

EL PROGRAMA DE CONTROL DE LEPRA EN PARAGUAY*

I. INTRODUCCION

La convicción general en todo el país de la gravedad del problema de la lepra, hace largo tiempo que constituye un motivo de preocupación para el Gobierno del Paraguay, y desde 1947 existe un Departamento de Lepra entre los organismos que integran el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Factores de diversa índole, entre ellos la falta de personal técnico en cantidad suficiente, y limitaciones inevitables en el presupuesto general de gastos, impidieron hasta hace corto tiempo que el Departamento de Lepra desarrollase sus actividades profilácticas de manera sistemática y constante, y pusiese en ejecución un plan de campaña contra la lepra.

En noviembre de 1955, bajo la orientación del Programa Paraguay-9, se puso en ejecución un plan de control de lepra basado en el tratamiento ambulatorio con sulfonas, y en la eliminación de medidas coercitivas, como el aislamiento compulsivo, conforme a la nueva orientación de la lucha contra la lepra presentada en la III Conferencia Panamericana de Leprología reunida en Buenos Aires en 1951¹ y propuesta y defendida ya desde mucho tiempo atrás por los leprólogos nacionales.

No pretenderemos en este seminario demostrar que nuestro sistema de lucha es bueno o malo, ya que ello requiere varios años de observación. Sólo queremos exponer los progresos alcanzados y sentar algunas conclusiones de los datos acumulados.

* Preparado por el Departamento de Lepra, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Director: Dra. Amelia Aguirre de González.

¹ R. G. Ugarriza; E. Rodríguez, y D. Meza: *El dispensario como centro fundamental de la lucha antileprosa*. Memoria de la Tercera Conferencia Panamericana de Leprología, Buenos Aires, Argentina, 1954.

II. PLAN DE ACCION

El Programa Paraguay-9 viene desenvolviéndose progresivamente de acuerdo con el siguiente plan de acción.

1) Realización de una encuesta general en todo el país, que comprenderá:

- a) Descubrimiento y clasificación de casos.
- b) Determinación de los focos de infección y examen de todos sus contactos.
- c) Determinación de índices lepromínicos.

La investigación de casos se llevará a cabo entre toda la población, empezando por grupos organizados tales como:

- a) Alumnos de las escuelas primarias. (Se considera que las personas de edad escolar son las más susceptibles a la infección y que las escuelas son el lugar donde se pueden descubrir con mayor facilidad los casos incipientes).
- b) Alumnos de las escuelas secundarias, colegios y universidades.
- c) Grupos objeto de reclutamiento militar y beneficiarios de la "Libreta de Salud", supeditados a examen médico completo.
- d) Empleados y funcionarios públicos.
- e) Colectividades obreras, grupos deportivos y otros.

Los casos incipientes encontrados en los grupos arriba mencionados serán el punto de partida de la investigación epidemiológica a fin de localizar el foco de infección y los casos por contactos. Esta labor la llevarán a cabo los leprólogos de los dispensarios, quienes recorrerán las localidades urbanas, suburbanas y rurales dentro de sus respectivas demarcaciones, a modo de una unidad móvil. Estas unidades móviles de los dispensarios especializados localizarán los casos y organizarán los circuitos de distribución de medicamentos para el tratamiento de los casos y contactos que se hayan encontrado.

Este trabajo se completará por un procedimiento similar por los centros de salud existentes en el país, utilizando el personal disponible y entrenado con este fin.

2) *Tratamiento* (intensivo) de los casos conocidos y descubiertos.

El tratamiento será fundamentalmente ambulatorio y hecho por dispensarios especializados y centros de salud, hospitales y puestos sanitarios, utilizando para ello los medicamentos más adecuados, en forma intensiva y gratuita.

Teniendo en cuenta que el Gobierno ha hecho ya una vacunación masiva con BCG en casi todo del país, la vacunación de los contactos lepromino-negativos se hará en los centros de salud encargados del mantenimiento del programa de vacunación anti-tuberculosa.

3) *Vigilancia* periódica de los contactos.

La vigilancia de los contactos la efectuarán los dispensarios especializados o los centros de salud bajo la dirección técnica del Departamento de Lepra.

Durante el desarrollo del plan, se determinará la conveniencia del establecimiento de los dispensarios, tomando para ello en consideración los resultados de la encuesta y el interés de las colectividades e instituciones voluntarias en colaborar con el programa.

Se determinarán las jurisdicciones demográficas de cada uno de los dispensarios establecidos a fin de que no quede sin la efectiva atención la población urbana y suburbana de Asunción y del resto del país.

Entre las medidas complementarias se hallan también el aislamiento de casos seleccionados en el Leprosario de Santa Isabel y el internado transitorio de los niños contactos en instituciones adecuadas o en hogares.

Estas instituciones se ampliarán y se mejorará su funcionamiento.

El adiestramiento del personal de todas las categorías se hará por medio de:

Cursillo de especialización en el nivel central y de orientación para el personal directivo de las diversas dependencias ejecutivas del Ministerio.

Organización de un programa regular de adiestramiento en el servicio mismo.

Becas en el extranjero.

Se espera que los estudiantes de medicina y de profesiones afines puedan aprovechar los programas de adiestramiento que se proyectan.

Las actividades señaladas en los párrafos anteriores serán respaldadas por un programa específico de educación sanitaria, que debe ser planeado convenientemente por el Departamento de Lepra en colaboración con el Departamento de Educación Sanitaria.

Aunque este programa va a beneficiar a toda la población del país, se considera beneficiará particularmente a los menores de 15 años, los más susceptibles a la infección y donde se encuentra la mayoría de los casos incipientes que responden más fácilmente al tratamiento.

Este grupo comprende el 54% de la población total del país, o sea unas 882.000 personas.

Fundamentos técnicos del programa

Una acción profiláctica es tanto más eficaz cuanto más completo es el conocimiento del médico sobre la enfermedad. La lucha contra una enfermedad contagiosa se basa siempre en los siguientes puntos:

- a) descubrimiento del enfermo, que es fuente de contagio;
- b) tratamiento;
- c) control periódico de los individuos expuestos al peligro de contagio;
- d) prevención de la infección;
- e) conocido el mecanismo de transmisión, anular o excluir los factores intermediarios que la hacen posible o la facilitan.

Con relación a la lepra, nuestros conocimientos son incompletos, y en ciertos aspectos inductivos solamente como ocurre en la contagiosidad y modo de transmisión de esta enfermedad. En cambio en otros aspectos contamos con conocimientos que permiten tomar medidas profilácticas eficaces contra la enfermedad. Si bien estas medidas son esencialmente las mismas en todas partes, varían de un área endémica a otra, adaptándose a las condiciones locales, tales

como recursos económicos, personal técnico competente, nivel de vida de la población, extensión de la endemia, medios de transporte, etc.

En el Paraguay el programa de lucha contra la lepra se basa en los siguientes fundamentos técnicos, considerados como indiscutibles:

a) *El tratamiento con sulfonas.* La eficacia de este tratamiento es innegable, especialmente en los casos indeterminados, a los que transforma en negativos clínica y bacteriológicamente, evitando así su transformación en casos lepromatosos.

b) *Descubrimiento de casos.* El logro del objetivo mencionado en el punto a) depende, entonces, del descubrimiento de los casos en el área endémica. La obtención de un censo integral de casos en sentido estricto, es imposible por razones tan obvias que apenas si es necesario citar: falta de leprólogos, insuficiencia de transporte, desplazamiento constante de enfermos, etc.

En áreas endémicas, donde los servicios de lepra funcionan desde hace muchos años y donde se ha registrado ya un elevado número de enfermos, la tarea es sencilla, pues se reduce a la simple vigilancia periódica y sistemática de los contactos.

En el Paraguay, el descubrimiento de los casos de lepra sólo podría lograrse mediante una investigación tan amplia como fuese posible y que abarcase todas las capas de la población. Inicialmente, la investigación será facilitada por el examen de colectividades organizadas, comprendiendo éstas un elevado porcentaje de la población. Posteriormente la investigación se extendería al resto de la población, es decir, a las personas no comprendidas en colectividades organizadas.

En nuestro país es evidente que la colectividad organizada que ofrece mayor interés es la que muestra mayores posibilidades de descubrimiento de casos con manifestaciones iniciales, como la población escolar y los reclutas (17 años). Por lo general estos casos corresponden al grupo indeterminado. Sa-

bido es que este grupo es fuente potencial de contagio por su frecuente transformación en tipo lepromatoso en un plazo variable. El tratamiento con sulfonas de estos casos impide esta transformación, realizando una verdadera profilaxis e interrumpiendo definitivamente la cadena de contagio que hasta este momento ha venido manteniendo la difusión de la endemia.

Los casos descubiertos, incipientes o no, sirven de punto de partida para la determinación del foco, constituido por tres elementos conocidos: 1) el enfermo contagioso; 2) el enfermo descubierto, y, 3) los contactos. El descubrimiento de los casos permite iniciar inmediatamente el tratamiento sulfónico y la determinación del índice de los contactos.

c) *Vigilancia de los contactos.* La lepra es una enfermedad que, esencialmente, se transmite por la convivencia más o menos íntima en el hogar y en el trato diario. Así, la vigilancia periódica y sistemática de los contactos, sean éstos familiares o no, asume mucha importancia en toda campaña de profilaxis de la lepra.

Como esta enfermedad tiene al parecer largo período de incubación, la vigilancia de los contactos no se limitará a un examen único, sino que se ejercerá periódicamente, a intervalos variables en cada caso, de seis meses a dos años, según la naturaleza de la fuente de contagio y la prueba lepromínica.

La vigilancia estricta de los contactos debe prolongarse por un tiempo no inferior a seis años, y se considera tres años como el promedio del período de incubación.

d) *Prevención.* En la prevención de la lepra deben utilizarse los siguientes medios de lucha:

1) *Profilaxis de exposición:* o sea el alejamiento del foco contagioso de las personas susceptibles de contagio, o la separación de las susceptibles.

El aislamiento de los enfermos contagiosos, medida preconizada y adoptada universalmente hasta hace poco tiempo, ha demostrado ya ser de eficacia mínima y contra-

productente en la mayoría de los casos, además de dispendiosa. Es evidente que, por muy rigurosa que sea la aplicación de la medida, no alcanzará a la totalidad de los enfermos contagiosos. Comprendiendo la segregación en leprosarios, y aún cuando la campaña fuese ejecutada en las mejores condiciones, no se llegaría a reunir más del 20 % de los enfermos. Este solo hecho reduce la eficiencia de la medida de tal modo que el resultado no compensaría el sacrificio financiero que supone. Por otra parte, por atraerentes que fuesen estos leprosarios, es fácil comprender que provocarían la resistencia y el ocultamiento de los enfermos.

El concepto actual de aislamiento tiende a modificarse cada día más, ya sea por la mayor flexibilidad de las condiciones exigidas para poner fin a la segregación o por el menor rigor en la imposición de las medidas de aislamiento. En algunas áreas se sustituye el aislamiento nosocomial en leprosario por la hospitalización en enfermerías, en hospitales generales o especializados donde el enfermo recibe tratamiento durante las fases agudas y los episodios contagiosos de la enfermedad.

Por lo mismo que la lepra no es de transmisión congénita, aunque sí por contacto, se adopta, como uno de los elementos básicos de la campaña, la separación de los hijos de los enfermos de forma contagiosa, desde el nacimiento. En la mayor parte de los países de endemia extensa se emplean establecimientos destinados exclusivamente a este objeto: los preventorios, dotados de casaca para los recién nacidos. Si bien este procedimiento resulta excelente desde el punto de vista profiláctico, no siempre ha demostrado ser igualmente benéfico desde el punto de vista social y psicológico. Hoy día se aconseja, siempre que sea posible, la ubicación familiar subvencionada por el Estado, o establecimientos generales, donde conviven con los demás niños en idénticas condiciones que éstos.

2) *Inmunización*: Hasta el presente no existe procedimiento alguno capaz de asegurar inmunidad contra la infección de la

lepra, si bien son alentadores los resultados obtenidos con la inmunización cruzada, que se obtiene mediante la administración de BCG a los susceptibles. El procedimiento es aconsejable en las campañas de profilaxis de la lepra, porque siendo equivalentes la leprominorreacción positiva natural y la inducida por la calmetización, se ha de obtener, como resultado mínimo, una inversión del porcentaje de las formas clínicas, pasando a predominar el tipo tuberculoide.

3) *Legislación*: Es imprescindible disponer de una legislación adecuada para la ejecución de la campaña contra la lepra. Las leyes de profilaxis de la lepra varían considerablemente de un país a otro, conforme a la orientación técnica seguida por sus respectivos servicios de lepra.

La ley paraguaya fue sancionada en 1918. Necesita que sea revisada de manera que se ajuste a los modernos conceptos de la leprología y a la orientación trazada por el Departamento de Lepra. En su elaboración se tendrá en cuenta que las medidas drásticas y coercitivas ofrecen resultados casi siempre contraproducentes, y que, por otra parte, el Departamento de Lepra deberá contar con suficiente apoyo legal para imponer determinadas medidas cuando éstas se hagan necesarias, si bien siempre será preferible que se acepten por persuasión mediante la educación sanitaria.

Serán medidas básicas del desenvolvimiento de la campaña y por lo tanto de carácter obligatorio, las siguientes, que nacen de imperativos de la orientación adoptada por el Departamento de Lepra:

- a) tratamiento de todos los enfermos de lepra;
- b) examen periódico y sistemático de los contactos familiares y extrafamiliares;
- c) separación de los recién nacidos, cuando el foco es de forma contagiosa.

Estas medidas se completarán con las siguientes, de índole accesoria:

- a) asistencia social al enfermo y sus familiares;
- b) control de enfermos tratados por médicos particulares;

c) control de tránsito de enfermos en las fronteras, conforme a acuerdos internacionales;

d) reglamentación técnica de las instituciones de beneficencia no oficiales que participan en la lucha contra la lepra.

No será, por cierto, obligatoria la segregación nosocomial por las razones ya expuestas, pero el Departamento de Lepra, debe disponer de medios legales que le permitan adoptar esta medida cuando las circunstancias lo exijan. Esto mismo es, precisamente, lo que recomienda el Comité de Expertos en Lepra, de la OMS, cuando dice: "... con todo, se puede considerar aconsejable que las autoridades dispongan de poderes para el aislamiento compulsivo, el que será aplicado cuando sea necesario y posible . . ."*

Competerá al Departamento de Lepra reglamentar las actividades de los enfermos imponiendo restricciones al ejercicio de aquellas actividades que, a su juicio, puedan ser perjudiciales a la salud pública, pero estas restricciones serán atenuadas progresivamente a medida que los enfermos vayan pasando de la simple autorización para el ejercicio de determinadas profesiones, mediante un permiso de trabajo, hasta el alta definitiva.

Finalmente, estas medidas legales se completarán con otras que provean al Departamento de Lepra de medios para dar a la búsqueda de casos la mayor amplitud posible, como ocurrió, por ejemplo, con la obligatoriedad del examen dermatológico para la obtención de la Libreta de Salud, de lo que resultó en menos de un año, el descubrimiento de 218 nuevos casos de lepra en el área de Asunción. Aún cuando se piense obtener en el futuro con la educación sanitaria resultados similares, este procedimiento deberá ser extendido a otras actividades de la población, con incalculables beneficios para ésta.

La colaboración de la clase médica es de alto valor en la tarea, pero desgraciadamente

* Organización Mundial de la Salud: *Expert Committee on Leprosy: First Report* WHO Technical Report Series No. 71, sbre. 1953.

no siempre comprende bien la necesidad de que todos los focos existentes en el país lleguen a conocimiento del Departamento de Lepra. Esta medida no pretende interferir en manera alguna con el ejercicio de la profesión médica, y menos aún atentar contra el secreto profesional; sino que tiende, simplemente, a que el Departamento de Lepra pueda cumplir su misión de velar por la salud pública, que, en este caso específico, es la vigilancia de los focos.

4) *Educación Sanitaria*: La educación sanitaria es uno de los elementos primordiales para el éxito de la campaña contra la lepra, bien que sus efectos sean lentos y difícilmente perceptibles.

Especial atención deben merecer los médicos no especialistas cuya colaboración en la lucha contra la lepra es de valor inestimable. De ahí la necesidad de intensificar los conocimientos de la leprología, tanto en las cátedras de dermatología, como en una especial de leprología que se debiera crear.

5) *Formación de técnicos*: Considerando la especialización que la profilaxis de la lepra exige a los que asumen la responsabilidad de la ejecución de la campaña, es de todo punto de vista conveniente que los médicos y demás funcionarios reciban una preparación especializada al ingresar en los Servicios de Lepra. Esto puede lograrse por medio de cursos de especialización leproológica en los cuales se estudian teóricamente los diversos aspectos y se complementan con demostraciones prácticas. Para el ingreso en los Servicios de Lepra, pueden bastar los cursos intensivos que comprendan: a) propedéutica dermatológica, etiología, patología, clínica, epidemiología y profilaxis de la lepra; b) período de adiestramiento en un dispensario especializado.

Estos cursos intensivos, recomendables en áreas donde no hay leprologos en número suficiente, no bastan sin duda para la formación de técnicos, pero sirven de base de una especialización más completa en centros de organización más antigua y más amplia.

En países de elevada endemicidad es imprescindible la formación de suficientes

técnicos leprólogos para la ejecución de la campaña contra la lepra; y por esto se preconiza en todos los congresos internacionales un mayor desenvolvimiento de la enseñanza de la leprología, sea en las cátedras de dermatología o de enfermedades tropicales, o como disciplina autónoma. En este particular no es posible dejar de lado la valiosa colaboración que puede esperarse de los médicos en general en la lucha contra la lepra, y esta colaboración será mucho más eficaz si el médico ha recibido en los cursos de la carrera de medicina una preparación leproológica adecuada.

Es más, en los países de epidemia extensa, el médico higienista integra los programas generales de salud pública; ayudado por los modernos conceptos de profilaxis de lepra, es el llamado a participar activamente en la lucha, tomando a su cargo las tareas específicas en los centros de salud en las zonas donde no existen dispensarios especializados. Es fácil de comprender que sólo podrá ejercer estas funciones si tiene una preparación adecuada, y que ésta sólo es posible si la leprología se enseña en las escuelas de salud pública.

6) *Cooperación particular*: La cooperación de las asociaciones de beneficencia no oficiales en la lucha contra la lepra, es muy valiosa. Las actividades de estas entidades, bien orientadas por las autoridades sanitarias encargadas del desarrollo de la campaña, facilitan la adopción de ciertas medidas profilácticas, en ocasiones indispensables, tales como la restricción del empleo de enfermos en ciertas profesiones, o la separación de los recién nacidos del foco contagioso, etc.

De esta manera, la función principal de estas asociaciones es la asistencia social al enfermo y a su familia, si bien su campo de acción puede ampliarse bajo la orientación de los Servicios de Lepra, colaborando en el sostenimiento de dispensarios, de casas-cuna, y de otros organismos que los responsables de la lucha consideren necesarios.

III. PROCEDIMIENTOS Y ORGANIZACION PROFILACTICA DEL PLAN DE ACCION

Los procedimientos para ejecutar el plan de acción, destinado a alcanzar el control de la epidemia de lepra en el Paraguay, se basan en los fundamentos técnicos del programa, y será el que se expone a continuación.

1. *Búsqueda intensiva de casos en todo el país*

El procedimiento para alcanzar este objetivo sería hacer un censo general de lepra en todo el país. Teóricamente este censo es posible, pero en la práctica no lo es, cualquiera que fuere el método que se adopte para su ejecución, pues no hay área endémica que pueda disponer de recursos técnicos suficientes, y de medios legales para su ejecución. Por esta razón se tomó como punto de partida de las actividades para el control de la lepra, no el censo general o la investigación casa por casa, sino otro asequible, dentro de los medios disponibles, la búsqueda intensiva de casos.

Procedimiento: El hallazgo de casos se realiza sometiendo a examen dermatológico el mayor número posible de individuos, partiendo de las entidades organizadas, por las facilidades que éstas ofrecen por su condición de tales. Estos grupos fueron mencionados ya en el "Plan de acción."

En la edad preescolar el descubrimiento de casos se hace mediante el examen dermatológico de los niños consultantes en hospitales y centros de salud, y el obligado examen de piel de los que deben ingresar en las casas-cuna, jardines de la infancia, asilos, etc.

El hallazgo de casos en el resto de la población se logra mediante las siguientes medidas:

a) Obligatoriedad del examen dermatológico de todas las personas interesadas en la obtención de libreta de salud;

b) examen dermatológico de todas las personas internadas en instituciones oficiales: hospitales, asilos, penitenciarias, etc.;

c) verificación de denuncias y notificaciones.

Una vez que se ha logrado examinar del 50 al 60 % de una población dada, las actividades de búsqueda de nuevos casos se transfieren a otra, donde se repite el procedimiento.

La tarea de descubrimiento de casos nuevos no debe ser una actividad eventual del Departamento de Lepra, sino que será continua y permanente. Por ejemplo, esta continuidad se logra mediante el examen dermatológico de los escolares al empezar la escuela y de los reclutas al ingresar en el cuartel.

Los individuos considerados sospechosos en la investigación intensiva de casos, se envían al Dispensario Central para dilucidación de diagnóstico, y allí se fichan como enfermos si la sospecha es confirmada, o se mantienen en observación para nuevos y periódicos exámenes, hasta la completa dilucidación del caso. En estos exámenes se realizan todas las pruebas necesarias.

2. Localización de focos

Cada enfermo nuevo será el punto de partida de nuevas investigaciones epidemiológicas destinadas a la localización e individualización del foco.

Se procede al registro y clasificación de los enfermos y se inician de inmediato el tratamiento y la vigilancia del foco, por los procedimientos que se indican más adelante. Tales actividades competen a los dispensarios especializados, y donde éstos no existan, a los centros de salud, hospitales y puestos sanitarios del país, todos obedeciendo normas establecidas por el Departamento.

3. Tratamiento

El tratamiento de los casos de lepra de cualquier forma clínica o grupo será en esencia ambulatorio y totalmente gratuito, de acuerdo con la orientación adoptada por el departamento de lepra, a base de medicamentos del grupo sulfónico, sea por el empleo de radical-madre, o por el de los derivados disubstituidos.

4. Vigilancia de los contactos

La vigilancia de los contactos constituye una de las tareas de mayor importancia en las actividades de control de la endemia.

Procedimiento: la vigilancia de los contactos se inicia inmediatamente después de localizados los focos, y se considera como contacto todo individuo que tuviere convivencia más o menos íntima con un enfermo de lepra, sea por ser pariente (contacto familiar), o por otra circunstancia (contacto extrafamiliar). La vigilancia del contacto, en lo que respecta a periodicidad, está condicionada por los siguientes factores: forma clínica del foco, estado inmunológico del contacto, su edad y grado de convivencia.

En la práctica se ajusta al siguiente esquema:

1^{er} Grupo: contactos Mitsuda-negativos de enfermos lepromatosos menores de edad, se les hace exámenes dermato-neurológicos cada 6 meses, durante un plazo mínimo de 6 años;

2^o Grupo: contactos Mitsuda-positivos de enfermos lepromatosos de cualquier edad, se les hace exámenes dermato-neurológicos anuales por un plazo mínimo de 6 años;

3^{er} Grupo: contactos Mitsuda-negativos, de enfermos tuberculoideos e indeterminados de cualquier edad, se les hace exámenes dermato-neurológicos anuales, por un plazo mínimo de 6 años.

4^o Grupo: contactos Mitsuda-positivos de enfermos de tipo tuberculoide y del grupo indeterminado, a los menores de edad se les hace exámenes dermato-neurológicos anuales durante un plazo mínimo de 6 años, y a los mayores de edad, el mismo examen cada 2 años durante un plazo mínimo de 6 años.

Para el examen de estos grupos de contactos, que son fuentes importantes de descubrimiento de casos, el Departamento se valdrá de los siguientes procedimientos:

1) hacer que la visitadora social llegue hasta el foco, tomar nota de todos los contactos y citarlos a concurrir al dispensario que corresponde a su zona de residencia;

2) que el médico se persone en el foco, al objeto de proceder al examen *in situ*;

3) convencer al enfermo de la necesidad de someter a examen periódico a sus contactos.

5. *Prevención*

De las medidas preconizadas para la prevención de la lepra, el Departamento adoptará aquellas que tienen relación con su propia orientación profiláctica:

a) En la profilaxis de la exposición basada en el alejamiento del enfermo, queda abolida la segregación obligatoria en el leproario, con lo que la finalidad de éste se transforma pasando a servir de asilo a los enfermos irrecuperables. *Procedimiento*: Mediante el tratamiento intensivo de todas las formas y en especial de las abiertas, se busca la eliminación del foco de infección. Esta tarea se complementa con la educación sanitaria.

b) Profilaxis de la exposición basada en el alejamiento de los susceptibles. *Procedimiento*: consistirá en la separación de los recién nacidos en focos contagiosos y su internación en asilos comunes con otros niños, conforme a la nueva orientación dada al preventorio, que ha sido transformado en hogar infantil.

c) *Premunición*. *Procedimiento*: A pesar de no estar confirmada la eficacia de la vacuna BCG, en la premunición de la lepra, se aconseja la calmetización de los contactos lepromino-negativos por su acción beneficiosa sobre el estado inmunológico y además por su acción indiscutida en la profilaxis de la tuberculosis.

6. *Educación sanitaria*

Todas las actividades señaladas en los párrafos anteriores se respaldarán por un extenso programa de educación sanitaria, que se desarrollará en colaboración con el servicio de educación sanitaria del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

7. *Preparación del personal médico*

Es condición fundamental para el éxito de la lucha la formación de personal médico técnicamente capacitado para el ejercicio de las múltiples actividades inherentes a la lucha contra la lepra. *Procedimiento*: la

preparación del personal médico recién incorporado al Departamento de Lepra y de los que aspiraren a ingresar en el futuro, así como la de los médicos sanitarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, se llevará a cabo por medio de:

- a) cursos de especialización teórico-prácticos;
- b) organización de un programa permanente en el propio servicio;
- c) becas en el exterior.

8. *Organización profiláctica*

La organización profiláctica encargada de la ejecución del plan de acción y de la continuación de las actividades hasta el completo control de la endemia leprosa en el Paraguay es el dispensario especializado, con sede propia y localizado en cada caso en un centro de salud, en un hospital o en un puesto sanitario. El leproario es una unidad accesoria cuyas funciones actuales ya hemos mencionado.

Los dispensarios tienen como funciones específicas las señaladas en este plan de acción, y éstas estarán a cargo de su respectiva sección móvil en toda el área de su jurisdicción. Poseerán archivos especiales, propios, con el registro de cada enfermo y de sus contactos, y enviarán copia de dichas fichas al servicio central de la Capital.

Los medicamentos sulfónicos u otros se distribuirán en los dispensarios, en los centros de salud, en los hospitales generales, y puestos sanitarios, y eventualmente en el domicilio del enfermo, cuando así lo exijan las circunstancias particulares de éste.

IV. PROGRESOS ALCANZADOS

El Programa Paraguay-9 lleva 30 meses de aplicación en nuestro país (noviembre 1955 a abril 1958). En este período se ha ejecutado la mayor parte de lo establecido en el plan de acción.

1. *Descubrimiento intensivo de casos nuevos en todo el país*

La búsqueda de casos nuevos de acuerdo con el criterio ya mencionado en el plan de

CUADRO No. 1.—*Porcentaje de examinados en Asunción y cuatro Departamentos del Paraguay, de noviembre, 1955 a abril, 1958.*

Areas	Población estimada	Población examinada	%
Asunción	254.709	123.382	48,44
Depto. San Pedro . . .	79.607	51.877	65,1
Depto. Caaguazú	88.452	62.556	70,7
Depto. Central	206.879	146.482	70,8
Depto. Neembucú . . .	62.735	27.574	43,9
Total	692.382	411.871	59,4

acción se ha realizado en la capital, trabajo que demandó 18 meses, y en los Departamentos de San Pedro, Caaguazú, Central y Neembucú. Aún en la actualidad se puede afirmar que el trabajo de censo en la capital no ha concluido, ya que el Dispensario Central examina de continuo personas de pequeños grupos organizados que solicitan certificado pre-nupcial y libreta de salud y un número bastante elevado de personas que concurren voluntariamente al examen.

Las áreas estudiadas cuentan con una población estimada en 692.382 habitantes, según datos suministrados por la Dirección de Estadística Vital del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Los equipos del Departamento de Lepra han examinado 411.871 habitantes de la población mencionada, o sea un 59,4% (véase el cuadro No. 1).

Llama la atención que en el Departamento de Neembucú no se alcanzó a examinar el 50% de la población. Ello se debió a dos circunstancias: una, que dicha región está formada de esteros intransitables, y otra, a la emigración anual de los pobladores a la Argentina como braceros. Se intenta hacer un nuevo censo en el curso de este año.

En esta investigación se descubrieron 923 casos nuevos: 381 en la capital y 542 en los Departamentos antes mencionados. En el cuadro No. 2 se distribuyen los mismos por forma clínica.

Haciendo un estudio comparativo del número de casos nuevos descubiertos desde el año 1948, año en que comenzó a funcionar el Consultorio de Lepra en el Ministerio de

CUADRO No. 2.—*Clasificación por forma clínica de los casos descubiertos en la Capital y cuatro Departamentos del Paraguay, de noviembre, 1955 a abril, 1958.*

Grupo indeterminado	228	24,7%
Tipo tuberculoide	365	39,5%
Tipo lepromatoso	327	35,5%
Tipo dimorfo	3	0,3%

Salud Pública, hasta octubre de 1955, y desde noviembre del mismo año, fecha en que se inició el censo, hasta abril de 1958, tenemos: que en 7 años, con un sistema dispensarial estático, se descubrieron en las áreas abarcadas por el censo 953 casos nuevos, mientras mediante el censo, en 30 meses se descubrieron en la misma área 923 enfermos. En el cuadro No. 3 se ve aún mejor esta diferencia.

CUADRO No. 3.—*Casos nuevos descubiertos antes y durante el censo en la Capital y cuatro Departamentos del Paraguay, de noviembre, 1955 a abril, 1958.*

Areas	Enfermos conocidos antes del censo 1948/55	Enfermos descubiertos en el censo XI/55/VI/58	Total
Asunción	553	381	934
Depto. San Pedro	32	118	150
Depto. Caaguazú	78	111	189
Depto. Central	287	238	525
Depto. Neembucú	3	75	78
Total	953	923	1.876

El índice de prevalencia de las áreas mencionadas se puede apreciar en el cuadro No. 4, donde se destaca el foco de Asunción por su elevado índice.

CUADRO No. 4.—*Índice de prevalencia en las áreas estudiadas en el Paraguay, de noviembre, 1955 a abril, 1958.*

Areas	Población estimada	Enfermos registrados hasta abril, 1958	Índice de prevalencia
Asunción	254.709	934	3,6
Depto. San Pedro	79.607	150	1,8
Depto. Caaguazú	88.452	189	2,1
Depto. Central	206.879	525	2,5
Depto. Neembucú	62.735	78	1,2

2. Tratamiento

Los enfermos descubiertos fueron tratados de inmediato con sulfonas.

Los medicamentos se proporcionan a los dispensarios atendidos por médicos higienistas, a los hospitales y puestos sanitarios atendidos por médicos generales y guardas sanitarios y al domicilio del enfermo por médicos leprólogos del equipo móvil. El tratamiento se ajusta a un esquema preparado por el Departamento de Lepra, y se realiza bajo la supervisión del mismo.

Los resultados obtenidos en dispensarios y centros de salud son satisfactorios desde el punto de vista de la asiduidad. No así en lo que respecta a hospitales y puestos sanitarios, donde las deserciones son frecuentes.

Del total de 2.765 focos conocidos, se tratan en la actualidad alrededor de 2.000.

3. Vigilancia de contactos

Se controlaron 630 focos, con un total de 2.831 contactos, lo que da un promedio de 4,4 contactos por foco. Estos contactos fueron examinados por primera vez. La distribución por forma clínica de estos focos (controlados de octubre, 1955 a abril, 1958) es como sigue: lepromatosa, 362; tuberculoide, 171; indeterminada, 95, y dimorfa, 2.

De los 2.831 contactos, 1.138 (40,1 %) son menores de 15 años y los 1.693 (59,9 %) restantes mayores de 15 años. Entre ellos se encontraron: contagiados, 122 (4,3 %) y en observación, 28 (0,9 %). Los 122 contagiados procedían de los siguientes focos: lepromatoso, 81 (66,3 %); tuberculoide, 25 (20,4 %) e indeterminado, 16 (13,3 %).

Aparentemente el índice de contagio es elevado, pero debe tenerse en cuenta que se está trabajando en área completamente virgen de tratamiento antileproso, como son los cuatro Departamentos incluidos en la investigación. Por lo demás, estos datos servirán más adelante como punto de comparación para medir la eficacia del plan puesto en práctica.

Merece especial mención el estudio del foco de Luque, hecho al año del censo. La

investigación en diciembre de 1956 arrojó un índice de contagio de 6,8 %. Una nueva investigación, realizada de enero a abril de 1958, indicó que de los 93 contactos controlados, 43 procedían de foco lepromatoso, 36 de tuberculoide, 13 de indeterminado y 1 dimorfo. Entre los 417 contactos examinados, 163 eran menores y 254 mayores de 15 años; se encontraron 4 contagiados (0,95 %), y 5 (1,1 %) en observación. Los cuatro contagiados provenían de otros tantos focos lepromatosos (100 %). El promedio de contactos por foco es de 4,4.

4. Prevención

De acuerdo con la moderna orientación en la materia, se ha transformado el único preventivo existente para hijos de leproso en un hogar infantil para niños de 0-6 años de cualquier procedencia.

Los hijos de leproso que necesitan internación son ubicados en hogares substitutos, asilos comunes o casas-cuna. Los niños de edad escolar concurren a escuelas comunes. De esta forma se evita la estigmatización que implican los preventorios destinados exclusivamente a alojar a hijos de leproso.

El aislamiento de los enfermos deja de ser obligatorio, por lo que el leproso se transforma en asilo para enfermos irrecurables. A este respecto cabe destacar que en el curso del año 1957 fueron internados 8 enfermos, en su mayor parte irrecurables clínicamente.

5. Educación sanitaria

Como consecuencia de la intensa labor educativa llevada a cabo se ha observado una mayor afluencia de enfermos de zonas no incluidas aún en el censo y la recuperación de numerosos enfermos que han abandonado el tratamiento.

6. Adiestramiento del personal

Se otorgaron nueve becas para hacer estudios en el extranjero.

El Departamento de Lepra organizó cinco clases teórico-prácticas en el curso de perfeccionamiento de postgraduado de médi-

cos del interior, patrocinado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Los médicos leprólogos del Departamento de Lepra adiestran en el Dispensario Central a los médicos nuevos en el servicio.

7. Organización profiláctica

Para el cumplimiento del plan de acción, el Departamento de Lepra cuenta con el siguiente personal: un médico director del Departamento, con dedicación exclusiva; diez médicos leprólogos, a tiempo completo; dos médicos leprólogos, a medio tiempo; un médico histopatólogo, con 12 horas semanales; una secretaria; cuatro auxiliares de censo; una secretaria de estadística; dos enfermeras, y cinco conductores de automotor. De los catorce médicos, once son ex-becarios de la OMS.

Para la atención de los enfermos están en funcionamiento los siguientes servicios:

a) Dispensarios a cargo del médico leprólogo en los Centros de Salud No. 1, No. 2, de San Lorenzo, de Fernando de la Mora, de Luque y de San Juan Bautista (Misiones), en el Hospital de Ypacaraí y en el puesto sanitario de Capiatá.

b) En el área del Centro de Salud No. 3 funciona un dispensario a cargo del Patronato de Leprosos del Paraguay, institución privada que colabora con el Departamento de Lepra.

c) En los Departamentos de la Cordillera y Caaguazú funciona otro dispensario, que tiene un pabellón para internamiento con capacidad para 8 camas, bajo el patrocinio de la Central Mennonita.

Los servicios mencionados están a cargo de leprólogos.

Funcionan centros de tratamiento antileproso en los siguientes hospitales y puestos sanitarios: Areguá, Villeta, Guarambaré, Itá, Yaguarón, Nemby, Ypané, San Antonio, Villa Elisa, San Pedro, San Estanislao, Itacurubí del Rosario, Pilar, Cerrito y Alberdi.

En los centros mencionados, la atención de los enfermos de lepra está a cargo de médicos generales, bajo la supervisión técnica del Departamento de Lepra.

Los enfermos residentes en zonas que no cuentan con centros de salud, hospitales o puestos sanitarios, son atendidos en sus domicilios respectivos por los médicos del equipo móvil.

V. RESUMEN

En el presente trabajo se expone el programa de control de lepra en ejecución en el Paraguay, se detallan sus fundamentos y se analizan los primeros resultados obtenidos, el cual se inició en noviembre de 1955.

La lucha se basa en la investigación de casos, tratamiento ambulatorio intensivo de los mismos, y vigilancia de los contactos. Se excluye el aislamiento obligatorio en leproarios.

Para la investigación de casos se recurrió al examen colectivo de la población organizada y no organizada, aparentemente sana y se logró examinar el 59,4 % de dicha población. Esta búsqueda de casos permitió descubrir 923 enfermos nuevos, distribuidos según sus formas clínicas en: Grupo indeterminado, 24,7 %; tipo tuberculoide, 39,5 %; tipo lepromatoso, 35,5 % y grupo dimorfo, 0,3 %.

El tratamiento se establece de acuerdo con un esquema preparado por el Departamento de Lepra, y está a cargo de médicos leprólogos, médicos higienistas, médicos generales y guardas sanitarios en algunos casos. La constancia y regularidad del tratamiento son hasta el presente satisfactorios.

La vigilancia de contactos está a cargo de los médicos leprólogos, quienes han examinado 2.831 contactos, con un índice de contagio de 4,3 %, correspondiendo al foco lepromatoso el 66,30%.

Este plan se complementa con una intensa campaña de educación sanitaria, que también está dando resultado satisfactorio.

COMENTARIOS

Si bien es cierto que el plan de control de lepra lleva solamente 30 meses de aplicación, ya podemos, con los datos acumulados, hacer algunos comentarios:

1) En 30 meses de campaña intensiva se descubrió casi el mismo número de enfermos que en los 7 años anteriores.

2) La respuesta de la población en la actual campaña es satisfactoria, como puede comprobarse por el elevado porcentaje de examinados.

3) A pesar de haberse practicado el examen de sólo la cuarta parte de la población total del país, ya se puede afirmar que el índice de prevalencia no es de 25,0%, como aparece en muchos libros e informes. Asunción, con su índice de prevalencia más elevado, no pasa de 3,6% de enfermos.

4) Llama la atención el predominio de la forma benigna tuberculoide, indicadora de la benignidad de la endemia leprosa.

5) El índice de contagio es semejante al índice de otras zonas, donde es obligatorio el internamiento de los enfermos contagiosos.

6) El número de enfermos que escapan durante el censo es relativamente bajo.

Estos enfermos por lo general concurren más adelante por propia iniciativa a los servicios de lepra. Por ejemplo, en Luque, al efectuarse la revisión un año después del censo, se descubrieron 10 casos nuevos: 4 entre contactos y 6 no contactos de enfermos.

7) Dado que el programa en ejecución se basa sobre todo en el tratamiento, es muy importante precisar la eficacia con que este tratamiento se realiza, en especial en lo que respecta a regularidad. Por el corto tiempo que está en práctica, no se puede dar datos concretos: solo se tiene la impresión de que los pacientes acuden con asiduidad y el tratamiento se realiza sin mayores tropiezos.

8) El costo de la campaña desde noviembre de 1955 a abril de 1958 es de 6.042.657,50 guaraníes, o sea, 54.933,25 dólares.

THE LEPROSY CONTROL PROGRAM IN PARAGUAY (*Summary & Discussion*)

This paper describes the leprosy control program now under way in Paraguay, setting forth in detail the concepts on which it is based and analyzing its initial results. The campaign is based on: 1) case investigation; 2) intensive, outpatient treatment of cases, and 3) surveillance of contacts. Compulsory isolation in leprosaria has no place in the program. It was initiated in November, 1955.

For purposes of case investigation, mass examinations were made of apparently healthy groups, both organized and unorganized, 59.4 per cent of that population undergoing such examinations. This case-finding led to the discovery of 923 new cases, classified as follows according to their clinical forms: Indeterminate group, 24.7%; tuberculoid type, 39.5%; lepromatous type, 35.5% and borderline group, 0.3%.

Treatment was established in accordance with a plan prepared by the Leprosy Department and carried out under the care of leprologists, public health physicians, general practitioners and, in some cases, sanitary inspectors. So far the continuity, and regularity of treatment have proved satisfactory.

The surveillance of contacts is the job of leprologists, who have examined a total of 2,831 contacts with a contagion index of 4.3 per cent,

of which 66.30 per thousand derive from the lepromatous focus.

This plan is supplemented by an intensive health education campaign, which is also producing satisfactory results.

Despite the fact that the leprosy control plan has been under way for only 30 months, certain observations can be made on the basis of the data gathered:

1. In the 30 months of the intensive campaign almost as many cases have been discovered as in the preceding seven years.

2. The response of the public is satisfactory in this campaign, as evidenced by the high percentage of persons examined.

3. Although only one fourth of the country's total population has been examined, it can be asserted that the prevalence index is not 25.0 per thousand, as many publications and reports indicate. Asunción, with the highest prevalence index, has no more than 3.6 per thousand.

4. The predominance of the benign tuberculoid form is worth noting as it indicates the benign nature of the leprosy endemicity.

5. The index of contagion is similar to that of other areas in which internment of contagious patients is compulsory.

6. The number of patients who evade the census is relatively low. Generally, such patients

later report to the Leprosy Service on their own accord. In Luque, for instance, when a review was made one year after the census, ten new cases were discovered: four among contacts and six who were not contacts of patients.

7. Inasmuch as the program under way is based essentially on treatment, it is extremely important to point out the efficacy of the treatment being given, especially as regards regularity.

Owing to the short time in which the program has been in operation, no specific data can be presented; it appears, however, that the patients are diligent in seeking treatment and that the administration of such treatment offers no major difficulties.

8. From November 1955 to April 1958 the cost of the campaign was Gs. 6,042,657.50, or US\$54,933.25.

PROGRAMA DE PROFILAXIA DA LEPROA NO PARAGUAI (*Resumo e Commentarios*)

No presente trabalho expõe-se o programa de profilaxia da lepra em execução no Paraguai, pormenorizando-se os seus fundamentos e analisando-se os primeiros resultados obtidos. A luta está baseada em: 1) investigação de casos; 2) tratamento ambulatorio intensivo dos mesmos; e 3) vigilância dos contactos. Está excluído o isolamento compulsório em leprosários. A execução deste programa teve início em novembro de 1955.

Para a investigação de casos recorreu-se ao exame coletivo da população organizada e não organizada aparentemente sã, logrando-se examinar 59,4% da referida população. Essa procura de casos permitiu a descoberta de 923 enfermos novos distribuídos como segue, segundo as suas formas clínicas: Grupo indeterminado, 24,7%; tipo tuberculóide, 39,5%; tipo lepromatoso, 35,5%; grupo fronterigo, 0,3%.

O tratamento é estabelecido de acôrdo com um esquema preparado pelo Departamento de Lepra e está a cargo de médicos leprólogos, médicos sanitaristas, clínicos gerais e guardas sanitários, em alguns casos. A constância e a regularidade no tratamento são satisfatórias, até o presente.

A vigilância de contactos está a cargo dos médicos leprólogos que examinaram 2.831 contactos com um índice de contágio de 4,3%, correspondendo ao foco lepromatoso 66,30%.

Esse plano é complementado por uma intensa campanha de educação sanitária que também está dando resultado satisfatório.

Embora o plano de profilaxia da lepra tenha somente trinta meses de aplicação, já se pode, com os dados acumulados, fazer alguns comentários:

1. Em 30 meses de campanha intensiva descobriu-se quase o mesmo número de enfermos que nos 7 anos anteriores.

2. A resposta da população na atual campanha é satisfatória, como se pode comprovar pela elevada percentagem de examinados.

3. Apesar de haver sido examinada apenas uma quarta parte da população total do país, já se pode afirmar que o índice de prevalência não é de 25% como aparece em muitos livros e relatórios. Assunção, com o seu índice de prevalência mais elevado, não passa de 3,6% de enfermos.

4. Chama atenção a predominância da forma benigna tuberculóide, indicadora da benignidade da epidemia leprosa.

5. O índice de contágio é semelhante ao índice de outras zonas onde é obrigatório o internamento dos enfermos contagiosos.

6. O número de enfermos que escapam durante o censo é relativamente baixo.

Esses enfermos geralmente comparecem mais adiante, espontaneamente.

Esses enfermos geralmente aparecem mais tarde, espontaneamente, nos Serviços de Lepra. Por exemplo, em Luque, ao efetuar-se a revisão, um ano após o censo, foram descobertos 10 casos novos: quatro entre contactos e seis que não eram contactos de enfermos.

7. Uma vez que o programa em execução se baseia fundamentalmente no tratamento, é muito importante precisar a eficácia com que esse tratamento se realiza, especialmente no que respeita à regularidade. Pelo curto tempo em que está em prática, não se pode dar dados concretos tem-se apenas a impressão de que os pacientes comparecem com assiduidade e que o tratamento se realiza sem maiores dificuldades.

8. O custo da campanha, desde novembro de 1955 a abril de 1958, é de Gs. 6.042.657,50 centimos, ou seja US\$54.933,25.