

# La Enfermedad de Hansen en su nueva dimensión

LUIS M. BALIÑA, JUAN C. LÓDOLO, JOSÉ LUIS ROMERO VILLAR, JULIO I.  
BASOMBRÍO, JUAN C. GOYENA, A. DE SIMONE y M. ISSE MOYANO

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

---



Por la convergencia de felices circunstancias se formó en el seno de nuestra Universidad un equipo interdisciplinario, que al correr de los años 1965 y 1966 fue elaborando un proyecto que reemplazase la actual ley de Lepra. La Sociedad Argentina de Leprología lo hizo suyo, y así fue presentado a las autoridades.

Participaron: El Dr. Luis María Baliña, profesor de Dermatología, junto con el Dr. Juan Carlos Lódolo, también Dermatoleprólogo; el Dr. Juan Carlos Goyena, camarista en la actualidad y profesor de Derecho del Trabajo en ambas Universidades, que tuvo a su cargo dar la debida forma jurídica a lo propuesto en anteriores estudios y encarar las posibilidades de una adecuada previsión social; y el Padre José Luis Romero Villar S. J., que aportó el conocimiento de las situaciones humanas de los enfermos adquirido, primero en largos años de trato con internados y más tarde entrevistando también a pacientes sujetos a tratamiento ambulatorio en dispensario. El Dr. Julio I. Basombrío, psicoanalista, estudió los aspectos de Psicología Profunda, de tanta significación en este tema. Más adelante se interesó el Dr. Puigbó, decano entonces de la Facultad de Política, quien por cuenta de su cátedra de "Desorganización Social", promovió una investigación a cargo de las sociólogas Srtas. A. De Simone y M. C. Isse Moyano, cuyo resultado definitivo está en elaboración, pero cuyo planteo y preparación nos parece interesante anticipar con las primeras respuestas.

La presentación se hará en la siguiente forma:

1.—*Análisis de sus diversos aspectos:*

1. 1.— *Aspecto médico* (Dres. Luis M. Baliña y Juan C. Lódolo).
1. 2.— *Aspecto sanitario* (Dres. Luis M. Baliña y Juan C. Lódolo).
1. 3.— *Aspecto humano* (lic. Padre José Luis Romero Villar).
1. 4.— *Aspecto psicológico* (Dr. Julio I. Basombrío).
1. 5.— *Aspecto legislativo general* (Dr. Juan C. Goyena).
1. 6.— *Aspectos legislativos en los diversos países del mundo.*
1. 7.— *Aspecto sociológico* (sociólogas A. De Simone y M. Isse Moyano).

2.—*Anteproyecto del capítulo “Enfermedad de Hansen” del futuro Código Sanitario Nacional, sección “Enfermedades transmisibles”.*

3.—*Bibliografía.*

1.—*Análisis de sus aspectos médicos, sanitarios, humanos, psicológicos y legislativos en nuestro medio y en los diversos países del mundo.*

1. 1. ASPECTO MEDICO:

1. 1. 1.

*La historia de la leprología contemporánea* comienza en 1874 con el hallazgo del bacilo ácido alcohol resistente por G. Armauer Hansen. Con ello termina el concepto de una enfermedad mágica, por maldición o por miasmas. Y la lepra comienza a ser sólo una enfermedad transmisible más a germen conocido.

En 1943 se produce un episodio quizá de más trascendencia aún: con el advenimiento de las sulfonas y de otros quimioterápicos Faget<sup>1</sup>, el autor que introdujo su uso en la lepra, puso así un jalón que separa la era presulfónica de la era sulfónica, vale decir un jalón que separa la prehistoria de la historia de la leprología contemporánea.

1. 1. 2.

Con el fin de la era presulfónica quedan archivadas para la historia y superadas la incurabilidad de la enfermedad, las mutilaciones que provocaba, su fama de ser la enfermedad terrible por antonomasia, su presunta gran contagiosidad (que se debía, como lo demostró Hudson<sup>2</sup> a la confusión medioeval con la sífilis que contagia al primer contacto); y desaparece también la segregación obligatoria y la expulsión del paciente fuera de las murallas de la ciudad como único recurso sanitario.

1. 1. 3.

Con el ingreso en la era sulfónica y quimioterápica no sólo se ha logrado que todos los pacientes respondan al tratamiento y que reduzcan o eliminen su contagiosidad, sino que ha variado substancialmente su epidemiología, como veremos al analizar el aspecto sanitario. La terapéutica actual, señala la O. M. S., reduce efectivamente la infección en los enfermos de lepra, y por consiguiente su contagiosidad; se considera como el arma más poderosa con que se cuenta en todas partes para la lucha contra la

enfermedad<sup>7</sup>, y por tanto ha variado la conducta a seguir con el paciente cuya enfermedad ha sido detenida y al que vale la pena rehabilitar en el amplio sentido de la palabra.

#### 1. 1. 3.

Acertadamente dice Brandt, el destacado cirujano británico que actúa en la India, que después de la adquisición de los quimioterápicos la leprología ha logrado otra etapa casi tan trascendente con la utilización de la rehabilitación.

“Rehabilitación es un proceso continuo de servicios profesionales integrados físicos, sociológicos, sociales, educativos y vocacionales necesarios para revelar o restituir de la manera más completa la capacidad mental, social o física de una persona incapacitada” (2ª Conferencia Internacional de Servicio Social, Brasil, Petrópolis 1962).

Hoy en día, pues, en todos los centros bien organizados, además de proveérseles a los pacientes quimioterápicos para detener su enfermedad, aun aquellos lisiados de la era presulfónica, deben ser rehabilitados con los recursos quirúrgicos, plásticos, ortopédicos, fisiátricos, psicológicos, etc., para que recuperen sus capacidades disminuidas.

#### 1. 1. 4.

En suma, *lepra en 1967* es una enfermedad transmisible más, curable, no hereditaria, de escasa contagiosidad. El 50 % de los pacientes tienen una forma clínica que no es contagiosa. Es la forma clínica tuberculoide que, como una gran parte de las formas indeterminadas, no merecen ni siquiera el rótulo de lepra. Pero la ignorancia popular y aun de los médicos al respecto hace que estos pacientes sufran en la vida diaria y en las reglamentaciones laborales tanto como los de lepra lepromatosa.

Ultimamente se ha demostrado que para contagiarse se requiere poseer un factor genético<sup>8</sup>. Vale decir, que todas las personas no tienen susceptibilidad a la enfermedad, pero cuando se da en una familia hay que controlar con meticulosidad a sus miembros que pueden tener el mismo factor genético. Se contagia el 5 % de los convivientes por contacto reiterado piel a piel.

#### 1. 1. 5.

En Argentina, sobre 22.000.000 de habitantes puede calcularse que existen 20.000 pacientes de lepra o quizá 30.000, cifra que se obtiene multiplicando por 2 ó por 3 la cifra 11.416 que provee el registro de enfermos de la Dirección de Lepra. Ello significa que hay un índice de prevalencia de 1 a 2 enfermos por cada mil habitantes.

#### 1. 1. 6.

En el mundo, la lepra es una enfermedad que afecta a unos veinte millones de personas. Asia es el mayor foco de la enfermedad. Africa Occidental y Ecuatorial son las partes más afectadas de ese continente. Es una enfermedad prevalente en las regiones tropicales y subtropicales, especialmente las húmedas como las mesopotámicas<sup>4</sup>.

## ASPECTO SANITARIO

### 1. 2. 1.

*La historia de la epidemiología* de la lepra revela que los escritos chinos de los vedas (1.400 años antes de J. C.), así como los pueblos bíblicos, conocían la lepra. Pero estos últimos la agrupaban con todas las enfermedades contagiosas, destructivas o desfigurantes (micosis profundas y superficiales, tumores benignos y malignos, treponematosi, vitiligo), y todas ellas recibían en el lenguaje bíblico primitivo la designación "tsaraath", que posteriormente fue reemplazada por la palabra lepra, cuya etimología viene de "liber", que significa rugosa, como la corteza de un árbol.

Cochrane<sup>3</sup> ha demostrado que la palabra lepra y tsaraath heredaron, con el concepto de enfermedad bíblica, toda la carga negativa que correspondía al conjunto de enfermedades pestilenciales. Y en todas ellas el único recurso que poseía la comunidad para defenderse era segregar al paciente de las comunidades sanas, darle una capucha verde para que fuera reconocido de lejos por los transeúntes y hasta una campana para que no se le acercasen los viajeros.

Después de esa primera reacción primitiva en la labor sanitaria leproológica, aparecieron las instituciones dedicadas a la internación de estos pacientes, que han perdurado a través de siglos con diversos grados de evolución. Inicialmente los leprosarios o lazaretos eran sólo depósitos, por decirlo así, de enfermos incurables, donde sólo se administraba el aceite de chaulmogra, de escasa eficacia terapéutica, o las más diversas pociones o extractos de la vieja farmacopea del lejano Oriente.

Con el siglo XX comienza una lucha epidemiológica fundada en el llamado trípode estático: sanatorios colonias, dispensarios para atender a las formas clínicas menos llamativas y preventorios para los hijos sanos de los pacientes de lepra. Este esquema ha sido superado, pues mantenía tres instituciones estáticas, que implicaban, dos de ellas, al menos, una amenaza para el enfermo o sus hijos. El sanatorio colonia en la época de la segregación compulsiva era la etapa terminal de la persecución al paciente, y por lo tanto el foco de irradiación del prejuicio, la escuela o la universidad del prejuicio, donde se atendía a unos pocos pacientes, pero desde donde se atemorizaba a muchos, que se alejaban del reconocimiento médico por ese motivo.

### 1. 2. 2.

*El criterio epidemiológico contemporáneo* ha cambiado fundamentalmente porque, como afirma el Comité de Epidemiología del VIII Congreso Internacional de Leprología de Río de Janeiro de 1963: "el aislamiento indiscriminado y compulsivo en la lepra es condenado"<sup>5</sup>. Puede decirse que el gran aislamiento actual es el aislamiento químico, que realiza el paciente que se trata tomando quimioterápicos. Ahora el trípode de la lucha es fundamentalmente dinámico y se centra sobre: la educación sanitaria, la formación de personal y la investigación científica<sup>6</sup>.



### 1. 2. 2. 1.

*La educación sanitaria* es el proceso de formar hábitos adecuados con respecto a la salud y a la enfermedad en las personas y en la comunidad. La educación sanitaria con respecto a la lepra incluye el conocimiento de los conceptos contemporáneos de la era quimioterápica y sus implicaciones en la epidemiología, la terapéutica y la rehabilitación del paciente. La rehabilitación es un proceso clave en el nuevo espíritu que adoptan los sanatorios colonias que aún subsisten y los hospitales generales donde se integran los pacientes de lepra para poder recibir la atención de las diversas especialidades.

### 1. 2. 2. 2.

*Necesidad de técnicos.* "El problema vital es la necesidad de un número suficiente de técnicos. De suma urgencia es, pues, el formarlos, y una vez formados ubicarlos con decorosa remuneración". Afirma la Comisión designada por la Resolución Ministerial N° 4277 del Ministro de As. Soc. y Salud Pública<sup>7</sup>.

*La formación del personal* incluye tres estratos:

- a) *El personal médico especializado* que actuará en los establecimientos dedicados a los pacientes de lepra o en aquellos en que se cumpla la ansiada integración de estos pacientes de lepra con otros vinculados por algún aspecto.
- b) *El personal médico general* de la comunidad, que ha comenzado a jugar un papel clave en la epidemiología contemporánea a través del diagnóstico precoz y que requiere una elevada motivación de los claustros universitarios.
- c) *El personal llamado auxiliar*, que incluye no sólo a las enfermeras y los asistentes sociales, sino también el personal administrativo, de conducción de vehículos y de maestranza. Este personal no sólo debe participar del secreto profesional, sino también debe estar motivado y consciente de que no cumple sólo una función, sino que una misión de la que es responsable ante la comunidad.

### 1. 2. 2. 3.

*La investigación científica* es la técnica de adquirir el mecanismo de los procesos íntimos de seres y materias, pero más aún es una actitud del espíritu, que no se satisface hasta que día a día van explicándose nuevos aspectos de cada uno de esos procesos.

La leprología moderna requiere investigadores de enjundia, fondos para la investigación y que los organismos estatales y privados le estimulen, porque sólo así se lograrán resolver diversos enigmas inmunológicos, genéticos, epidemiológicos, bacteriológicos y sociológicos que queden por resolver. Si cada núcleo de trabajo leproológico dedica tiempo y fondos a la investigación y luego se intercambian las experiencias en reuniones científicas, el paciente de lepra va a ser beneficiado tanto como la comunidad.

### *¿Qué hacer con los actuales sanatorios colonias?*

El Congreso de Leprología de Río da una respuesta clara<sup>5</sup>:

“Recursos actuales para asistencia nosocomial, todavía son necesarios para aquellos pacientes en estado agudo reaccional, para los resistentes al tratamiento de rutina, los intolerantes a las drogas o los que necesiten de la cirugía reparadora u otras medidas de rehabilitación. Para ello pueden recomendarse pequeñas unidades. Estos recursos serían localizados próximos, vinculados o integrados a un hospital general a fin de que se beneficien los servicios o de las diversas especialidades.

En los países con recursos adecuado ya existentes, los casos más infectantes podrían ser persuadidos a internarse en sanatorios. El período de internación precisa ser breve, el suficiente apenas para la regresión clínica y la reducción de la contagiosidad. No se exigirá para el alta una serie larga de extendidos negativos. Una rápida renovación de enfermos en los sanatorios con transferencia precoz para el dispensario, reducirá la posibilidad de desajuste social debido a la internación.

Debida consideración deberá ser dispensada a los casos quemados, a los indigentes y los irrecuperables. Se debe todavía de tener cuidado para que esa categoría de pacientes y aún más los negativos reiterados no absorban los recursos existentes.

Esos sanatorios constituyen también centros de investigación para entrenamiento de personal de todas las categorías y para la ejecución de cirugía especializada. Gran parte de sus actividades debe ser orientada para la rehabilitación.

Los leprosarios deben ser adaptados al desempeño de esas funciones. La construcción de nuevas construcciones grandes positivamente no es recomendada. Los recursos hospitalarios deben coexistir con el tratamiento ambulatorio, complementándose; pero los esfuerzos empleados para la hospitalización no deben llegar a drenar la organización y la eficiencia de los dispensarios porque éstos constituyen la esencia del control de la lepra”.

## EL PROBLEMA HUMANO

### 1. 3. 1.

*Planteo general.* Este proyecto parte de una visión general del problema: que a más de darse una enfermedad con todas sus implicaciones médicas, se da un problema humano de extraordinaria hondura y profundidad, y que no es posible atender a uno sin descuidar el otro, no sólo porque, como lo señala la experiencia internacional, la misma eficacia médica se vería entonces seriamente comprometida, sino también porque las medidas sanitarias aplicadas indebidamente pueden agravar y fijar lo que ha de ser calificado como un mal psíquico de la población sana. La comprensión del proyecto, por lo tanto, supone el reconocimiento de que existe

un problema sanitario, un problema social, un problema psicológico, y que todos estos aspectos deben ser encarados simultáneamente al momento de legislar.

### 1. 3. 2.

*El problema humano.* Podría sintetizarse expresando que existe en nuestra población:

a) Conceptos erróneos acerca de la enfermedad. Se ignora en general, incluso por médicos, la situación real del mal en el presente. Esto lleva naturalmente a actitudes indebidas. b) Esto no es todo. Se da también un *prejuicio* en su sentido técnico: *fijeza irracional en una actitud o en juicio con una resistencia racionalmente injustificada para modificarlo.*

A qué extremos puede llegar se nos hace patente cuando advertimos que enfermos dados de alta por la autoridad competente pueden ser rechazados en su medio y más aún por la familia y por los propios padres. Que al sólo oír "lepra" se despierta en nosotros una imagen estereotipada de impureza y rechazo, es cosa de inmediata experiencia subjetiva, y toda la literatura sobre el tema nos ilustra de los lejanos orígenes y evolución de este prejuicio que heredan hoy nuestros enfermos, por más que su enfermedad tenga poco que ver con lo significado por la palabra milenaria que incluía al menos otras cuatro enfermedades, entre ellas la sífilis, hoy perfectamente distinguidas.

La sicología profunda, por otra parte, nos ilustra acerca de los mecanismos proyectivos aquí en juego, lo suficiente para mantenernos alerta también frente a nosotros mismos. Se trata, por lo tanto, de una situación humana compleja, imposible de desconocer porque destroza vidas enteras. Nos parece también que el "espíritu" de una legislación puede incidir no poco, y que debemos prestarle escrupulosa atención.

### 1. 3. 3.

*El espíritu de la ley.* Entendemos por esto la actitud fundamental, el enfoque con que el legislador encara la situación. Están, por supuesto, los datos objetivos que le son dados, mas está también el "modo" de abordarlos.

El Dr. Rafael Bielsa dice, refiriéndose a la ley 11359, que esta ley se justificaba porque la enfermedad se propagaba de modo "alarmante"; los gobiernos provinciales eran negligentes y el Congreso dicta "medidas enérgicas" en las cuales incluso se extralimita en cuanto "al poder de policía, que es local". (Derecho Administr. IV, pág. 240, 5ª ed.). Por otra parte, esta ley lo es de "policía de higiene" y constituye todo el régimen legal de la lepra. Desde nuestro punto de vista, todos estos elementos tienen una connotación afectiva que se transparenta a través de los artículos, en las expresiones que usa y en la importancia y relieve con que hace resaltar ciertos aspectos y no otros. Y se nos hace evidente a la primera lectura, que los legisladores han encarado el problema enfermedad con ese cierto nerviosismo propio de las situaciones de emergencia cuando la autoridad

necesita la ley para aplicar con rigor las medidas drásticas que están urgiendo. En 1926 se legisló de esta manera, y sin abrir juicio, digamos que quizá pudo en aquel momento justificarse una actitud semejante. Pero ¿se justificaría hoy? Son los especialistas los que han de suministrar los datos objetivos, las estadísticas y la gravedad real y posible de la enfermedad, pero las recomendaciones mismas de los Congresos Internacionales de Leprología nos advierten que una manera policial no es justamente la más eficaz, y así también lo afirma la ley mejicana en sus considerandos. Indaguemos por qué.

1. 3. 4.

*La concepción autoritaria.* Cabría este modo de encarar la ley:

- Fuerte relieve dado a la autoridad remarcando sus poderes y hablando de las obligaciones, pero de los súbditos.
- La persona es rotulada como “enfermo” y más aún como “peligroso”. Se asume resueltamente la defensa de la comunidad sana. A los así catalogados la autoridad “aplica” medidas, que son, por supuesto, las propias de un cordón sanitario.
- Se pone énfasis en las sanciones. En el fondo, el otro es mirado como quien puede estar buscando la fisura para infringir la ley y escapar al control que se le impone, una especie de delincuente en potencia.
- La ley significa de hecho un instrumento de poder, un arma que la autoridad necesita para imponerse.

Advirtamos que estos elementos no pueden omitirse en toda ley que debe marcar el ámbito de los “casos” que cubre, las atribuciones de la autoridad, y tener en cuenta con realismo las posibilidades de infracción. En cierto sentido toda ley es autoritaria, y más aún una ley de emergencia y de policía. Pero hay que preguntarse qué incidencia puede tener este modo de enfocar la situación en el problema humano que nos preocupa.

1. 3. 5.

*Consecuencias.* En efecto, se puede dar como probado que existe un tipo de relación entre el tipo de personalidad que se denomina “autoritaria”, y el prejuicio, y lo que nos esforzamos en señalar es que una ley cuyo espíritu lo sea de alguna manera, inevitablemente estimulará esas tendencias menos sanas en las autoridades encargadas de las medidas sanitarias y el prejuicio con toda la morbosidad que entraña arraigará aún más en la población.

Es bien sugestivo que ya a simple vista se evidencie la similitud entre los elementos que caracterizarían una ley de corte autoritario y el esquema de relación que establece con el otro la persona prejuiciosa:

- Catalogación del otro con un rótulo que lo despersonaliza. Ya no es el Sr. Tal, ni siquiera un hombre con vida autónoma personal; es un “enfermo”, un “leproso”, un “negro”, etc.
- Decreta su rechazo. Se autoatribuye la facultad de eliminarlo, de manejarlo, que se le ponga lejos, se le confine.

- Allá se le pueden dar bienes y sustento, pero allá. Él debe expiar lejos la falta, el "pecado" que se le ha hecho cargar.

Es decir, que el riesgo es real. Con la mejor buena voluntad y barajando estadísticas y datos objetivos, podríamos también nosotros ser manejados o al menos favorecer un mecanismo irracional que despersonalice nuestra relación con los enfermos y su situación. Sería una pena. Vidas perfectamente recuperables y fecundas para la sociedad se marchitan marginadas irracionalmente de todo trato por sus seres más allegados y constituyen no pocas veces una carga económica y social para la comunidad misma. Esta frustración es absurda.

La ley no puede suprimir el prejuicio, ello es bien sabido. Pero es igualmente evidente que como hecho social de gran importancia orienta la atención del público y de las autoridades, y así activa, cambia, modifica, influye todo ese torrente dinámico de imágenes, sentimientos, reacciones, a más de proveer de un arma legal de apelación. Los negros lo saben muy bien en Estados Unidos cuando libran sus batallas por una legislación.

En otras palabras, que se pedirá al legislador se haga sensible a todo el complejo situación-lepra para que pueda tenerlo en cuenta en el fondo y forma de legislación. Un planteo de sólo medidas sanitarias puede resultar nocivo. Está en juego el bien *total* del sujeto como persona, y el bien de la parte no enferma de la comunidad que manifiesta tendencias menos sanas en su psiquismo. Hagamos ahora un intento de concebir cómo habría de ser tal legislación, y partamos de sus últimos fundamentos.

1. 3. 6.

*La ley sana.* Podríamos caracterizarla con la palabra *solidaridad*. La comunidad no rechaza sus miembros dolientes, los reconoce como suyos, los ampara. Sus males provienen de la vida, de una situación de la humanidad de la que formamos parte y entre todos debemos de llevar la carga. "Hoy por ti, mañana por mí". Este es el presupuesto fundamental que debe aparecer visible en cada artículo, en cada frase de la ley. Es lo que da un matiz muy distinto a la notificación, a la inspección, a la dolorosa internación cuando es exigida. Estas medidas sanitarias, vividas así en un clima hondamente solidario se toman como recurso inevitable de protección y se apela a los sentimientos más nobles del enfermo mismo, que como la experiencia enseña, no pocas veces es el primero en eludir el posible mal de los suyos. El error profundo de una ley de corte autoritario sería su insensibilidad para la *real* situación humana planteada. Actúa a golpetazos de autoridad mecánica impersonal, supone una intención aviesa en cada enfermo, cree dar soluciones "positivas" y en realidad destroza. No advierte que si bien las precauciones son necesarias e incluso el aislamiento en los debidos casos, el *rechazo emocional* del enfermo jamás está racionalmente justificado, y que deslizarse del uno al otro es un verdadero asesinato psíquico. Igualmente sería ciega para algo evidente, y es que la enfermedad es una lotería de la que pocos se saben seguros, y que un proceder persecutorio nos colocaría a cada



uno en una ansiedad fundamental al poner en tela de juicio la solidaridad de una comunidad que en la mala nos condenaría a morir en vida a nosotros o a nuestros seres queridos. Y ¿quién se va a presentar espontáneamente, quién va a buscar un diagnóstico precoz, decisivo para controlar la enfermedad, si el sólo caer bajo el rótulo equivale a entrar en "otro mundo", según palabras de un enfermo? Cualesquiera hayan sido sus resultados sanitarios, mirada desde el punto de vista pcosocial y prescindiendo además de la época, la ley 11359 nos parece burda y debe ser actualizada no sólo en lo médico, sino también y acaso más aún en sus aspectos humanos.

### 1. 3. 7.

*Lo central del problema humano.* Se trata de algo muy básico en nuestra condición de hombres: nuestra actitud ante el sufrimiento de la vida. Aquí radica el vértice. Apartar el mal con dos machetazos y ponerle al otro bajo cordón sanitario, a más de los posibles elementos objetivos, racionales, bien puede también significar que el yo en su interior está así exorcizando mágicamente sus propias frustraciones que no acepta, y se las hace pagar al otro. Al esclarecernos este mecanismo inconsciente del prejuicio, la psicología profunda nos ha aportado un dato decisivo por lo orientador.

Una ley que nos ayudase a tomar conciencia de que *todos* somos sufrientes, cada uno a su modo, de que en un sentido profundo lepra tenemos todos y nos estimulase a reconocerlo, sería una legislación sana en su plena expresión y educaría actitudes solidarias con todos sus conciudadanos en momentos de desgracia. Nos ayudaría a conseguir nuestra estatura completa de hombres. Pero si por su índole o por su estilo estereotipase a un grupo y favoreciera así que nos la desquitásemos con ellos evadiéndonos de asumir nuestra vida y nuestros males, tal ley debería de calificarse de peligro público.

### 1. 3. 8.

*Política sanitaria.* Ésta es la última razón que nos persuadió que no debiera legislarse a modo de reglamento dispositivo de medidas a ejecutarse. Se hace necesario una ley que fije los objetivos de una amplia política sanitaria, que exprese los principios que han de regir la actividad de los organismos sanitarios, dejando para su reglamentación el concretar las disposiciones últimas inmediatas, porque la índole del problema es tal que se hace imprescindible esclarecer el sentido de ellas, y la visión general profunda que ha de orientarlas.

Puede crearse un problema a los juristas para ubicar el proyecto en la actual legislación sanitaria, cuya índole parece consistir más bien en medidas que se fueron tomando al correr de las necesidades<sup>1</sup>. Pero cualquiera que se haya interesado verdaderamente por los aspectos humanos advertirá la insuficiencia de tal proceder. Un ejemplo entre muchos: la notificación

<sup>1</sup> Así lo expresa la introducción al Proyecto de Código Sanitario preparado por Salud Pública en el año 1951.



es una exigencia sanitaria elemental y de sentido común. Pero puede ocurrir que médicos perfectamente conscientes y responsables vacilen y en conciencia determinen no denunciar debido a las consecuencias abrumadoras e injustificadas que pueden seguirse a toda una familia.

Y así tenemos que una disposición tan sensata puede hacerse impracticable. Luego no basta exigir la comunicación, en la que todos coinciden; hay que precisar sus fines y su sentido. La ley manifestaría entonces una filosofía impregnando el hacer sanitario a modo de una constitución para la situación lepra. Es lo que se pide aquí.

1. 3. 9.

*Dificultades.* Las diferencias pueden provenir de la diversa apreciación y valorización de estos aspectos humanos. Las ciencias de observación social y psicológica son relativamente recientes, y por más que han ganado la calle, las revistas, el cine y la TV, puede decirse que recién comienzan a sensibilizar la docencia de las profesiones. Para las personas menos informadas conservan todavía un carácter de vaguedad casi literaria. Si en la conciencia del legislador o del sanitarista estos aspectos no tienen el relieve suficiente, simplemente no verá razón para tenerlo en cuenta, para él no son trozo de esa realidad que debe enmarcarse en la norma expresa de una ley. Legislar en lepra, por lo tanto, está justificado únicamente como instrumento inmediato para que la autoridad pueda internar, obligar al tratamiento. Lo demás no es objeto de ley. Hay aquí implícita una filosofía de la ley positiva que nos parece discutible, pero sobre todo en este problema tal modo de pensar nos desazona extremadamente porque inadvertidamente y como por distracción hiere en la carne viva de una llaga profundísima. La ley toma entonces exclusivamente ese tono que es aquí nefasto por las razones tan serias que hemos apuntado, porque legisla principalmente en lo represivo, como que es la inmediata posibilidad de coacción la exclusiva justificación de legislar. Y uno queda preguntándose entonces si la cantidad de casos de resistencia decidida son tantos y de tal peligro que valgan la pena todo el trabajo de una ley. Las estadísticas permiten la pregunta, y también la duda.

La discusión se esclarecería si se distinguiese entre ley y reglamentación que la concreta eficazmente en lo inmediato. O mejor, cuando la ley aparece como un conjunto amplio y coherente que a modo de esfera se apoya toda entera en cada punto concreto. Las leyes actualmente en vigencia, como se dijo, son puramente de tipo reglamentario. Pero de nuevo, la necesidad de legislar en esta forma sólo la entiende el que ha captado el complejo médico-psico-social de la situación y no disocia indebidamente aspectos en la realidad de tal manera implicados que se condicionan mutuamente <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> El VIII Congreso Internacional de Leprología ha manifestado abiertamente la necesidad de abordar la situación-lepra desde diversas disciplinas que implican enfoques mentales y actitudes distintas. "O controle da lepra deve tirar partido da colaboraçao de

De todas maneras, nuestro cometido es investigar el espíritu y filosofía de una ley en lepra y proponer por qué a nuestro parecer es deseable una ley basada en amplios objetivos de una "política sanitaria". Más allá es campo y competencia de juristas.

### 1. 3. 10.

*Proteger los sanos.* Lo hemos dejado para este momento porque es tema que suele abordarse de inmediato. "Hay que proteger a los sanos". ¿Y quién puede estar en desacuerdo? Todos calificamos de sensata la mamá que aísla al niño enfermo de sarampión para proteger los hermanitos. Pero en lepra las cosas son distintas. La comparación sólo sería exacta con el proceder de la mamá que protegiese a los sanos pero que rechazase *emocionalmente* al enfermo y ya no lo reconociese más por hijo. Luego un planteo meramente sanitarista: "proteger los sanos" es simplista si desconoce todo lo que en la vida real acontece a los enfermos. Y se precisaría un desconocimiento completo para ignorarlo. "Hay que proteger los sanos". Por supuesto que sí, y *con todas las medidas sanitarias que se requieran para ello*. Lo subrayamos porque advertimos frecuentemente cómo se deforma y tergiversa en este punto, como si se estuviera recomendando suprimir todas las elementales precauciones. Hemos comprobado incluso que médicos y enfermos no acaban de distinguir entre lo *racional* de una protección sanitaria y un *rechazo emocional* de un alcance de ninguna manera justificado. Que los parientes próximos rechacen a un pariente dado de alta por la autoridad más competente del país, que teman además ser ellos mismos rechazados por el vecindario, y todo ello después de cinco, diez, quince años de estar la víctima negativa, prueba bien a las claras que hemos pasado mucho más de lo razonable de una medida sanitaria. Y acaece continuamente.

Por lo tanto: *es insuficiente afirmar "los sanos han de ser protegidos", hay que estudiar además el modo de protegerlos.* En esto sí ponemos mucho énfasis.

### 1. 3. 11.

*El bien común.* El fundamento último de una ley en lepra no consiste, como a veces parece decirse, en proporcionar a las autoridades un poder de coerción eventualmente necesario. El fundamento último es *el bien común*, y *el derecho y dignidad personal es un bien común sustancial en cualquier comunidad*. Y eso es justamente lo que peligraría seriamente: el derecho y dignidad personal. El prejuicio es una cosificación del otro, es negarlo como persona. Se toma de él una nota cualquiera: ciego, leproso, inválido, y a él se lo identifica con eso que es tan sólo un dato de todo su ser. Deja de atenderse al yo sujeto de lo que no es sino uno de los condicionamientos de su vida.

especialistas otras disciplinas, no solamente epidemiologistas, bioestadísticos e educadores sanitarios, mas también de psicologistas, antropologistas, economistas, dirigentes científicos e investigadores analistas".

Es conmovedor que el iniciador de la Revista Star de Carville, Sr. Stein, sostuvo durante dos decenios una lucha tenaz para que en lugar de "leproso" se llegase a decir "enfermo de lepra". Hay una diferencia muy profunda entre ser un hombre "que tiene lepra" y ser sin más un "leproso". Esta última expresión prescinde de la realidad de un yo que está más allá de la circunstancia que le tocó vivir, en este caso involuntariamente. Al provocar esta toma de conciencia, puede decirse que el Sr. Stein ha colaborado en la personalización de los sanos. Hizo obra de bienhechor. Si aprendemos a ver un tú más allá de todo rótulo, es que nosotros mismos nos vivimos más allá de toda standardización. Empezamos a ser verdaderamente humanos. Y quienquiera se viva lúcidamente como persona autónoma irrepetible, no va a infligir al otro una injusticia tan tremenda y sustancial. No le va a privar al hombre del apoyo de una comunión humana en los momentos más críticos de su existencia. El otro tiene que asumir sus males, retomarse y rehacerse; pero ¿quién puede encontrar un sentido a su dolor privado de la comunión humana, no sólo por el aislamiento físico que puede ser irremediable y como tal soportado, sino por el rechazo emocional implacable que percibe en los demás como definitivo y sin apelación posible? Comunicarse es para él inspirar oxígeno para vivir, pero se encuentra negado radicalmente como sujeto de diálogo.

Ahora bien, nuestras leyes que garantizan la libertad de expresión, la libertad de comerciar y transitar como derechos inalienables, ¿no nos van a garantizar a ninguno de nosotros el derecho fundamental de ser reconocidos como persona lleguemos o no a tener bacilos de Hansen? ¿Habrá alguien que afirme que esto no es materia de legislación<sup>1</sup>, que la ley es tan sólo para internar compulsivamente cuando sea necesario? ¿Qué concepto de ley respalda semejante afirmación? Y tampoco se diga que eso es cuestión psicológica. La autoridad tiene la estricta obligación por bien común de impedir en todo lo posible que personalidades deformadas impongan su criterio con semejante perjuicio ajeno, y tiene también esta otra obligación: buscar y estimular los medios que saneen esta morbosidad social. Y esto lo afirmamos como un bien común sustancial de una comunidad, porque se está negando a alguien la participación misma en esa interrelación de personas que la constituye en sus elementos más básicos.

1. 3. 12.

*Cuál es el bien común.* Todo el problema podría centrarse en esto: averiguar cuál es el bien común en la situación-lepra. Y nos parece que tanto la protección sanitaria como el cuidado de los enfermos no puede encararse como es debido si no se es especialmente consciente de la relación humana que se establece comunidad-enfermo. Fue esto lo que nos indujo a llamar la atención hacia la actitud ante el sufrimiento como elemento fundamental de esta situación. El prejuicio viene a ser una falsa

<sup>1</sup> Otra cosa sería discutir la conveniencia u oportunidad.

salida a la que todos somos propensos y que una ley sana debe procurar rectificar desde el vértice.

Sólo desde esta perspectiva puede vislumbrarse el verdadero bien común de la comunidad que tiene en cuenta todos los datos del problema, pero en su verdadera jerarquía y proporción, sin dejarse tironear por esas urgencias aparentes o reales que meten nerviosismo, pero que pueden desconocer realidades muy profundas aquí en juego como es el nivel personal de nuestra vida de relación.

1. 3. 13.

*Parcializaciones.* Pero de nuevo, el enfoque sanitarista es insuficiente, el leproológico no basta, el meramente psicológico tampoco. La situación-lepra es el conjunto de todo ello, y los hombres implicados han de escucharse para que el jurista conozca los datos en toda su amplitud. Es que de entrada se presenta como un problema sanitario, porque la enfermedad infecto-contagiosa es la causa y ocasión de todo el complejo. Los que inmediatamente actúan son entonces los hombres encargados de la salud, otras disciplinas apenas si han entrado todavía, y así todo queda para muchos enfocado sólo en lo sanitario de la situación, y uno se explica entonces que la única preocupación para ellos pueda ser aplicar las medidas sanitarias que correspondan. Pero es que los mismos leproólogos fueron quienes señalaron al prejuicio como obstáculo principal en su campaña, y han sido los enfermos los que más nos advirtieron que el diagnóstico precoz se dificulta enormemente por la inseguridad económica en que peligra la familia. Un problema psicológico y otro social que deben estudiarse primero, porque condicionan lo sanitario; segundo, porque en sí mismos considerados son problemas que afectan el bien común en otros aspectos graves. Legislaciones extranjeras nos dan la pauta.

Con otras palabras, que esta ley podría con igual competencia ser promovida por los siquiátras, por los sociólogos, por los agentes sociales. Que sea en el ambiente médico donde principalmente se agite el tema, sería comprensible porque la enfermedad es el dato clave, pero que domine exclusivamente un punto de vista sanitario, es enteramente incompatible con el desarrollo alcanzado en nuestro país por las disciplinas psicológicas y sociales.

1. 3. 14.

## LA CONTAGIOSIDAD

Apenas se quiere llamar la atención a estos aspectos humanos evidentes, replica otra objeción: la enfermedad es contagiosa. Gratuitamente se nos atribuye entonces la afirmación de que la enfermedad no es contagiosa. No es que se afirme tal cosa, y ello es competencia exclusiva de los especialistas. Debe distinguirse debidamente el problema sico-social y el problema médico. Todas estas consideraciones humanas mantienen exactamente la misma validez ya se trate de la enfermedad más contagiosa del mundo, ya sea una dolencia baladí. El prejuicio no tiene nada que ver

con los aspectos racionales de la enfermedad, como es el índice de incidencia o prevalencia. *Hunde sus raíces enteramente en otra parte, en el inconsciente, y es siempre morboso.* Interesante, los congresos internacionales de leprología lo señalan como uno de los inconvenientes más serios para la lucha racional contra la enfermedad; pero más de una vez la discusión parece deslizarse a esta afirmación implícita "la enfermedad es contagiosa y suprimir el prejuicio, es dejar de combatir la enfermedad". Es decir que se está inadvertidamente identificando sostener el prejuicio y luchar contra el mal. Se hace irresistible la sospecha de que a lo mejor, con toda buena voluntad y sin darse cuenta podría haber quién luchase *prejuiciosamente contra el mal.* A nadie le extrañe porque prejuicio tenemos todos, y no ha sido frecuente prestarle mayor atención. Así se explicaría que al hablar de prejuicio se pase de inmediato a discutir el grado de contagiosidad. Repetimos, no tiene nada que ver. El grado de contagiosidad importa muchísimo, pero para determinar qué medidas de precaución y protección son las adecuadas. Con todo estar muy alerta. Es inevitable sobre todo en personalidades prejuiciosas, que lo afectivo incida indebidamente al señalar los márgenes de seguridad. Hemos sabido de médicos especialistas que abandonaron exageradas precauciones sólo por el ejemplo y el contacto amical con otro colega. Ya que su ciencia permaneció idéntica, queda descubierto el origen irracional de sus antiguos escrúpulos. No tiene por qué sorprender a nadie, y si hemos de ser comprensivos, empecemos por nosotros mismos. Pero puede ser una buena advertencia de que incluso los especialistas acaso necesiten estar mucho sobre sí y escucharse y dialogar no poco, para asegurarse de la objetividad de lo que sostienen. Aquí está en juego el bien de familias enteras. A nadie se le ocurre para combatir la tuberculosis, estimular o mantener un rechazo emocional definitivo del enfermo. Esto es otra cosa.

1.3.15.

#### EL COSTO SOCIAL

UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

Consiste en estimar el costo de este proyecto dentro de las necesidades de nuestra comunidad nacional. Hasta cierto punto depende de las valoraciones íntimas nuestras. Parece con todo deban tenerse en cuenta estos datos para llegar a un juicio realista:

- Los enfermos son 30.000 pero la situación sico-social afecta seriamente al núcleo familiar de una u otra forma. Debe por lo tanto multiplicarse por 3 ó por 4 para hallar las personas afectadas de algún modo.
- Las zonas endémicas abarcan una extensión de la República, y en ciertos sitios con un índice del 14 %.
- La realización adecuada de este proyecto elevaría el nivel de relación humana en la población en general, lo que incide con efecto de resonancia en otras muchas esferas de la vida social. Es algo por supuesto, que no puede cuantificarse, pero que sería superficial



- subestimar. En las zonas endémicas sobre todo, sería más valioso aún.
- Económicamente no se disponen de datos precisos. Con todo, no parece insuma más recursos de los actualmente empleados. Y además todo indica que a la corta o a la larga el costo disminuirá rápidamente. No se pierda de vista que la medicación es de costo módico.

1.3.16.

#### LAS POSIBILIDADES

Es frecuente también advertir que al hablarse de integración y de modificación de prejuicio, se saquen a relucir las historias recientes en que tal cosa se hizo imposible. Uno no sabe qué pensar entonces. ¿Estos relatos se cuentan para *probar* que estos intentos son ilusorios? Tal es la impresión; pero no nos parece aceptable. Experiencias internacionales y en nuestro país, evidencian lo contrario; las condiciones sociales son modificables si bien lleva tiempo y paciencia y buena dosis de inteligencia. Sugérimos que debiera hacerse una seria evaluación técnica de estas experiencias positivas de nuestro medio. Podría así adquirirse una muy valiosa experiencia. Lo que nos parece enteramente infundado es considerar las actuales condiciones como un frente inamovible. No hay tal, si bien es comprensible que quienes hayan sufrido en carne propia tamaña dureza tiendan a considerarlo así. Pero que sepamos, *no se ha hecho todavía un intento bien sistemático y a nivel nacional*. Se explica por lo tanto que quien no esté al tanto de los progresos en ciencias sociales no considere el cambio como un dato suficientemente realista. Por eso insistimos en que no es así, y éste es un presupuesto fundamental para comprender este estudio de proyecto. Las medidas que se toman se dirigen directamente a este frente de batalla que estamos seguros no en muchos años podría dar resultados valiosos. Lo que si nos parece previsible es lo siguiente: la existencia del prejuicio, considerado hasta ahora como un mal irremediable ha condicionado no sólo la vida de los enfermos sino también la ayuda que se les ha querido prestar. Cambiar estas condiciones es alterar fundamentalmente todas las perspectivas. Debe advertirse porque todo cambio, es sabido, produce resistencia y se dará irremediamente aún en los mismos interesados que han debido condicionar su vida y estructurar sus defensas en función de esta adversidad que ahora podría desaparecer. Implica por lo tanto un verdadero trabajo de readaptación en todos, pero no se puede jugar con el bien de tantas familias que conocerán la enfermedad. Toda resistencia debe ser consciente del precio que puede hacer pagar a otros. Por lo tanto una resistencia desproporcionada ante las dificultades sociales, que ciertamente son grandes, puede enmascarar un desaliento, que ya no está justificado, y acaso disimular lo que en el fondo puede ser muy bien una resistencia irracional al cambio, cosa que, repetimos, es natural y previsible, pero dañino si no tomamos conciencia de ello.



## PSICOLOGIA Y ENFERMEDAD DE HANSEN

Dos campos aparentemente tan separados y diversos como la psicología y la enfermedad de Hansen, tienen múltiples conexiones y puentes que los unen en la realidad de la vida diaria. Son tantas estas conexiones, que quien quisiera verlas en su totalidad, se vería perdido ante la complejidad de la maraña que forma su conjunto. Estos conocimientos, si bien no eran desconocidos hasta este momento, no habían sido valorados en toda su magnitud, profundidad y esencia. Posiblemente, por esta razón, cuando presentamos nuestros primeros trabajos sobre el tema, a menudo eran mal interpretados atribuyéndonos erróneamente un punto de vista unilateral, que de ninguna manera era el nuestro. Por esta razón y porque nuestros conceptos psicológicos acerca de la Enfermedad de Hansen, sólo tienen valor dentro de una visión de conjunto del vasto problema de la enfermedad, se expone a continuación un esquema de programa de lucha contra la enfermedad de Hansen, en el cual veremos ubicados algunos aspectos principales psicológicos.

## LUCHA CONTRA LA ENFERMEDAD DE HANSEN

¿Dónde aparece lo psicológico? Esquemáticamente diremos que: en el diagnóstico y tratamiento precoz, en la campaña sanitaria, en la legislación, en la protección de la familia y el trabajo, en la rehabilitación en todos sus aspectos, en la educación sanitaria en todos los niveles es decir, en todos aquellos casos en los cuales interviene *un factor humano*, que al ser descuidado, puede llevar al fracaso cualquier programa de carácter técnico, por perfectamente planificado que pudiera estar éste en otros aspectos, en especial, si consideramos el carácter latino de los habitantes de este país.

Lo psicológico no es tan abstracto e intangible como suele creerse, sino que puede tener consecuencias muy tangibles: son ejemplo de esto los asesinatos por cuestiones racistas, políticas o por estado de demencia. Carl Gustav Jung nunca se cansaba de avisarnos que cuanto más desconocemos la influencia de la psique en nuestra vida, más concretamente se vuelve ella contra nosotros, provocándonos daños que siempre seguimos tratando de atribuir a factores externos a nosotros, cuando en realidad están dentro de nosotros mismos. Lo mismo que le sucede al individuo, le sucede a la sociedad.

No se pretende decir que la solución del problema de la enfermedad de Hansen, esté solamente en lo psicológico, sino que cualquier campaña que excluya estos factores, está destinada al fracaso, como lo estaría cualquier campaña que descartara cualquier otro factor, o se basara unilateralmente.

De toda la gama de los aspectos psicológicos, los de rehabilitación y los psicosomáticos, interesan principalmente al especialista. Pero las acti-

tudes frente a la enfermedad de Hansen, tienen importancia para el leprólogo y el epidemiólogo, porque producen error en la investigación, desvirtúan las medidas técnicas que éstos pueden tomar. Por eso, parece necesario exponerlas aunque sea en forma esquemática.

1.4.2.

#### ACTITUDES FRENTE A LA ENFERMEDAD DE HANSEN

En trabajos anteriores, hemos esquematizado las actitudes frente a la enfermedad de Hansen o al enfermo de Hansen, en tres grupos: *Actitudes sanas*, *Error de Juicio* y *Prejuicio*.

a) *Actitud Normal o Sana*: Se caracteriza por estar de acuerdo con la realidad y proporcionada a ella. Deben cumplirse *ambos* requisitos. Se distingue claramente entre enfermedad y enfermo, respetando a éste como persona humana y se trata de reparar el mal que ésta padece, sin provocarle otro mal secundariamente. Es la actitud deseable, porque es la que trae las soluciones efectivas. Está de acuerdo a la lógica y al sentido común, y se caracteriza por una actitud afectiva "centrada en el prójimo", es decir en el necesitado y no en el que ayuda. Razón por la cual, el efecto es proporcionado y adecuado a la realidad.

b) *Prejuicio*. La actitud prejuiciosa propiamente dicha, tiene como características: no está de acuerdo a la realidad ni proporcionada con ella, pero a diferencia del error de juicio, no se modifica con la información adecuada. Sus motivos son inconscientes, y no suelen tener relación directa con el motivo aparente de prejuicio sino que hay una relación que sigue las leyes del inconsciente, que no es éste el lugar de enumerar. Es una posición irreductible, con una dinámica psicológica muy parecida a la de la paranoia. En esta afección hay *delirio*. Este se caracteriza por ser *estructurado*: es decir sigue las leyes de la *lógica*. Parte este delirio de un *hecho real*, pero este hecho *es interpretado* en forma delirante, es decir, la interpretación que de él hace el sujeto, se basa en la *subjetividad afectiva del sujeto*. El hecho de que este delirio (que llega al asesinato de personas inocentes a quienes el delirante atribuye un carácter persecutorio), sea estructurado, o lógico o esté basado en un hecho real, aunque interpretado en forma subjetiva, delirante, explica cómo tales sujetos han llegado varias veces a ser oídos por la justicia, como el caso de los querellantes, o a veces han llegado a elevados puestos públicos dada la intensidad con que defienden lo que parecen sus ideales, que no son más que ideas delirantes, como llegan a darse cuenta más tarde quienes los han apoyado cuando la enfermedad llega a su desenlace final, y da sus frutos, que generalmente son dolorosos para el paciente o para alguno de los que lo rodean.

Con los prejuicios en lepra, en racismo, etc. suele suceder algo parecido. Se pretende justificar la actitud perniciosa con largos razonamientos, y como hechos reales... Pero rápidamente se detecta una irreductibilidad y una afectividad exagerada, que llega a veces al insulto y que no está centrada en el necesitado, sino en el perjudicado. La actitud prejuiciosa es

unilateral. Ve un solo aspecto de las cosas. Este aspecto es elegido subjetivamente. La actitud prejuiciosa se caracteriza por no buscar las verdaderas soluciones a los problemas, sino aquellas que calman el motivo subconsciente que hay detrás de ellas. En el prejuicio no se diferencian enfermedad y enfermo, o se lo hace con mucha dificultad.

Generalmente, y en forma errónea, se consideran como sin solución estas actitudes. Esto no es así de ninguna manera: Pueden modificarse pero utilizando los medios adecuados. Estos son: en los casos individuales, la psicología profunda. En los colectivos, el estudio de motivaciones, y el posterior cambio de la imagen motivadora. Estos métodos que parecen tan abstractos a quien no está acostumbrado a oír hablar de ellos, se utilizan en niveles tan reales y concretos como son la industria, y el comercio, con excelentes resultados.

No hay ninguna razón para que no puedan ser utilizados con el mismo éxito en una campaña contra la enfermedad de Hansen. Con ello se evitaría un gran factor de error en la investigación y una limitación de la efectividad de las medidas técnicas.

1.4.3.

#### RELACIONES CON LA LEGISLACION

Las actitudes más arriba enumeradas, se presentan en todos los niveles de la sociedad: Son comunes a los enfermos, a los sanos, e incluso a los médicos. En estos tres niveles se pueden presentar cualquiera de las tres actitudes: la sana, la de error de juicio y la prejuiciosa.

¿Cuál es la relación de la ley en todo esto? La ley puede influir en cualquiera de estas actitudes. Puede ayudar a la formación de actitudes sanas con el ejemplo que puede dar la autoridad sanitaria de sentido de realidad y proporción respecto a la realidad. Poniendo el centro de la tarea en el enfermo necesitado y en la sociedad necesitada, que puede en cualquier momento enfermar, en vez de fijarse en intereses personales o pseudo-colectivos.

La legislación puede modificar los errores de juicio, haciendo educación sanitaria, en todos los estratos sociales, y por todos los medios a su alcance.

La legislación puede actuar sobre el prejuicio, actuando por medio de instituciones especializadas a ese efecto. Todo esto, puede hacerse; solamente hace falta poner todos los engranajes en marcha. Solamente merece vivir sin problemas una sociedad que los enfrenta y los resuelve. No esperamos que vengan otros de afuera a resolverlo. No podemos decir que respecto a la lepra no tenemos con qué luchar, mientras todo lo hasta el momento puede hacerse, no se haya hecho. Realicemos pues, lo que podemos, que ya es bastante...

## PROPOSITO

El proyecto de ley adjunto, intenta renovar integralmente el régimen de policía sanitaria instituido por la ley 11359 de prevención y tratamiento de la enfermedad de Hansen, por medio del aislamiento obligatorio donde se prodigaba la atención médica a los afectados por aquélla.

La experiencia recogida sobre la base de la aplicación del texto cuya derogación y reemplazo se propicia, la renovación de las técnicas clínicas y curativas que entonces se utilizaban llevan a justificar la integración de los enfermos dentro de los núcleos sociales y grupos a los que pertenecen. El adelanto científico en la terapéutica y readaptación de los enfermos y la necesidad de su trato humano y acorde con las exigencias y profilaxis aconsejadas por congresos de Leprología y por la O.M.S. erradicando el prejuicio y rehabilitando a las personas para el ejercicio de actividades de acuerdo con sus aptitudes, se vuelcan en el proyecto acompañado que se ajusta a nobles inspiraciones y a puntos de vista científicos plenamente aceptados por la más autorizada literatura médica y sociológica.

Bajo estos presupuestos la política sanitaria a seguirse, reflejará la nueva expresión del ejercicio del poder de policía sanitaria por la autoridad, cuyo objetivo no es otro que el mantenimiento de la salubridad pública en todo el país. Las corrientes científicas que apoyaron la sanción de la ley 11359, se hallan sin duda superadas y no existen motivos para otorgarle a la lepra un trato distinto que a las demás enfermedades transmisibles siendo lo proyectado una entrega de lo que constituirá un capítulo dentro de la ley general.

En tal orden de ideas se trata de contemplar dentro del proyecto de ley, con los alcances precedentemente enunciados, que la enfermedad de Hansen tiene, además de los aspectos médicos, otros de índole psicológica y social que afectan a los enfermos, sus familias y a toda la población en general en la medida de las relaciones humanas inevitables.

## ESTRUCTURA DEL PROYECTO

## LA COMUNICACION SANITARIA

De suyo, la estructuración legal deberá contener en un primer término, sobre todo tratándose de una ley de policía sanitaria, una adecuada sistematización de los medios que conducirían a la erradicación del mal de Hansen; y en segundo orden cómo se tratará de cubrir los perniciosos efectos del prejuicio general de la población respecto de los enfermos, como así el temor de aprehender la enfermedad. Para ello se recomienda el secreto y los datos estadísticos numéricos, con lo cual se evitan las lógicas precauciones de médicos y enfermos que llevaban al ocultamiento y al des-

conocimiento de importantes regiones —alguna de ellas endémica como el caso de la Prov. del Chaco— de cuál era el estado sanitario referido a esta enfermedad. Sólo en situaciones extremas cuando la persuasión y el buen sentido se desvanezcan ante la indiferencia de la persona afectada y lo aconseje la opinión médica, podrá sustraerse al enfermo del medio donde vive; pero en todos los casos se tendrán en cuenta los aspectos psicosociales como principios reguladores de la labor sanitaria.

Por esta vía de la tranquilidad y de la seguridad no existirá para los enfermos peligro de persecución directa por la autoridad, e indirecta por los que les rodean y por vecinos y allegados que hacen el vacío a la más mínima sospecha de la existencia de la enfermedad; se podrá trabajar con eficacia en el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato y exitoso, ahora obstaculizado por el prejuicio, la ignorancia y el temor.

Se tiene en cuenta dentro del proyecto, la aplicación del régimen que allí se propone por las autoridades provinciales, nacionales o municipales y en ello no se aparta del criterio nacional que se dio a la ley 11359, que puede justificarse en virtud de la necesidad del ejercicio concurrente del poder de policía de la Nación y de las Provincias. Ello no obstante, se preconizan acuerdos entre aquélla y éstas, para obviar cualquier interpretación equívoca al respecto.

1.5.3.

#### POLITICA DE INTEGRACION

La integración del enfermo de lepra con los demás durante su tratamiento y posterior rehabilitación, constituye uno de los más auspiciosos y ambiciosos presupuestos que tiene en cuenta el proyecto intentándole transformar en realidad concreta. Ello tiene ya algunos antecedentes beneficiosos en hospitales generales del interior del país, y demuestra la bondad del nuevo sistema, así como la posibilidad de tener integrada la familia y darle al enfermo la íntima satisfacción de tratarse de un hombre útil, capaz de subsistir por sí solo y que la sociedad le prodiga la ayuda en cuanto es un hombre, y con el objeto de rehabilitarlo, sin transformarle en la representación del horror, la desesperación e imponiéndole el aislamiento, alimentándole por caridad pero no queriendo saber más nada de él.

Ese criterio, con el cual debe concluirse de cuajo, importa entonces el fomento de todos los medios que ayuden la normalización de las vidas de aquellos que al ser afectados por la enfermedad se ven separados de su hogar, de amigos, empleo, profesión, en síntesis de todo aquello que constituye el quehacer de un hombre sobrio y honesto, y a lo cual tienen derecho por su propia naturaleza todas las personas.

1.5.4.

#### REHABILITACION

Se da entonces cabida a un plan de rehabilitación con la adaptación de los sanatorios colonia al nuevo régimen y al mismo tiempo, se cubren

las lógicas contingencias a las que se verán sujetos los enfermos al retornar al medio del cual fueron arrancados.

1.5.5.

#### PREVISION SOCIAL

Para ello, se crea un régimen de retiro. No se intenta crear nada nuevo dentro de la estructura socio-económica que informa la seguridad social, ni se tienen en cuenta aspectos tales como costos, productividad y salarios para la determinación del beneficio, sino que se actúa atendiendo a los mismos fundamentos que determinaron la fijación del haber jubilatorio mínimo, es decir, concurrencia del conglomerado social en soportar la contingencia en la cual se hallan quienes no están capacitados para cumplir con cualquier tarea temporaria o definitivamente.

Por eso el haber de retiro, se discrimina entre aquel a liquidarse a los enfermos con más de 55 años de edad y 20 de enfermedad, cuyas posibilidades de rendimiento son prácticamente descartadas y el que cabe a los que tienen esperanzas fundadas de rehabilitación y reanudación de una actividad productiva y acorde con sus aptitudes, sin omitir la incidencia de un déficit funcional que torne ilusorio un normal desempeño y que haga susceptible de considerar incapacitado definitivamente a quien se encuentre en esas condiciones.

Todo esto está condicionado a lo que se le reconozca a los enfermos por los planes previsionales vigentes y susceptible de englobarse en otro u otros futuros con mayor agilidad y basado en un criterio actual de las instituciones de la seguridad social.

En todo este planteamiento, la homogeneidad del grupo familiar y su tutela por la sociedad se tiene en cuenta muy especialmente, así como se contrabalancea con criterio equitativo respecto de los jubilados o pensionados sanos con cargas de familia y que se hallan en igualdad de condiciones.

Desaparece entonces, el sistema de peculio —remedo de remuneración, que no es tal—, actualmente vigente en los sanatorios colonias y lo correcto y justo, es que los enfermos que se desempeñen en talleres con eficacia y rendimiento perciban igual remuneración que los sanos en igualdad de circunstancias. Por esa vía se zanja un irritante criterio de desigualdad que es el ánimo del nuevo régimen desgajar para siempre.

Por último, se crean nuevas disposiciones vinculadas al matrimonio entre enfermos y sanos, por las implicancias sociales y de profilaxis que corresponde resguardar en pro de la salud pública. El régimen propuesto, mejora el actual y deja a salvo los derechos de las personas y el secreto que se preconiza desde el comienzo del proyecto.

1.5.6.

#### PENALIDADES

Por último, dada la grande importancia que se asigna a los médicos y funcionarios en sus tareas para el mejor cumplimiento de las previsiones



legales, se crea un régimen de penalidades y sanciones administrativas cuyo objetivo es impedir los abusos y evitar las indiscreciones atentatorias de uno de los básicos fines del sistema: concluir con el prejuicio, único medio de realizar la integración concebida.

Desde estos puntos de vista, claramente explicados en el texto del proyecto, se da cabida a una aspiración que da pauta del adelanto científico y de la adecuación de las autoridades, en caso de aceptarle, a sus últimas expresiones, plenamente realizables en nuestro país, dado el interesante y bien logrado equipo de médicos, asistentes sociales, psicólogos y sociólogos que se cuentan para llevarle a feliz término.

1. 6.

## ASPECTOS LEGISLATIVOS EN LOS DIVERSOS PAISES DEL MUNDO

1. 6. 1.

### BRASIL - REGLAMENTACIONES - LEYES - DECRETOS

#### I.—Organización general y personal:

En 1955, por Decreto N° 36.771, el Presidente de la Nación crea el Servicio Nacional de Lepra, dependiente del Dto. Nacional de Salud del Ministerio de Salud. Dicho Servicio Nacional de Lepra consta de 4 secciones: Instituto de Leprológica, Epidemiología, Organización y Control, y Administración.

#### II.—Lucha contra la Lepra:

A) *Discriminación:* En la ley de 1949 el art. N° 7 dice: “Es obligatorio el aislamiento de los casos contagiantes de lepra, comprendidos: a) todos los lepromatosos; b) todos los no lepromatosos que puedan tornarse probablemente contagiosos”.

En su art. 8° dice: “Es también obligatorio el aislamiento de los casos no lepromatosos, que por las condiciones y hábitos de vida del enfermo y por incumplimiento de las medidas sanitarias, constituyan amenaza, según el criterio de autoridades sanitarias, para la salud de la colectividad”.

En su art. 9° dice: “Además, también podrán ser internados en leprosarios, a juicio de las autoridades sanitarias, cualquier caso, cuando los enfermos no pudieran obtener los recursos necesarios para la propia subsistencia, o fueran portadores de estigma impresionante de lepra”.

El Decreto N° 968, de 1962, dice en su Art. 2°: “En la lucha contra la endemia leprótica será, siempre que sea posible, evitada la aplicación de medidas que impliquen una quiebra de la unidad familiar, un desajuste ocupacional o una creación de otros problemas sociales”.

B) *Propaganda y educación sanitaria*: Educación estudiantil: no hay referencias. Educación sanitaria al pueblo: El Art. 23 se refiere a la educación sanitaria de los enfermos, los contactos y todas las camadas de la población, solicitando la cooperación de intelectuales, profesores, clero, sociedades, clubs, etc.

Perfeccionamiento médico: El art. 30 de la ley 610, de 1949, obliga al gobierno, lo mismo que el decreto 968, de 1962, a preparar cursos y residencias leprológicas. Esos diplomados tendrán siempre primacía absoluta para la ocupación de cargos inherentes al problema.

C) *Planes de tratamiento*: Regidas por especialistas mediante normas que ellos consideren adecuadas.

D) *Profilaxis*: Se llevarán a cabo, mediante estudios y pesquisas, encuestas epidemiológicas, búsqueda sistemática de enfermos, realizando tratamientos, limitación de los movimientos de las fuentes de contagio, vigilancia sanitaria.

E) *Ingreso de los enfermos en los Centros Leprológicos*: Será obligatorio en algunos casos, pero siempre tratando de no desequilibrar al enfermo socialmente.

F) *Ingreso de los niños en los preventorios*: El art. 15 de la ley 610 dice: "Todo recién nacido hijo de enfermo de lepra será compulsiva e inmediatamente separado de sus padres". En su art. 16 la misma ley dice: "Los hijos de padres leprosos y todos los menores que convivan con leprosos serán asistidos en medios familiares adecuados, o en preventorios especiales".

G) *Consideración de la enferma de lepra embarazada; parto, puerperio*: No hace consideraciones en especial.

H) *Rehabilitación social, orientación laboral, recuperación de los enfermos, asistencia social a sus familias*: El estado prestará amplia asistencia social al enfermo de lepra y a sus familias, comprendiendo ella:

a) los enfermos que, por sus condiciones, no necesiten de aislamiento hospitalario;

b) los egresados de sanatorios colonias;

c) los miembros de la familia de los enfermos internados;

d) los enfermos aislados en sanatorios colonias (art. 24 ley 610).

A los enfermos no internados, incluso a los egresados de sanatorios colonias, la asistencia social deberá abocarse fundamentalmente a su reajuste ocupacional, para proveerse por sí mismos, recursos para su subsistencia (art. 25 ley 610).

El estado prestará obligatoriamente asistencia jurídica y extrajurídica gratuita a los enfermos y a sus familias (art. 27 ley 610).

La asistencia social a los enfermos aislados en sanatorios colonias tendrá por fin crear en dichos establecimientos condiciones de vida lo más aproximadas a la convivencia en sociedad (art. 28 ley 610).

I) *Altas médicas*: Les podrá ser concedida como tal considerada la suspensión parcial o total, temporaria o definitiva, de las exigencias pres-

criptas por las leyes y reglamentos de profilaxia de lepra en vigor. El alta puede ser provisoria o definitiva.

El alta provisoria podrá ser concedida a enfermos no sujetos a aislamiento compulsivo, atenuándose las restricciones impuestas por las leyes y reglamentos en vigor.

El alta definitiva podrá ser dada a enfermos con alta provisoria, cesando de este modo las restricciones impuestas por las leyes y reglamentos en vigor (art. 1º ley 1045, de 1950).

A los enfermos aislados en leprocomios o en domicilio, cesados los motivos determinantes de su aislamiento, les será permitida la transferencia para dispensario, donde deberán continuar su tratamiento y vigilancia (art. 2º ley 1045).

Antes de la transferencia a los dispensarios los enfermos deberán ser sometidos a exámenes por una comisión de tres médicos leprólogos; en caso de no ser posible constituir la comisión, se solicitará la colaboración del Servicio Nacional de Lepra (art. 3º, incisos 1º y 2º ley 1045).

1. 6. 2.

ESPAÑA - REGLAMENTO DE LA LUCHA CONTRA LA LEPRAS,  
ENFERMEDADES VENEREAS Y DERMATOSIS

(4 de julio de 1958)

I.—*Organización general y personal:*

A cargo de una jefatura de sección que incluye lepra, enfermedades venéreas y dermatosis, de la Dirección General de Sanidad. Dicha jefatura estará auxiliada por médicos especialistas en Dermatoleprología. Tendrá carácter consultivo.

II.—*Lucha contra la lepra:*

- A) *Discriminación:* Quedan sin efecto todas las medidas en el tratamiento de la lepra que tengan carácter discriminatorio, y los enfermos lepromatosos sólo podrán ser hospitalizados forzosamente en casos excepcionales, de acuerdo con las normas vigentes para las restantes enfermedades infecciosas. Se acudirá a la propaganda y a la persuasión para hospitalizar a los enfermos contagiosos en que las autoridades competentes consideren que el tratamiento ambulatorio constituye un peligro sanitario.
- B) *Propaganda y educación sanitaria:*
- Educación estudiantil:* Durante el período formativo de los estudiantes de medicina en los cursos de Dermatología (hacer extensiva la enseñanza mínima al estudiantado secundario).
  - Perfeccionamiento médico:* Mediante conferencias y cursillos de la especialidad. Internado para obtener diploma de médico leprólogo.

- c) *Educación sanitaria al pueblo*: Buscando la cooperación de médicos en general, de ciudades y campañas; maestros nacionales, sacerdotes, alcaldes y todas las clases cultas de los pueblos más castigados con esta enfermedad, a cuyo efecto se organizarían oportunas conferencias y disertaciones conducentes a ese fin.
- C) *Planes de tratamiento*: De acuerdo a la supervisión del especialista, siguiendo normas y orientaciones dictadas por él mismo.
- D) *Profilaxis*: Como medidas profilácticas, en colaboración con la lucha antituberculosa, la posibilidad de vacunar con B. C. G., los contactos infantiles menores de 10 años, con enfermos lepromatosos.
- E) *Ingreso de los enfermos en los Centros Leprológicos*: Para ingresar en los centros leprológicos será preceptivo la petición del interesado o familiar competente y varios certificados médicos de autoridades médicas en la materia.
- F) *Ingreso de los niños en los Preventorios*: Dando cuenta periódica del estado de los niños internados. Lo decide la autoridad sanitaria.
- G) *Consideración de la enferma de lepra, embarazada. Parto puerperio*: Siendo la lepra una enfermedad poco contagiosa, las embarazadas podrán dar a luz en las maternidades, y sus hijos sanos, pues la lepra nunca es enfermedad congénita, deberán, siempre que sea posible, separarse de sus madres lepromatosas, poniéndolos en tutela familiar, con domicilio distinto, o internándolos en los hospicios y otros centros donde se recogen niños sanos.
- H) *Rehabilitación social. Orientación laboral. Recuperación de los enfermos. Asistencia social de sus familiares*.
- I) *Altas médicas*: Con controles periódicos de los enfermos mediante vigilancia clínica y de laboratorio.

Entre las normas generales que rigen la profilaxis de la lepra en España han añadido últimamente:

- 1º) Supresión de la internación obligatoria.
- 2º) Énfasis en lograr la recuperación y reincorporación a la sociedad de los enfermos curados.
- 3º) Tratamiento de todos los que lo necesiten. Preferentemente ambulatorio, procurando que continúe la vida familiar y social. Limitando el tratamiento sanatorial a aquellas que por sus circunstancias clínicas, sociales o por necesitar intervenciones quirúrgicas u otras encaminadas a conseguir la rehabilitación y recuperación, se considere más necesario y conveniente.

1. 6. 3.

#### MEXICO - REGLAMENTO DE PROFILAXIS DE LA LEPRO AÑO 1955

##### I.—Organización General y Personal:

A cargo de un servicio especial denominado Servicio Nacional de Profilaxis de la Lepra. Las actividades de profilaxis y tratamiento de la lepra

serán realizadas por los dispensarios, los sanatorios y los preventorios. Jefatura a cargo de médicos sanitarios de carrera con preparación especial en leprología, o médicos leprólogos con adiestramiento epidemiológico. Unidad básica será el dispensario, que se denominará Centro Dermatológico, cuyas funciones esenciales serán:

## II.—*Lucha contra la lepra.*

- A) *Discriminación:* Seleccionar a los pacientes que sea conveniente hospitalizar, especialmente a los que sean positivos desde el punto de vista bacteriológico, así como a los niños contacto que sea menester colocar temporalmente en los preventorios. En la realización de las actividades de profilaxis de la lepra se procurará evitar cualquier forma de coerción, y en su lugar se recurrirá primordialmente a la educación y a la persuasión.
- B) *Realización de propaganda y educación sanitaria (puntos 1º, 2º y 3º):* Por intermedio de la Oficina Técnica Central del Servicio, que organizará las actividades que correspondan a efecto de lograr la preparación especializada de los médicos, enfermeras, laboratoristas y estudiantes de medicina en los aspectos pertinentes a la leprología y utilizar los medios convenientes para informar y divulgar los conocimientos en esa materia.

Realizar labores educativas entre los pacientes y contactos a su cuidado y entre el público de su circunscripción sobre la profilaxis de la lepra, fomentar el mejoramiento técnico de su propio personal; contribuir al adiestramiento del de otros establecimientos y cooperar con los médicos de otras instituciones y con los médicos particulares en la atención de sus casos y en su mejor educación en cuanto a la lepra.

- C) *Planes de tratamiento:* De acuerdo a las directivas de la autoridad médica competente y cuando ella lo estime necesario.
- D) *Profilaxis:* Buscar nuevos casos de la enfermedad, por medio de la consulta dermatológica y por la exploración epidemiológica. Estudiar, clasificar y tratar los casos según las normas establecidas de acuerdo con los progresos técnicos en leprología. Examinar a los convivientes de los casos y repetir, con la periodicidad necesaria, los exámenes de aquellos que sean verdaderos contactos.
- E.—*Ingreso de los enfermos en los Centros Leprológicos:* Selección de los pacientes por autoridades competentes evitando la coerción, recurriendo principalmente a la educación y a la persuasión.
- F.—*Ingreso de los niños en los preventorios:* El preventorio, órgano complementario del Servicio. Su función consistirá en asistir de manera integral a los niños contactos. Su funcionamiento estará coordinado con el centro Dermatológico que corresponda, el cual seleccionará a los niños contactos que transitoriamente deban ser colocados en el Preventorio y los examinará con la frecuencia que sea necesario. Asimismo

organizará sus actividades para procurar, en todo, la incorporación de sus asilados en la sociedad.

G.—*Consideración de la enferma de lepra, embarazada. Parto. Puerperio:* No trata este punto.

H.—*Rehabilitación Social Orientación Laboral. Recuperación de los enfermos. Asistencia social de sus familiares:* A cargo de sanatorios con personal y equipos necesarios para atender y rehabilitar por los medios disponibles más adecuados y durante todo el tiempo que sea necesario, a los pacientes que lo requieran, a juicio del Centro Dermatológico correspondiente.

Los casos de invalidez causados por la lepra serán asistidos de preferencia en establecimientos dedicados especialmente a tal fin.

Fomentar la creación y el sostenimiento de instituciones privadas que colaboren adecuadamente con el Centro Dermatológico, ayudando particularmente en lo relativo a la asistencia social de los pacientes y de los familiares de éstos.

I.—*Altas médicas:* Los enfermos de lepra quedan sujetos a las disposiciones que sobre control de enfermedades transmisibles están prescritas en el Código Sanitario vigente.

1. 6. 4.

PORTUGAL - DECRETOS-LEYES Nros. 36.450 Y 36.451 DEL MES DE AGOSTO DE 1947 Y DECRETO-LEY N° 43.756, DEL MES DE JUNIO DE 1961

### I) *Organización General y Personal:*

A cargo del Instituto de Asistencia a los leproso; con quien coopera un Consejo Técnico de Leprología.

### II) *Lucha contra la lepra:*

A.—*Discriminación:* La internación de orden compulsivo, prevista en la legislación, se refiere a los enfermos contagiosos cuya situación domiciliaria, por diversos motivos, la obligue; más apenas por el más corto período posible. Se promueve la internación de pacientes portadores de intercurencias, que exijan tratamiento hospitalario.

B.—*Realización de Propaganda y Educación Sanitaria:* Crear y mantener cursos y residencias de formación y perfeccionamiento de médicos, enfermeras y enfermeras visitadoras. Divulgar los preceptos de higiene y profilaxis a observar en la lucha contra la lepra, colaborando en la educación sanitaria de la población. Constituir comisiones para la divulgación de lo antedicho y para recaudar donativos.

C.—*Planes de Tratamiento:* Siguiendo directivas del Instituto de Asistencia al Leproso dependiente de la Dirección General de Salud.



- D.—*Profilaxis*: Mediante búsqueda de nuevos casos, aislamiento de los enfermos realmente contagiosos, organización de tratamientos, vigilancia de los casos clínicamente curados y de los supuestos. Separación de los hijos sanos de padres leproso.
- E.—*Ingreso de los enfermos en los Centros Leprológicos*: La internación es solicitada por los propios enfermos en gran número de casos y muchos de ellos se justifican por circunstancias de inestabilidad económica familiar.
- F.—*Ingreso de los niños en los preventorios*: Los preventorios y casas de educación están destinados al aislamiento y educación de niños en peligro de contagio cuando no pueden ser criados y educados en la casa de su progenitor ni confiados a parientes ni a familias idóneas que gratuitamente o mediante remuneración los tomen a su cuidado.
- G.—*Consideración de la enferma de lepra, embarazada. Parto. Puerperio*: A las grávidas y parturientas contagiosas se les prestará la debida asistencia médico-social, tomándose las providencias necesarias para que la separación de los hijos se lleve a cabo después del nacimiento de los mismos.
- H.—*Rehabilitación Social. Orientación Laboral. Recuperación de los enfermos. Asistencia Social de sus familiares*: Se poseen servicios hospitalarios apropiados para tratamiento de recuperación. Los enfermos hospitalizados realizarán trabajos compatibles con su salud y aptitudes. Los productos de sus trabajos pueden ser comercializados, dentro o fuera del hospital, pero con autorización del director.
- Los establecimientos destinados a la internación de enfermos de lepra deben poseer casas para la instalación de familiares que deseen vivir en común con los enfermos. En el área de los establecimientos para enfermos de lepra podrá ser autorizada la construcción de casas a expensas de los enfermos que deseen habitar en casa propia e independientes.
- I.—*Altas Médicas*: El alta es concedida a título precario, manteniendo el control del enfermo clínico y laboratorio. Tórnase definitivo después de 5 años de mantenerse negativos los exámenes clínicos y de laboratorio.

#### NORUEGA

1. 6. 5.

No constituye un problema la enfermedad, ya que hay seis casos registrados desde 1951. La legislación es la misma que para otras enfermedades infectocontagiosas.

#### DINAMARCA

1. 6. 6.

La legislación no se refiere a la lepra en particular, pero sí a las enfermedades infectocontagiosas en general. La lepra ha estado desde hace

años prácticamente erradicada de Dinamarca. Las estadísticas danesas de los últimos años no especifican caso alguno de esta enfermedad.

## ECUADOR

1. 6. 7.

No existe en el Ecuador ley ni reglamento sanitario especial en relación a lepra. El Código Sanitario en vigencia, en su art. 10 del Reglamento para denuncia de enfermedades transmisibles, dice: "Se considerarán enfermedades de denuncia obligatoria las siguientes: ...y menciona una serie de enfermedades en dos grupos A y B. Al fin del grupo B figura la lepra.

## THAILANDIA

1. 6. 8.

### I). *Organización General y Personal:*

No hace alusión.

### II). *Lucha contra la lepra:*

Se inició la campaña en masa en el año 1956 en el noroeste. En 1962 fue ampliada hacia el norte del país. El control sobre la lepra fue iniciado en la provincia de Cholburi en 1960. La operación ha sido llevada a cabo por Sanidad Provincial bajo la supervisión y guía de la Organización de control, es decir, la División de Control de la lepra del Departamento de Sanidad. En esta operación tomaron parte 14 unidades móviles y 8 fijas. Creación de Clínicas Dermatológicas especiales.

Sobre discriminación, propaganda y educación sanitaria, tratamiento, profilaxis, ingreso de los enfermos en los centros leproológicos, ingreso de los niños en los preventorios, enferma de lepra, embarazada, parto, puerperio, no trata.

H.—*Rehabilitación Social. Orientación Laboral. Recuperación de los enfermos. Asistencia Social de sus Familiares:* Como la inversión estatal para mantener los leprosarios es bastante elevada, para aliviar dicha carga financiera se ha organizado un establecimiento en Praeng Ka Yang, en la provincia de Chandaburi, destinado a rehabilitar a los pacientes que han sido curados y alentarlos a ganarse la vida por medio del trabajo manual y la agricultura. La terapia ocupacional organizada en el leprosario de Phrapadaeng incluye tejeduría, costura, carpintería, imprenta y otras manualidades. La elaboración del calzado, especialmente para los pacientes con pies deformados, fue introducida en 1962, cuando el total de los ingresos por los productos elaborados llegó a más de 200.000 baht (1 dólar igual 21 baht).

I.—*Altas Médicas:* No trata.

## FINLANDIA

1. 6. 9.

En Finlandia hay en estos momentos sólo tres enfermos de lepra, dos varones de 60 y 70 años, respectivamente, y una mujer de 76 años de edad.

## SUECIA

1. 6. 10.

La única legislación existente sobre lepra se refiere al matrimonio, y establece que el casamiento que se realiza estando una de las partes enferma de lepra sin que esto sea conocido por la otra, puede sin más trámites anularse si la parte sana así lo exige. Durante los últimos años no ha habido casos de lepra en Suecia.

## GRAN BRETAÑA

1. 6. 11.

La lepra no es un serio problema en Gran Bretaña. Según estadísticas del año 1963, de 291 casos registrados, 169 fueron clasificados de inactivos y el resto de activos. No hay una legislación específica sobre la enfermedad.

1. 6. 12.

## JAPON - LEY DE PREVENCIÓN DE LA LEPRA (Nº 214, del 15 de agosto de 1953)

El capítulo I trata de los objetivos de esta ley, a saber: Art. 1: Prevención de la lepra, atención médica y promoción del bienestar de los pacientes, contribuyendo al bienestar público. Art. 2: El Estado y los organismos públicos locales realizarán los del Art. 1 y harán esfuerzos para la diseminación del conocimiento adecuado concerniente a la lepra. Art. 3: Nadie tratará con los pacientes o quienes están en contacto con los pacientes, discriminativamente, por causa de la enfermedad. El capítulo II trata de la prevención. Se refiere especialmente a la comunicación sanitaria de los médicos a los gobernadores de las prefecturas locales. Además, a la hospitalización en los leprosarios nacionales, que se realizará cuando "el médico ha examinado el paciente y diagnosticado que está expuesto a transmitir lepra. El capítulo III trata de los leprosarios nacionales. Su artículo 12 afirma que "El Estado se esforzará para el mejoramiento de la cultura y promoción del bienestar de los pacientes en los leprosarios nacionales".

El art. 13 afirma que el Estado procurará su rehabilitación social.

El art. 14 establece cómo proveerán los directores de enseñanza primaria, secundaria y de high school a los internados.

El art. 15 determina las causas por las que podrán salir los pacientes, que son muy limitadas.

Los art. 16 a 18 determinan medidas de disciplina, ejercicio de los derechos de paternidad para los menores y restricción de sacar objetos que no estén desinfectados.

El Capítulo IV, sobre bienestar, legisla que ha de ayudarse a los pacientes y a sus familias antes y después de internarse con dinero y bienes que serán estipulados por orden del Gabinete (Gabinet Order).

El Capítulo V, sobre gastos, explica que las prefecturas locales abonarán todos los gastos rubro por rubro a medias con la Tesorería Nacional, salvo la ayuda a los parientes del enfermo, que abonará ésta en su totalidad.

Hay un Capítulo VI, sobre Miscelánea, que legisla apelaciones al Ministerio sobre subsidios, penas para los médicos que no comunican los pacientes y quienes violan la inspección o se evaden.

Esta información fue conseguida por diligencia de la Srta. Ana Basmbrío, del Departamento de Relaciones Públicas de la Universidad.

## 1.7. ASPECTO SOCIOLOGICO.

### 1.7.1.

#### OBJETIVOS DE INVESTIGACION

Es el de realizar un estudio de la "Imagen existente respecto a la lepra en la Capital Federal".

Se parte de la hipótesis que hay un prejuicio sobre la enfermedad basado en la imagen bíblica que se tiene de la misma, identificándose ésta con la "Antigua campana". Este prejuicio estaría basado en el desconocimiento de la enfermedad, en ese temor irracional hacia algo que pueda afectar al hombre y que llevaría a cada uno a vivir alejado del núcleo familiar y social en el cual se mueve.

El hombre tiene miedo de todo aquello que se evidencia porque le impide fingir ante los otros. Todo ser humano tiene "su lepra" pero está disimulada por un rostro común. Se trata de llegar a descubrir las causas profundas que motivan una imagen y una actitud en el individuo.

Cuando la sociedad acepta distintas caras ante diversas situaciones o por diferentes motivos, el enfermo de lepra ya no tendrá por qué ocultarse ante el mundo. Esa es nuestra tarea común.

### 1.7.2.

#### AMBIENTE SOCIOGRAFICO EN EL QUE SE REALIZA LA INVESTIGACION

Se toma como ámbito para la investigación la ciudad de Buenos Aires, pero para una mayor exactitud en el estudio se considera también como grupo de referencia la población de General Rodríguez por encontrarse allí el Sanatorio-colonia Sommer para enfermos de lepra.

### 1.7.3.

#### METODOLOGIA

Se utilizan las siguientes técnicas seleccionadas a tal fin:

- 1) Sondeo de opinión pública.
- 2) Entrevistas inestructuradas.
- 3) Encuesta.

- 1) Se tomó una "muestra no aleatoria" de 200 personas, cotejando los resultados con los obtenidos en estudiantes de medicina considerados como grupo de control.
- 2) Se realizaron en el pueblo de General Rodríguez.
- 3) Dado que es imposible la muestra a toda la población se procedió a realizar (a toda la población) una muestra de la misma tomando sólo una parte del grupo, acerca del que se van a elaborar conclusiones.

Para que los resultados fuesen válidos se toma una "muestra aleatoria" en la que todos los individuos tienen la misma posibilidad de ser elegidos.

El método utilizado en la elección de la muestra sigue los siguientes pasos:

- 1) Se dividió el mapa de la ciudad de Buenos Aires.
  - a) En 20 circunscripciones políticas.
  - b) Una vez hecho esto se subdividió el mismo en cuadrantes de 6 cms. cada uno.
- 2) Se tomaron las poblaciones de las distintas zonas según los datos de los resultados provisionales del Censo Nacional de 1960.
- 3) De acuerdo a la población total se sacaron los porcentajes correspondientes de cada circunscripción. Como se quiere encuestar un total de 500 familias, se dividieron los porcentajes.
- 4) De acuerdo al número de cuadrantes que corresponde a cada circunscripción, y en proporción al número de manzanas que se deben encuestar se eligen las mismas. Se toman los vértices inferiores y se encuesta la manzana que toca.

Para el redondeo de los porcentajes se dispuso que cuando los centésimos eran menores de 35, se anulan; entre los 35 y 65 se toma "media manzana" y más de 65 se encuesta a toda.

1.7.4.

#### DISEÑO DE INVESTIGACION

Para una mayor comprensión del problema se transcribe el modelo gráfico del diseño de investigación.

El estudio comenzó en julio de 1966, dividiéndose el mismo en dos etapas, habiéndose concluido hasta el momento la primera. (El número en el gráfico).

(Este tipo de trabajo es de por sí un modelo sociológico que se ha querido completar con otro tipo descriptivo que será la meta de la segunda etapa citada).

## P. E. R. T.

(*Program Evaluation Review Technique*)

Aplicado a la investigación: "Imagen de la lepra en Buenos Aires"

### EXPLICACION DE LOS PASOS

- 1) Confección cuestionario de sondeo.
  - a) Revisión literatura.
  - b) Consulta a expertos.
  - c) Observación de participantes.
  - d) Bibliografía nacional.
  - e) Bibliografía extranjera.
- 1') Selección de la muestra del sondeo.
- 2) Aplicación del cuestionario.
- 3) Confección del código.
- 4) Tabulación.
- 5) Estudio del material.
- 5') Entrevistas existenciales.
- 6) Formulación de objetivos.
- 7) Confección de encuesta.
- 7') Control del fichero de entrevistadores.
- 8) Preparación del personal.
- 8') Selección de la muestra.
- 9) Aplicación del cuestionario de entrevista.
- 10) Codificación.
- 11) Tabulación.
- 12) Análisis estadístico.
- 13) Interpretación e informe.
  - a) Ubicación del fenómeno en el contexto social.
  - b) Posible formulación de diagnóstico.
  - c) Lineamientos generales para un posterior estudio.

1.7.5.

### RESULTADOS DE LA PRIMERA ETAPA

De acuerdo a los datos recogidos, que fueron analizados e interpretados, podemos deducir las siguientes conclusiones, los que se dan no a manera de hipótesis para la segunda etapa, sino como objetivos de interés a plantearse.

Se vio que existe un total desconocimiento del problema, tanto médico como psicosocial, aunque notándose que es éste el aspecto que más interesa al hombre común.

La imagen de la enfermedad está sensiblemente unida al deterioro de los rasgos físicos del enfermo de Hansen y posiblemente no ha entrado en el subconciencia de los individuos que puede haber enfermedad sin rasgos externos.

Muy pocos saben cuáles son los síntomas con que se presenta la enfermedad, si existen drogas curativas, ni dónde viven los enfermos, ni les



interesa, en cambio recuerdan anécdotas lúgubres de conocidos o parientes que tuvieron algún trato con enfermos.

Se asocia la palabra "lepra" con "miseria", "degradación" y "pobreza"; el enfermo de lepra, llama a caridad y comprensión. Eso es lo que hay que modificar. Sin embargo, donde existe, y esto es muy importante, un conocimiento del problema, el prejuicio se anula y el estereotipo se desdibuja. Por eso creemos que se puede llegar a dar que a un mayor conocimiento sobre la enfermedad, existirá un menor rechazo.

La imagen bíblica del hombre y con campanas, está ligada al ser humano. No les interesa tanto el contagio de la misma, como la deformación física.

Creemos que se deben romper los viejos esquemas que degradan no sólo al enfermo de lepra sino también a la enfermedad misma y por ende a la humanidad.

1.7.6.

#### ANALISIS E INTERPRETACION DE PORCENTAJES

<sup>1</sup> Se escribió más arriba que dentro de la primera etapa se aplicó un "sondeo" en capital federal y a estudiantes universitarios. Estos son los resultados obtenidos:

<i>Variable</i>	<i>Pregunta</i>	<i>Sondeo general</i>	<i>Sondeo a estudiantes</i>
Edad	—	—	—
Sexo	—	—	—
Ocupación	—	—	—
Publicaciones que lee	¿Qué diarios y revistas lee usted?	Sólo 5 % incluye publicaciones médicas en sus lecturas.	El porcentaje sube al 5 % y existen casos que leen únicamente publicaciones específicas.
Conocimiento indirecto	¿En su familia hay algún médico?	A pesar de que 60 % contestó afirmativamente no existe relación entre este factor y el conocimiento de la enfermedad, como lo prueban respuestas posteriores.	Idem.
Imagen	¿Con qué asocia usted la palabra lepra?	Los porcentajes indican una marcada tendencia a considerar los rasgos externos, y a rechazar al enfermo ya que sólo 2,5 % evidencia comprensión o solidaridad con el enfermo.	La imagen de los estudiantes está tomada de los conocimientos científicos que poseen y muy pocos lo ven desde el punto de vista humano.

<i>Variable</i>	<i>Pregunta</i>	<i>Sondeo general</i>	<i>Sondeo a estudiantes</i>
Conocimiento médico	Enumere en orden a su grado de contagio las enfermedades siguientes: Cardiopatías Sífilis Lepra Cáncer Poliomelitis Tuberculosis	El 45 % otorga absoluta prioridad a la lepra demostrando no sólo desconocer el tema sino la existencia de un prejuicio.	Los estudiantes colocan la enfermedad en el orden lógico.
Afectividad	Diga Ud. en orden a sus ideas tres adjetivos a la palabra lepra.	Es significativo que el 52 % no haya contestado pues muestra total ignorancia del tema como expresaron los entrevistados. El resto evidencia rechazo total.	Demostrando una grave preocupación científica, los estudiantes expresaron conceptos tales como: "Crónica", "Dérmica", "Infecciosa".
Interés	¿Leyó o escuchó algún artículo relacionado con el problema?	El alto porcentaje (85 %) que contestó negativamente da la pauta de la escasa motivación que existe para despertar el interés de la opinión pública.	A pesar de tratarse de un tema médico el 50 % de los estudiantes reconocen que no se han preocupado por él.
Conocimiento	¿Qué número de enfermos cree Ud. que hay en el país?	En general se le resta importancia dando cifras menores a la real. Para algunos, no hay en la Argentina enfermos de lepra.	Demuestran conocimiento.
Conocimiento	¿Cuáles cree Ud. que son los síntomas de la enfermedad?	Sólo el 20 % conoce los síntomas exactos (visibles). El resto los desconoce o los confunde.	Las respuestas son exactas salvo casos no significativos.
Percepción e imagen	Describa un enfermo como lo ha visto o como lo imagina.	El 65 % trasmite las sensaciones que le produce el hecho.	El 95 % considera a éste como a un enfermo normal.
Actitud	Si un pasajero tuviese como compañero de asiento a un enfermo de lepra y sabiéndolo no cambiase de lugar, ¿Ud. cómo lo consideraría?	Las respuestas coinciden en afirmar que se trata de bien, salvo el 2,5 % que un loco, un suicida o un arriesgado.	La mayoría lo ve muy riesgoso.

Variable	Pregunta	Sondeo general	Sondeo a estudiantes
Conocimiento	Contagiosa	SI - NO La opinión coincide en	Las opiniones son similares
	Hereditaria	SI - NO afirmar las tres cosas mos-	a las anteriores, aunque la
	Curable	SI - NO trando un temor irracional.	mitad cree que es curable. Un alto porcentaje piensa que es hereditaria.
Actitud	¿Qué haría usted en caso de contraer la enfermedad?	Para ambos casos: Es bajo el porcentaje de los que se informarían al respecto. La actitud sería: ocultarse y aislarse o no saber qué hacer. Lo importante es que la enfermedad permanezca oculta.	

1.7.7.

### INFORME SOBRE ENTREVISTAS REALIZADAS EN EL PUEBLO DE GENERAL RODRIGUEZ

Para hacer más completo el análisis de investigación se realizaron conversaciones con los habitantes del pueblo de General Rodríguez por estar situado cerca del "Sanatorio-Colonia Sommer".

### GUIA DE LA ENTREVISTA

#### PREGUNTAS EN GENERAL

- 1) Años de residencia en el lugar.
- 2) Rama de actividad.
- 3) Grado de dependencia económica con el hospital.
- 4) Conocimientos previos de la enfermedad a la residencia en el lugar.
- 5) ¿Qué opinan las amistades y los conocidos de que vivan en este lugar?
- 6) ¿Sabía que existía el hospital cuando se mudó?
- 7) En caso de que haya nacido allí, ¿alguna vez quiso mudarse por ese motivo?
- 8) ¿Conversó alguna vez con algún enfermo?
- 9) ¿Cree que es contagiosa?
- 10) ¿Cuál es la enfermedad que le impresiona más: la lepra o la tuberculosis?

#### PREGUNTAS ESPECÍFICAS

##### Maestra de escuela:

- 1) ¿Alguna vez habló con sus alumnos del tema?
- 2) ¿Surgió algún comentario de parte de ellos?
- 3) ¿Sabían ellos que existe el mismo?
- 4) ¿Es un tema que se habla con regularidad?

*Gerente de Banco:*

- 1) ¿Tienen cuenta los enfermos?
- 2) ¿Con qué capital trabajan?
- 3) ¿Habló con alguno de ellos?
- 4) ¿Da instrucciones al personal sobre el trato a llevar?
- 5) ¿Cómo cree que son las actitudes de ellos?
- 6) ¿Se impresionó al hablar con ellos?

*Empleado de Banco:*

- 1) ¿Trata que lo atienda otro empleado?
- 2) ¿Toma prevenciones después de atenderlos (se lava, etc.)?
- 3) ¿Recibe instrucciones para el trato?

*Párroco:*

- 1) ¿Ha visitado la colonia?
- 2) ¿Habla a los fieles sobre el tema?
- 3) ¿Encuentra difícil adaptar el Evangelio a la nueva concepción del problema?
- 4) ¿Encuentra rechazo por parte de los fieles hacia la enfermedad?

*Jefe de Policía:*

- 1) ¿Hubo algún disturbio motivado por los enfermos?
- 2) ¿Hay algún policía encargado de esa sección?
- 3) ¿Cuáles son los delitos más comúnmente realizados por los enfermos?
- 4) ¿Nota temor en la gente del pueblo por la presencia del hospital?
- 5) ¿Alguna vez tuvo dificultades con el personal por lo mismo?

*Médico del pueblo:*

- 1) ¿Tiene alguna especialidad o es clínico?
- 2) ¿Lo consultó algún vecino del lugar sobre la posibilidad de contraer lepra?
- 3) ¿Conoció algún caso de contagio?
- 4) ¿Aconseja medidas preventivas?

*Conductores de taxis:*

- 1) ¿Cuánto cobra usted por llevar personas al hospital?
- 2) ¿Hay algún conductor que se dedique exclusivamente a ese trabajo?
- 3) ¿Tiene usted inconvenientes en llevar enfermos al Sanatorio?

*Empleados municipales:*

- 1) ¿Tienen ustedes relaciones directas con el Sanatorio?
- 2) ¿Les han ocasionado problemas?

- 3) Cuáles son los trámites que deben realizar los enfermos en ésta?  
¿Los realizan ellos directamente?

#### *Comerciantes en general:*

- 1) ¿En su negocio vienen a comprar enfermos de lepra?
- 2) ¿Los identifica usted?
- 3) ¿Cuál diría usted que son los rasgos que evidencia la enfermedad?
- 4) ¿Cómo los atienden sus empleados?
- 5) ¿Trata de que los demás compradores no se den cuenta de la presencia de enfermos?

#### *Vecinos del lugar:*

Se utilizaron las preguntas de la guía general, más temas inestructurados que surjan en la entrevista.

1.7.8.

#### ANALISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LAS ENTREVISTAS

En base a las conversaciones sostenidas con los distintos informantes sacamos las siguientes conclusiones:

General Rodríguez es un pueblo chico, con vida comunitaria tranquila, en los alrededores existen dos hospitales, uno para enfermos de tuberculosis situado a dos kilómetros aproximadamente y el otro es el Sanatorio-colonia de enfermos de lepra, a veinticuatro kilómetros del centro urbano.

La mayor parte de la población ha trabajado o trabaja en los hospitales, esto sería uno de los factores que contribuyen a que exista un mayor conocimiento sobre el problema.

El 22 de noviembre de 1966 se cumplieron 25 años de la inauguración del citado nosocomio, acto que se aprovechó para que los dos equipos de football del pueblo jueguen en el "Sommer", en este lapso ninguna de las personas empleadas en el mismo, se han contagiado, ésto es uno de los argumentos que recuerdan con mayor frecuencia los habitantes del pueblo, para llegar a la conclusión de que la lepra no es totalmente contagiosa. Recuerdan asimismo el caso de una enferma cuyo marido trabajaba en la localidad de Mercedes; éste queriéndose enfermar para vivir al lado de su compañera, abría sus venas poniendo en ellas las heridas de su mujer, no logrando jamás contagiarse.

Pero estos argumentos decayeron debido a un episodio registrado hace unos años, en que los enfermos decidieron salir en masa del sanatorio, por problemas internos, amenazando con llegar al pueblo, el ejército no les permitió continuar la marcha. No sabemos si este episodio es verdad o no, pues se cuentan muchas historias que teniendo como base la verdad se agrandan y deforman en muchos aspectos; sin embargo este episodio ha

servido para crear la duda que muchos vecinos expresan de la siguiente manera: "¿Qué peligro tan grande encerrarán que tuvieron que recurrir al ejército para frenarlos?".

Se vio que para muchos el problema no es tal, pues nunca se ha hecho conciencia en ellos que puede ocasionarles inconvenientes.

La camioneta del Sanatorio y la de la cooperativa (propiedad de los enfermos) recorre las calles, siendo identificada por los habitantes a quienes no incomoda su presencia.

Se cree que dentro de la población existe un mayor conocimiento del problema, pues reconocen que aún no habiendo contacto directo con el enfermo de tuberculosis, ésta se puede transmitir, no siendo así con la enfermedad de Hansen, como anécdota se citarán las palabras de un poblador: "si uno toma de un mismo vaso en el que tomó un tuberculoso, puede que nos traguemos el virus". Sin embargo rechazan el trato con los enfermos de lepra y se sienten solidarios y compenetrados del problema los que conocen la zona del hospital reservada para administrativos y médicos, a pesar de ello son muy pocos los que conocen el sanatorio y los que fueron considerados este hecho como significativo de su preocupación al respecto.

Se ha notado que el temor por la presencia de enfermos de los citados establecimientos se agudiza en el caso de los enfermos de lepra. Como los tuberculosos no evidencian síntomas externos, el pueblo no los identifica, ante esta situación y a pesar de creer que las posibilidades de contagio son mayores, no se preocupan por averiguarlo. Esto permite inferir que el rechazo está provocado no por la enfermedad en sí, sino por las huellas que produce en los rasgos externos visibles, notándose que si éstas no existieran, desaparecería totalmente el temor, para ejemplificar esto, bastan las palabras del Señor Gerente de uno de los bancos de la zona: "Aquí los enfermos cobran sus haberes, han abierto cuentas, no nos interesa que vengan, siempre y cuando la enfermedad no se evidencie", y riéndose, comentó el caso de una enferma que se presentó con un capuchón; "dado que estos hechos se sucedían recurrimos a Salud Pública, para solucionarlos".

Asimismo el mozo de una confitería dijo: "No sabemos quiénes son los que se sientan en estas mesas, pues no lo podemos identificar y sí sé que hay leprosos... mientras los demás no se den cuenta..."

En cuanto a la visión que se tiene de la vida comunitaria dentro del establecimiento, generalmente opinan que en él se dan las relaciones tal como se podrían dar en cualquier otro grupo humano. Según declaraciones del Oficial de Policía de la Seccional del lugar, los delitos que se cometen en el hospital no difieren de los que ocurren en otros círculos.

La población desconoce cualquier tipo de campaña, tanto en pro o en contra del tema en cuestión, en los colegios, éste es tratado solamente cuando el programa del Consejo Nacional lo exige.



Las conclusiones a que se llegan después de realizado este estudio experimental son de carácter general y su exposición no implica la enunciación de ningún tipo de ley.

Sin embargo se deduce que:

- 1) *Es posible que a mayor conocimiento del tema exista mayor tendencia a la aceptación de la enfermedad.*
- 2) *Cuanto más agudas sean las secuelas externas que produzca la enfermedad mayor será el rechazo.*
- 3) *La dependencia económica atenúa considerablemente la imagen negativa del enfermo de lepra.*

2. — ANTEPROYECTO DEL CAPITULO "ENFERMEDAD DE HANSEN" DEL FUTURO CODIGO SANITARIO NACIONAL, SECCION "ENFERMEDADES TRANSMISIBLES"

*De la erradicación del Mal de Hansen:*

Artículo 1º — A partir de la sanción de la presente ley se adoptarán, con el objeto de erradicar la enfermedad de Hansen, las siguientes medidas:

- a) educación sanitaria integral de la población;
- b) investigación científica;
- c) formación de personal técnico y auxiliar; y
- d) atención psicológica, social, médica y económica del paciente y su familia, en la forma que se establecerá más adelante por la presente ley y la reglamentación que a sus efectos confeccionará el P.E.

Art. 2º — Es obligación en todo el territorio de la República la comunicación a la autoridad nacional o provincial del número de pacientes de lepra que atiendan los médicos, ya sea en dispensarios, hospitales, consultorios o a domicilio, en lugares públicos o privados. Dicha autoridad será responsable del secreto de los referidos informes.

Art. 3º — Al recibir la comunicación la autoridad sanitaria se comprometerá a proporcionar a los médicos o centros sanitarios, gratuitamente, terapéutica y servicios de asistencia social y psicológica. Ello se proveerá haya o no internación en hospital, sanatorio u otros institutos asistenciales. El facultativo decidirá la necesidad de su utilización; también dispondrá la revisión periódica y la asistencia social y psicológica que requieran la familia y convivientes del paciente.

El médico deberá comunicar nombre y domicilio de aquellos enfermos que hayan abandonado el tratamiento.

Art. 4º — La autoridad sanitaria nacional o provincial en su caso, confeccionará un registro nacional o local formado por las comprobaciones obtenidas según lo expuesto en los artículos anteriores, con carácter secreto del número de personas enfermas del mal de Hansen y sus convivientes. Las autoridades provinciales que reciban el informe de los médicos, suministrarán el informe correspondiente a la nacional.

Art. 5º — El P.E. Nacional concertará convenios con las provincias a los fines del mejor cumplimiento de la presente ley. Todos los médicos habilitados en la República Argentina serán avisados por la autoridad sanitaria de sus obligaciones y de la necesidad de lograr un estricto control sobre la continuidad en el tratamiento del enfermo y los convivientes, así como del estado de salud de unos y otros.

Art. 6º — Corresponde a la autoridad nacional y provincial en forma conjunta, alternativa o separadamente, estimular la revisión sistemática de la población, para lograr el diagnóstico precoz de la enfermedad de Hansen, así como el de otras enfermedades transmisibles. A tal fin la reglamentación proveerá la organización de “catastros” con los antecedentes que se obtengan, así como el medio por el cual se dará cumplimiento a lo precedentemente dispuesto.

#### *Del tratamiento gratuito y obligatorio:*

Art. 7º — Toda persona enferma del mal de Hansen está obligada al tratamiento continuado mientras lo disponga el médico que lo asiste o la autoridad sanitaria competente.

Art. 8º — El tratamiento a que se refiere el artículo anterior será preferiblemente ambulatorio en los dispensarios dependientes de los hospitales generales. Para este caso se procederá siempre tratando de integrar a los enfermos con los pacientes de los referidos hospitales, dispensarios u otras instituciones y la Reglamentación establecerá cómo se actuará en estos casos.

Art. 9º — La internación procederá únicamente en los pacientes en los que se diagnostique “estado agudo reaccional” o resistencia al tratamiento de rutina o intolerancia a las drogas o en los casos en que lo requiera la rehabilitación del enfermo.

En todos los casos la internación estará sujeta a lo que disponga el médico atendiendo a las características psicosomáticas del enfermo y la evolución de la enfermedad. En toda la duración del tratamiento y profilaxis se evitarán las formas coercitivas, recurriendo fundamentalmente a la educación y la persuasión.

#### *De la rehabilitación:*

Art. 10. — Tanto el Estado Nacional como los Estados Provinciales se encuentran obligados, a partir de la sanción de la presente ley, a proveer a los enfermos del mal de Hansen, los elementos requeridos para su rehabilitación física y psicológica, tendiendo en particular a que recuperen la capacidad de trabajo según sus aptitudes. A tal fin se establecerán centros de rehabilitación, donde podrán colaborar instituciones privadas, en los que se promoverá el conocimiento de oficios o profesiones, iniciándoles en la actividad económica propia del medio social general, tratando en lo posible que los pacientes en tareas de rehabilitación se integren con los demás miembros de la sociedad donde actúan. Las autoridades sanitarias

utilizarán los actuales sanatorios colonias existentes y otros edificios y lugares destinados al respecto, según lo requieran las necesidades futuras, para centros de rehabilitación, investigación y formación del personal. El P.E. establecerá en la Reglamentación el funcionamiento y organización de los aludidos centros de habilitación.

*De los beneficios sociales y atención psicológica:*

Art. 11. — Los enfermos del mal de Hansen afectados en tal grado por la enfermedad que les imposibilite para el trabajo total o parcialmente, tendrán derecho a los siguientes beneficios:

- a) un retiro definitivo para aquellos que han pasado los 55 años de edad y que llevan más de 20 años de imposibilidad física y laboral;
- b) un retiro provisional que se le reconocerá durante el período de tratamiento cuando éste exija inactividad absoluta o relativa y durante el período de rehabilitación. En caso de quedar incapacitado el enfermo, a juicio de la autoridad sanitaria, en el 60 % como mínimo de su capacidad laborativa total, el haber del retiro se transformará en permanente.

El haber correspondiente será el jubilatorio mínimo\* establecido o a establecerse en la legislación provisional. La reglamentación establecerá la forma y condiciones que se hará efectivo el beneficio.

Art. 12. — Los enfermos del mal de Hansen que resulten beneficiarios de alguna de las leyes de previsión social, sean éstas nacionales o provinciales y ordenanzas municipales, gozarán de la jubilación o compensación que en dichas leyes u ordenanzas se determine. En tal caso el beneficiario podrá optar entre el haber acordado según el artículo anterior y el que le hubiere correspondido según el sistema previsional que le comprende. El enfermo de Hansen deberá denunciar por declaración jurada a prestar ante la autoridad sanitaria el goce de jubilación, retiro, pensión o compensación patrimonial a que se refiere el presente artículo.

Art. 13. — El P.E. Nacional y los Gobernadores de Provincia en la órbita de sus respectivas jurisdicciones promoverán la formación de asistentes sociales y colaborarán en la especialización en las distintas disciplinas sociales. La reglamentación establecerá cómo se procederá para que estos agentes sociales demuestren la preocupación del Estado en la atención social y psicológica de los pacientes de Hansen.

Art. 14. — El Estado Nacional y los Gobiernos Provinciales no pondrán objeciones para el empleo de los enfermos rehabilitados o curados en cargos públicos, exigiéndose únicamente la certificación médica de estilo.

Los enfermos de lepra que a partir de la sanción de la presente ley, desempeñen en los sanatorios-colonias existentes o en los futuros centros de rehabilitación, tareas equivalentes a la de personal sano, gozarán de la misma condición y remuneración.

Art. 15. — Para el otorgamiento del certificado prenupcial deberá tenerse en cuenta la existencia de la enfermedad. En ningún caso se dejará constancia en el documento del diagnóstico arribado, pero se procederá a la comunicación en los términos de los arts. 2º y 3º a los fines de profilaxis y tratamiento. El médico que expida el certificado deberá hacer conocer al contrayente sano la presencia del mal de Hansen y sólo expedirá el certificado ante su conformidad expresa vertida en instrumento público.

#### *De las sanciones y penalidades:*

Art. 16. — Los médicos y demás profesionales en el arte de curar que en el ejercicio de su profesión, ya sea privadamente o como funcionarios nacionales, provinciales o municipales, violen el secreto a que se refieren los arts. 2º y 3º de la presente ley, serán pasibles de inhabilitación durante seis meses.

Art. 17. — Los médicos y demás profesionales en el arte de curar que en el ejercicio de su actividad pretendiesen u obtuviesen beneficios pecuniarios ilegítimos, serán pasibles de multas de diez mil a cien mil pesos, cuyo importe se imputará al presupuesto de los centros de rehabilitación, investigación y formación de personal que se crean por la presente ley; todo ello sin perjuicio de las sanciones que pudieran corresponderle según el Código Penal. Como accesorios, se les inhabilitará por el término de seis meses a dos años.

Art. 18. — Los funcionarios y empleados administrativos, sean éstos profesionales o no, que violen el secreto a que se refieren los artículos 2º y 3º de la presente ley u omitan la discreción que requiere el cumplimiento de sus funciones, serán pasibles de cesantía, que se decretará conforme a lo establecido en el decreto n° 6666/57 si fueran dependientes de la Administración Nacional o de las disposiciones que al respecto rijan en las jurisdicciones provinciales o municipales de quien dependan.

Art. 19. — En el caso de las sanciones y penalidades a que se refieren los artículos 16 y 17 de la presente ley, se procederá conforme a lo establecido en las leyes nacionales o locales que regulen el ejercicio de la profesión. En caso de no existir éstas, se juzgará por los jueces nacionales o locales, atendándose a las leyes de procedimientos y de organización de los tribunales respectivos.

Art. 20. — Derógase por la presente la ley 11359 y toda otra disposición que se le oponga.

Art. 21. — De forma.

#### BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> Faget G. H. y cols. "The promin treatment of Leprosy, a progress report". Publ. Hlth. Rep. Wash. 58, 1729, 1943.

<sup>2</sup> Hudson E. H. "Historical approach to the terminology of syphilis". Int. J. of Leprosy. 32, 417, 1964.

<sup>3</sup> Cochrane R. G. *Leprosy in theory and practice*. J. Wright 8. Sons Lim. Bristol. 1964.

- <sup>4</sup> Baliña L. M., Gatti J. C., Wilkinson F. F. "Manual de Leprología". Ed. El Ateneo. Bs. As. 1963.
- <sup>5</sup> "Relatorios finais das Comissoes Técnicas" del Congreso Internacional de Leprología de Rio de Janeiro, 1963.
- <sup>6</sup> V. Martínez Domínguez. *Clase en el Curso de Perfeccionamiento para Graduados*. Universidad del Salvador. Buenos Aires, 1963.
- <sup>7</sup> Onorato F., Basombrio G., Arguello Pitt L., Quiroga M. I., Fernández J. M. M., Scsujman S., Capurro E. T., *Informe de la Comisión designada por la Resolución N° 4.277 del Ministro de Asist. Social y Salud Pública*.
- <sup>8</sup> Itoh M. y Eason A. "Manual para adiestrar el personal en la rehabilitación de enfermo de Lepra". Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la O.M.S. Washington, D. C. E. U. A. 1963.
- <sup>9</sup> Finkel y Cols. "La personalidad autoritaria".
- <sup>10</sup> Allport, "Natural del prejuicio". Eudeba, Bs. As.
- <sup>11</sup> "Reglamento de la lucha contra la lepra, enfermedades venéreas y Dermatosis" (España 4-7-1958).
- <sup>12</sup> "Reglamento de Profilaxis de la Lepra" (México, año 1955).
- <sup>13</sup> "Decretos Leyes N° 36.450 y 36.451 del mes de agosto de 1947; y Decreto Ley N° 43.756 del mes de junio de 1961" (Portugal).
- <sup>14</sup> "Legislación General sobre enfermedades infectocontagiosas" (Noruega).
- <sup>15</sup> "Legislación General sobre enfermedades infectocontagiosas" (Dinamarca).
- <sup>16</sup> "Reglamento para denuncia de enfermedades trasmisibles" (Ecuador).
- <sup>17</sup> "Reglamento de la División de Control de la Lepra del Departamento de Sanidad" (Thailandia).
- <sup>18</sup> "Legislación general sobre enfermedades infectocontagiosas". (Finlandia).
- <sup>19</sup> "Legislación sobre Lepra, referente al matrimonio" (Suecia).
- <sup>20</sup> "The Public Health (Leprosy) Regulations, 1951, N° 1036" (Gran Bretaña).
- <sup>21</sup> "Lepra Savasi Yönetmeliği"; T. C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanligi; yayımlarından N° 121 (Turquia).
- <sup>22</sup> Chapter 165, "Leprosy Act, R. S." (Canadá).
- <sup>23</sup> "Leprosy Prevention Law" (Lew N° 214 of August 15, 1953) (Japón).
- <sup>24</sup> "Lei N° 610 de 13 de Janeiro de 1949"; "Lei No. 1045 de 2 de Janeiro de 1950 e portaria N° 160 de 23 de Julho de 1956".
- <sup>25</sup> "Regimento do Servico Nacional de Lepra", Rio de Janeiro. 1955.
- <sup>26</sup> "Controle da Lepra no Brasil" Rio de Janeiro. 1963.
- <sup>27</sup> "Lei N° 3542 de 11 de Fevereiro de 1959"; "Decreto No. 968 de 7 de Maio de 1962" (Brasil).
- <sup>28</sup> "Legislación General sobre Lepra" (Irán).

USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR