permitir el intercambio de fichas epidemiológicas especiales para el efecto.

² This section consists of suggestions offered at the conference in which the paper was read. At the author's suggestion other parts of this section have been eliminated.
—EDITOR.

ABSTRACT

The first step concerning leprosy in Paraguay was taken in 1901 when several buildings were constructed in Asunción for the isolation of cases of leprosy and other contagious diseases. A law providing for the compulsory segregation of all cases of leprosy, at home or in special institutions, was promulgated in 1918. In 1933 a colony called San Eusebio was established near Sapucaý; in 1936 the name changed to Santa Isabel, and the capacity was increased to 400. In 1942 there was created in the Ministry of Public Health a division which is now the Department of Leprosy, of which the author is in charge. Besides the colony, there are two dispensaries in the capital where leprosy patients are treated, and in Concepción there is an itinerant physician. A preventorium has also been created.

A design for an antileprosy campaign, planned with the advice of de Souza Lima representing WHO, is discussed. This is dependent on census, standardization of treatment, and development of specialized personnel, and based on the dispensary system. The existing conditions and problems are considered. The organization, existing and projected, is shown in a diagram.

There has been no leprosy census in Paraguay. Boettner, from findings among troops, estimated 5,000 cases. In Concepción (population 45,000), 100 cases are known. In total, 1,590 cases have been recorded since 1947, not counting 400 in the lepro-sarium and those not reported by the sanitary personnel and private physicians. In 31 months, 1953-1955, a total of 516 cases (301 men, 215 women) were found, which indicates a count of 2,580. The preventorium has 120 children.

A scheme for international cooperation of neighboring countries is suggested.