

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"PROYECTO DE PROGRAMA PARA CONTROL DE
LA ENFERMEDAD DE HANSEN ADECUADO A
LA SITUACION ACTUAL DEL PAIS

(REVISION DE 205 CASOS CONTROLADOS EN EL
HOSPITAL DERMATOLOGICO "DOCTOR RAMIRO
GALVEZ ASTEGUIETA", DURANTE EL PERIODO
COMPRENDIDO DE 1940-1972)

JULIO CESAR POSADAS VASQUEZ

Guatemala, Noviembre de 1974.

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. MATERIAL Y METODOS
- III. RESULTADOS
- IV. DISCUSION
- V. RECOMENDACIONES
- VI. CONCLUSIONES
- VII. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

La Enfermedad de Hansen es tan antigua como la humanidad, y esa antigüedad ha formado leyendas alrededor de la misma, determinando en cada época pautas muy diferentes en su tratamiento. De tal manera que al acucioso estudio de médicos leprologos, han cambiado radicalmente los conceptos antiguos, que prevalecían hasta hace poco tiempo en el tratamiento del enfermo Hanseniano.

La lepra como se reconoce universalmente, es una de las enfermedades más incapacitantes, con problemas de orden físico, familiar, social socio-psicológico, económico y vocacional; esto hace que la rehabilitación de este tipo de enfermos sea algo más que una necesidad complementaria a las medidas de control y tratamiento y se acepte sea uno de los más desafiantes problemas de rehabilitación de nuestra época.

En la actualidad se considera aplicable, todos los beneficios de la medicina integral. Considerando de tal manera que un programa de control de la enfermedad de Hansen, debe contemplar toda la gama de beneficios aplicables, desde la prevención, búsqueda, tratamiento, control y rehabilitación tratando de proporcionar salud integral, tanto física, mental y social.

Esas múltiples leyendas formadas alrededor de la enfermedad de Hansen, han damnificado a los pacientes que la padecen, pues a través del tiempo se les ha aislado de la sociedad a la cual tienen derecho, asimismo se les ha privado de asistencia que como enfermos deben recibir

La situación de nuestro País, no es considerada en límites de problema nacional de salud, sin embargo consideramos que es precisamente ahora cuando podemos lograr acción importante en el tratamiento integral de la enfermedad. Esperar a que resalte más el problema, nos conduce a poder tratar únicamente un sector de la población afectada, el otro sector mantendría un círculo vicioso difícil de romper. Considerar que hay factores que de por sí hacen mucho más complicado el abordaje del problema, ya que es una población dispersa y de predominio rural, el miedo secular a la enfermedad por su potencial deformante y el rechazo social concomitante; las limitaciones de personal y servicios preparados para manejar estos problemas; las limitaciones de tipo físico y sanitario en cuanto a fuentes de trabajo para el enfermo.

Por el análisis expuesto, se presenta este proyecto de programa tomando en cuenta todos los aspectos aplicables en beneficio del enfermo Hanseniano, con carácter integral y de acuerdo a necesidades y recursos del País.

La república de Guatemala es un País situado en la América Central, con una superficie de 131,800 kilómetros cuadrados, dividida políticamente en 22 Departamentos, 325 Municipios y además, el Territorio de Belice, actualmente detentando por la Gran Bretaña

Cuenta con una población estimada para 1,975, de 6,087,200 habitantes, la superficie territorial es muy accidentada, siendo atravesada por la Cordillera de los Andes, la cual al entrar a Guatemala por su parte oc-

cidental se divide, creando un sistema que la recorre transversalmente formando de esta manera altas cumbr**es**, profundas cañadas, altiplanos extensos, así como valles y llanuras cruzadas por ríos que van a morir a sus costas. De allí su gran variedad de climas, que van desde el río templado al cálido sin llegar a los extremos.

Las estaciones del año, son dos: la seca, que empieza en Noviembre y termina en Abril, llamada verano; y la lluviosa, que empieza en el mes de Mayo y termina en Octubre, llamada invierno.

El territorio está cruzado por numerosas carreteras de primer orden, las cuales comunican principalmente las cabeceras departamentales. El resto de carreteras comunican los diferentes municipios, algunos de los cuales son transitables únicamente en el verano y otros lugares se comunican únicamente por vía aérea.

II. MATERIAL Y METODOS

Para el análisis de la situación actual en el País, se revisó la historia clínica de 205 casos controlados en el Hospital Dermatológico Doctor Ramiro Gálvez Asteguieta, desde el año 1940 hasta 1972. Los diferentes cuadros de análisis que se agregan en este estudio, nos muestran los diferentes tópicos de la enfermedad en el País. Dentro del estudio se hizo estimación de casos posibles existentes, siguiendo las pautas determinadas por la O. M. S. ; a la vez análisis de prevalencia por lugar de origen, así como por residencia actual.

Después de la revisión hecha, podemos decir que - 19 de los 22 departamentos de la República, están afectados por la Enfermedad de Hansen exceptuando los Departamentos de El Petén, Alta Verapaz y Totonicapán. A pesar de no saberse, sí existe la enfermedad, - entre otras razones, por el hecho de que todos los departamentos limítrofes con los mismos tienen una tasa de endemia más o menos importante.

III. RESULTADOS

ANALISIS ESTADISTICOS

La organización Mundial de la Salud considera que por cada caso Hanseniano conocido, existen tres casos no conocidos en Países, que no tienen programas adecuados para el control de la enfermedad. Esto nos permite decir que al año 1972, existían 205 casos, lo que permite estimar como existentes 820 en total. Esto es básico conocerlo, para tener una imagen de la situación de la enfermedad en el País y poder elaborar proyectos de programas para el control del mal de Hansen. El análisis de prevalencia por lugar de origen se hizo con el objeto de establecer prioridades en cada una de las zonas de la República, la cual se completó con la estimación de tasas, indicando claramente que el problema mayor es el departamento de Zacapa, lo cual representa en sí un cambio de metodología general y podría corresponder como área piloto en la aplicación de programas. Algo muy importante es que cuando la enfermedad se busca se encuentra, esto podría reflejarse en el cuadro de morbilidad anual donde se ve un incremento a partir del año 1955. En cuanto análisis de las formas clínicas que se presentan en el País, el predominio en más de la mitad, es la forma lepromatosa, seguido de la forma tuberculoide, indeterminada y dimorfa. Siendo la forma lepromatosa la más fácil de detectar, significa poder captar casos en un sistema simplificado, en cada uno de los niveles de atención médica del País, completado con el antecedente de contacto (evaluación epidemiológica). Con respecto al sexo: predominó el sexo masculino por mayor

exposición al riesgo. El predominio de la forma lepromatosa es índice indicativo de que las acciones de salud para controlar la enfermedad, han sido poco efectivas y por ser forma abierta de alto poder de diseminación, implica que año con año, la contagiosidad aumenta y en un futuro sería sorpresa para nosotros encontrar la enfermedad con niveles epidemiológicos que necesiten un recurso humano y económico muy alto.

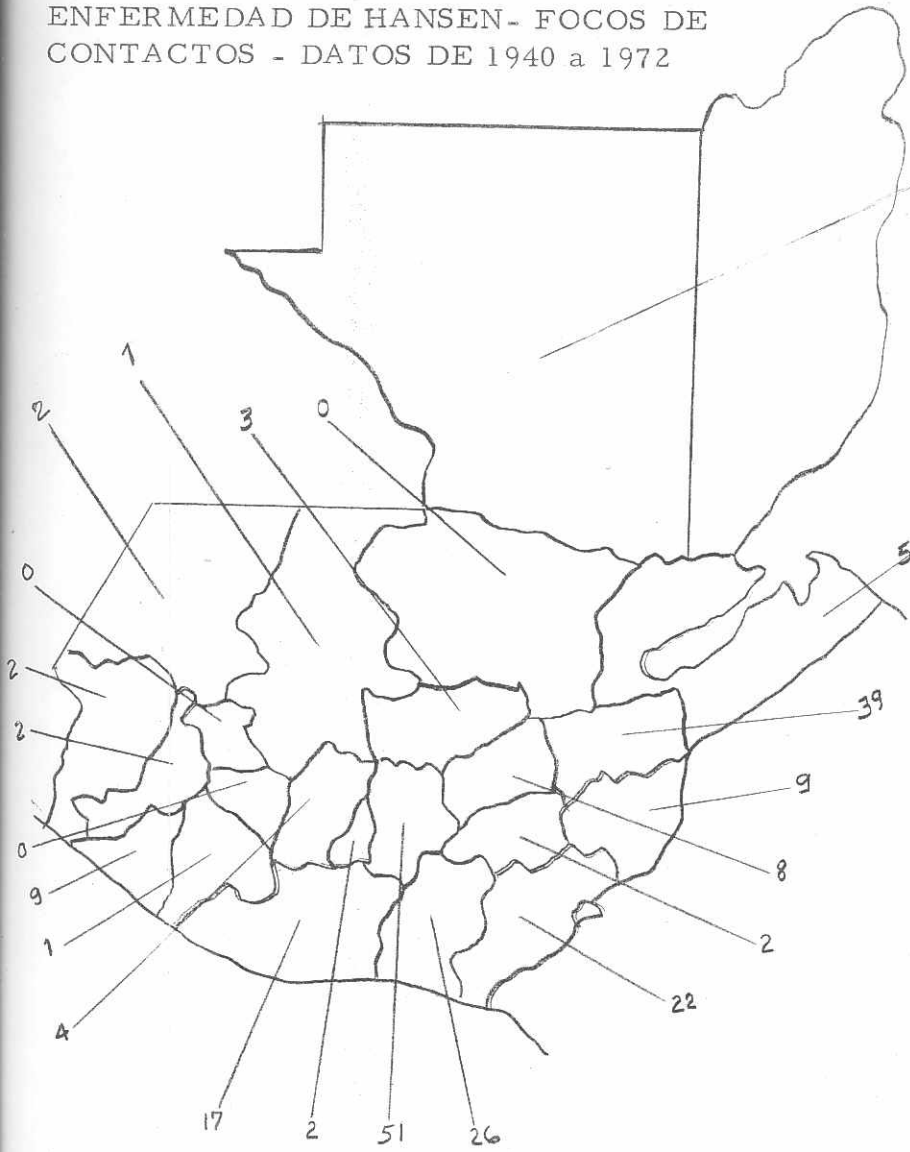
Los análisis en Latinoamérica han permitido determinar que por cada caso que se conoce, existe una variable de 5, 6 y 7 contactos, lo cual representan una potencialidad de enfermedad de 4,920 casos y que en un futuro nos daría un índice de 0.8 por 1,000, indicativo de proximidad a problema de salud.

En el cuadro de análisis de contactos y basados en estimaciones que se han hecho de la resistencia del muérdago al bacilo, podemos decir que la susceptibilidad de las comunidades frente a la enfermedad hay una elevada proporción de defensa ó sea que son inmunes, -ésto representa un 72%, un 23% con susceptibilidad a formas benignas y el 6% susceptibles a formas malignas; en forma general puede proyectarse una recuperación y adaptación social de la mayoría de casos Hansenianos. El análisis por residencia actualizado de los casos conocidos, se realizó con el objeto de detectar contactos, básico en el control de la enfermedad de Hansen; principalmente permitiría detectar el caso infantil poco buscado en nuestro País.

IV. DISCUSION

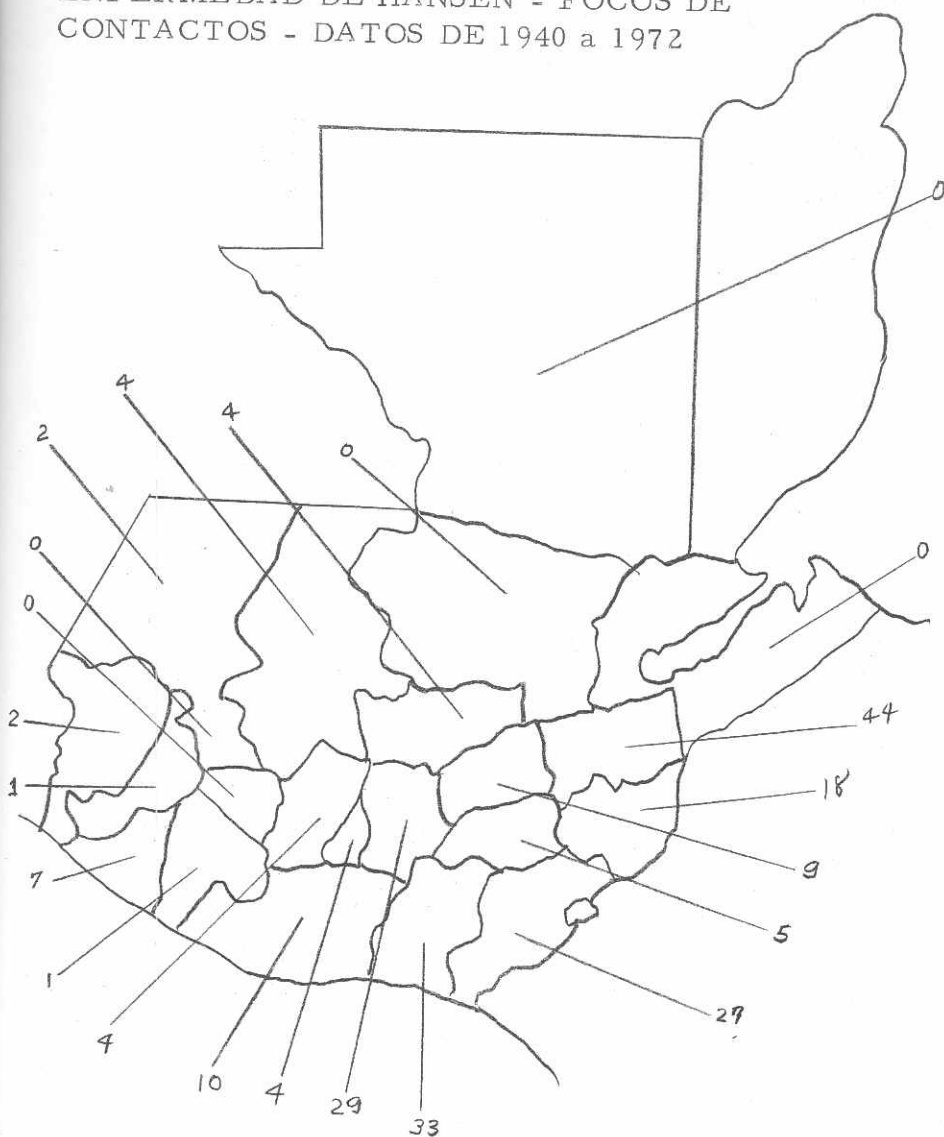
Del análisis de la situación en el País, se observa que la tasa de prevalencia actual es de 0.035x1000, no considerándola alta. Sin embargo analizando el problema por departamentos y estimando los casos posibles existentes, encontramos que para Zacapa la tasa estimada nos indica que es un problema urgente de salud resolver. En Escuintla, Santa Rosa y la Ciudad Capital si se hiciera una investigación por Censo posiblemente llegaría a presentar cifras consideradas como problema de salud urgentes.

ENFERMEDAD DE HANSEN- FOCOS DE
CONTACTOS - DATOS DE 1940 a 1972



Prevalencia
Localización Actual 9

ENFERMEDAD DE HANSEN - FOCOS DE
CONTACTOS - DATOS DE 1940 a 1972



Prevalencia
Por Lugar de Origen

CUADRO No. 1

REPUBLICA DE GUATEMALA, MORBILIDAD POR LA
ENFERMEDAD DE HANSEN PREVALENCIA HASTA
1972, POR DEPARTAMENTOS - TASA POR 1,000. -

DEPTO.	Casos conocidos		Casos posible exist.	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Guatemala	51	0.038	204	0.16
El Progreso	8	0.101	32	0.42
Sacatepéquez	2	0.021	8	0.09
Chimaltenango	4	0.020	16	0.08
Escuintla	17	0.042	68	0.18
Santa Rosa	26	0.115	84	0.38
Sololá	0	0	0	0
Totonicapán	0	0	0	0
Quezaltenango	2	0.005	8	0.03
Suchitepéquez	1	0.004	4	0.02
Retalhuleu	9	0.054	36	0.23
San Marcos	2	0.004	8	0.02
Huehuetenango	2	0.005	8	0.02
El Quiché	1	0.003	4	0.01
Baja Verapaz	3	0.025	12	0.01
Alta Verapaz	0	0	0	0
El Petén	0	0	0	0
Izabal	5	0.029	20	0.12
Zacapa	39	0.336	146	1.29
Chiquimula	9	0.051	36	0.21
Jalapa	2	0.017	8	0.07
Jutiapa	22	0.092	88	0.38
TOTAL:	205	0.035	820	0.15

Fuente: Archivos clínicos - Hospital Ramiro Gálvez
Asteguieta

CUADRO No. 2

ENFERMEDAD DE HANSEN - FORMAS CLINICAS Y
PORCENTAJES - REPUBLICA DE GUATEMALA 1972.

FORMA CLINICA	CASOS	PORCENTAJE
Lepromatosa	117	57.07
Tuberculoide	48	23.41
Indeterminada	36	17.57
Dimorfa	4	1.95
TOTAL	205	100.00

Fuente: Archivos Clínicos - Hospital dermatológico
Ramiro Gálvez.

CUADRO No. 3

ENFERMEDAD DE HANSEN, SEXO, FORMAS CLINI -
CAS Y PORCENTAJES. REPUBLICA DE GUATEMALA
1972.

SEXO	L.	T.	I.	D.	TOTAL	%
Masculino	85	36	22	2	145	70.74
Femenino	32	12	14	2	60	29.26
TOTAL	117	48	36	4	205	100.00

Fuente: Archivos Clínicos

Hospital Dermatológico Ramiro Gálvez
Asteguieta.

CUADRO No. 4

ENFERMEDAD DE HANSEN: CONTACTOS CONOCIDOS Y POSIBLES EXISTENTES - REPUBLICA DE GUATEMALA 1972.

CASOS	CONTACTOS	PROMEDIO CONT. POR CASOS X.
Conocidos 205	1,135	6
Posibles e- xistentes 820	4,920	6

Fuente: Archivos clínicos - Hospital Ramiro Gálvez
X contactos intradomiciliarios.

CUADRO No. 5

ENFERMEDAD DE HANSEN: SUSCEPTIBILIDAD DE CONTACTOS (CONTACTOS CONOCIDOS) REPUBLICA DE GUATEMALA 1972

Susceptibles a formas malignas	68
Susceptibles a formas benignas	250
Con posibles defensas	817
TOTAL	1,135

Fuente: Idem. Cuadro No. 4

CUADRO No. 6

ENFERMEDAD DE HANSEN: SUSCEPTIBILIDAD DE CONTACTOS (CONTACTOS POSIBLES) - REPUBLICA DE GUATEMALA 1972.

Susceptibilidad a formas malignas	246
Susceptibilidad a formas benignas	1,033
Con posibles defensas	3,641
TOTAL	4,920

Fuente: Idem. Cuadro No. 4

CUADRO No. 7**ENFERMEDAD DE HANSEN: CONTROL DE CASOS CONOCIDOS - REPUBLICA DE GUATEMALA 1972.**

CASOS	NUMERO
Conocidos	205
Fallecidos	19
Actuales	186
En Control	72
No controlados	114

CUADRO No. 8**ENFERMEDAD DE HANSEN - GRUPOS ETARIOS**

GRUPO ETARIO	CASOS
Menores de 1 año	0
1-4	4
5-9	7
10-14	10
15-19	16
20-24	15
25-29	14
30-34	22
35 y más	119

CUADRO No. 9

ENFERMEDAD DE HANSEN - PROFESION

Jornalero	114
Oficios domésticos	53
Estudiante	17
Comerciante	5
Obreros	16
<hr/>	
TOTAL	205

Fuente: Idem. cuadro No. 7

También podemos observar y como es corriente, sucede en la mayoría de Países, las formas abiertas - contaminantes son las que predominan, y si agregamos que más del 50% de las mismas (en nuestro País), no están bajo control hacen que el potencial sea muy elevado.

La búsqueda principalmente a nivel de contactos, conduce a detectar casos muy precozmente, lo cual beneficia al paciente, evitando las secuelas y disminuyendo el costo del tratamiento. En tal virtud se hizo una estimación de contactos posibles existentes (intra-domiciliarios) así como la posibilidad de adquirir la enfermedad y diferentes tipos clínicos de la misma. En igual forma se determina la incidencia anual y su prevalencia por áreas geográficas.

Con el análisis precedente, podemos decir que en el país existe una endemia de la enfermedad y que la

tendencia es a aumentar, ya que predominan las formas bacilíferas que son las más contaminantes. Además podemos agregar que el descubrimiento de los casos es muy tardío, por lo que el impacto de la acción del médico, es poco efectivo en el tratamiento de la enfermedad.

Todas estas situaciones hacen que en nuestro País se justifique realizar un programa de acción contra la Enfermedad de Hansen, coordinando las diferentes actividades con las instituciones que puedan aportar recursos humanos y materiales. Así como programas con los nuevos conocimientos que se han logrado en el control de la enfermedad.

V. RECOMENDACIONES

Dada la situación de nuestro País donde claramente tenemos deficiencias de recursos humanos y económicos, debemos decidirnos por dar soluciones adecuadas a las necesidades locales, sin desestimar experiencias de otros Países adaptadas a nuestra realidad, proponemos en sí, para dar un tratamiento integral, las siguientes recomendaciones:

1. Descubrimiento temprano del mayor número de casos; la acción precoz nos conduce a reducir el número de casos, así como el número de secuelas posibles.
2. Ofrecer los más modernos procedimientos de prevención, diagnóstico y tratamiento. Desde la administración de drogas efectivas, hasta la rehabilitación tanto física, social y económica.
3. Control de los casos conocidos, lo cual disminuirá el potencial infeccioso de los mismos. Mantener el control de casos en cifras superiores al 80%.
4. Control de contactos y realización de censos, como las medidas más efectivas para detectar precozmente los casos, y evitar secuelas posteriores, que compliquen la situación del enfermo y por consiguiente la acción del médico. Mantener el control de contactos conocidos en cifras superiores al 75% de los mismos.
5. Coordinar programas de vacunación BCG, como medida coadyuvante en la prevención de la enfermedad de Hansen.

6. Llevar al área rural los servicios curativos y preventivos que pueda ofrecer el programa. Lograr programa de rehabilitación a nivel rural.
7. Actualizar los conocimientos sobre la enfermedad de Hansen a nivel central y rural, de tal forma que los diferentes servicios de salud ayuden efectivamente en su control o sea determinar un programa de tipo horizontal.
8. Rehabilitación física y social de los enfermos.

LIMITES:

El programa de control de la Enfermedad de Hansen podría llevarse a cabo dentro de los límites siguientes:

1. DE ESPACIO: Se cubrirá todo el Territorio Nacional, haciendo énfasis en los Departamentos con mayor prevalencia, según análisis estadístico realizado, (Zacapa, Ciudad Capital, Santa Rosa y Jutiapa). Escogiendo una área piloto.
2. DE TIEMPO: Preparación y organización: del 3 de Enero al 29 de Junio de 1975, incluyéndose adiestramiento al personal, ensayos de censos y de dinámica del programa.

Se podría iniciar evaluaciones anuales del mismo.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Considerando que toda la República mantiene una epidemia de importancia el universo de trabajo se considera sea la población total. (Población estimada para 1975 es de 6,087,200). Inicialmente el trabajo se dirigirá a los 186 casos conocidos en la actualidad, y sus contactos.

Así como evaluaciones censales en la Ciudad Capital con 1,336,774 habitantes, Zacapa con 115,692, - Santa Rosa con 224,321 y Jutiapa 237,800. Creemos - conveniente crear áreas de trabajo y de investigación-PILOTO, para lo cual tenemos en mente sea el Depar-

amiento de Zacapa, por ser el de más alta prevalencia y contar con servicios de salud adecuados para efectuar dicho estudio.

ORGANIZACION DEL PROGRAMA

La organización del Programa dependerá del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien a través de la Dirección General de Servicios de Salud, delegará en la División de Epidemiología la ejecución del mismo. Para puntualizar la línea ejecutiva del mismo, se elaboró el Organograma del Programa de acción contra la Enfermedad de Hansen, adjuntándose en el presente estudio.

Jefatura del programa: a nivel de la división de Epidemiología y a cargo del Médico Jefe de la misma.

Departamento Clínico: a nivel del Hospital Dermatológico Ramiro Gálvez y a cargo del Médico Director de ese Centro Asistencial.

Departamento Epidemiológico: a nivel del departamento de Enfermedades Transmisibles y a cargo del Médico Jefe del mismo.

Laboratorio Central: a nivel del Laboratorio Central de la Dirección General de Servicios de Salud y a cargo del Médico Jefe del mismo.

Clínicas Regionales: que funcionarán como clínicas dermatológicas en las áreas rurales ya sean Centros de Salud, Hospitales ó Brigadas móviles.

estas clínicas funcionarán en las áreas más endémicas, pudiendo aumentarse ó disminuirse en número, así como modificarse su distribución, según las necesidades existentes.

Dentro del Organograma, se enmarcó el rubro de ayudas Internacionales y Ayudas particulares; estas relaciones se harán a nivel de la Dirección General de Servicios de Salud.

FUNCIONES

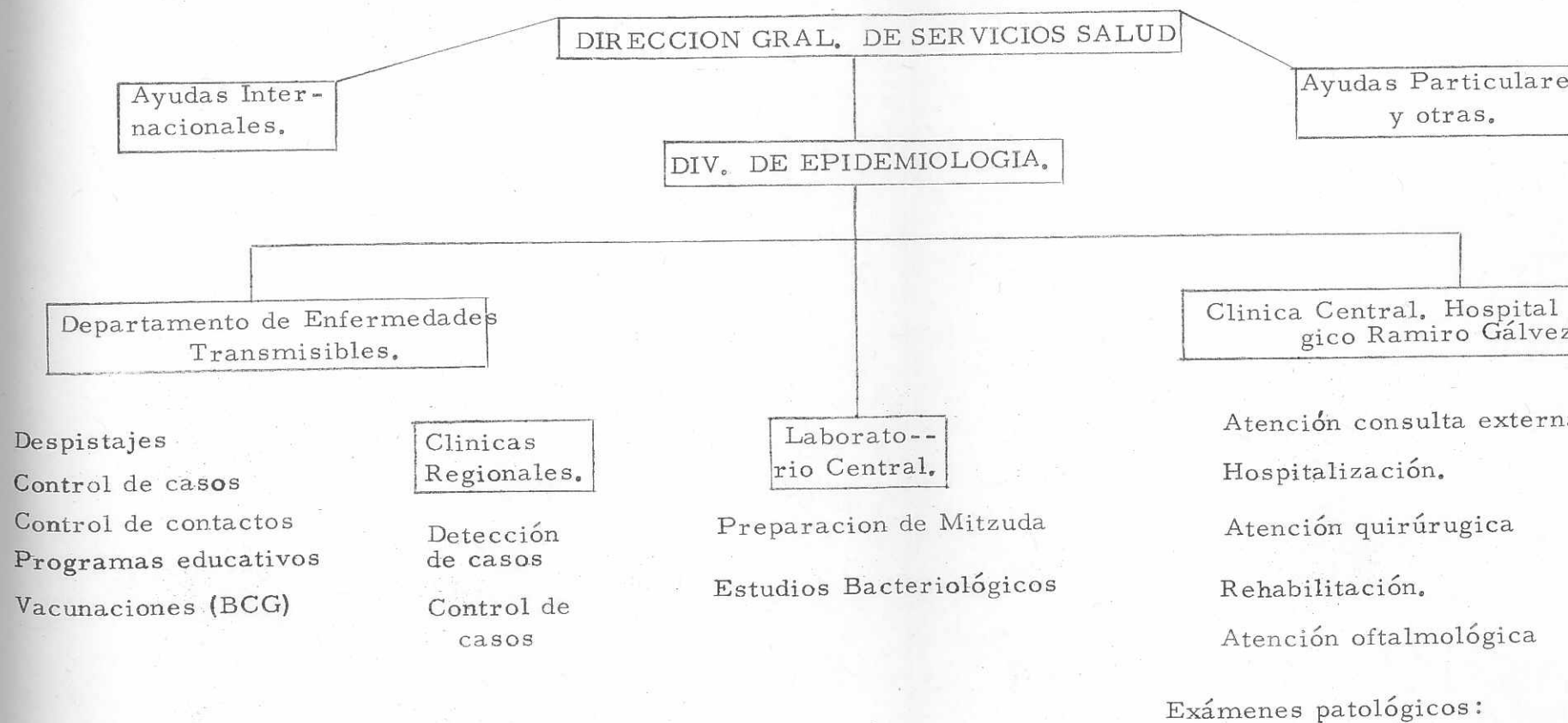
La Jefatura del Programa, tendrá las funciones generales siguientes:

- a) Planeación y organización generales del programa.
- b) Establecimiento de normas de trabajo.
- c) Coordinación y control de las actividades técnicas y administrativas.

Jefatura del Departamento Epidemiológico:

- a) Estudios epidemiológicos y estadísticos
- b) Supervisión y evaluación de las actividades.
- c) Supervisión de trabajo de campo, con asesoría, información y administración.
- d) Organización y actualización de ficheros y archivos.
- e) Programación educativa.
- f) Despistajes, (a través de censos y búsqueda de contactos).
- g) Coordinación de Programas de Vacunación BCG.

CAMPAÑA NACIONAL CONTRA LA LEPROA



3. Jefatura del Departamento Clínico:

- a) Supervisión, coordinación y evaluación de las actividades técnicas y administrativas ejecutadas por la Clínica Dermatológica Central.
- b) Promoción y realización de actividades educativas.
- c) Atención Médica quirúrgica.
- d) Rehabilitación.

4. Laboratorio Central:

- a) Exámenes de Laboratorio.
- b) Preparación de Lepromina.

5. Clínicas Regionales - Brigadas Regionales.

- a) Estudio de las zonas más endémicas.
- b) Realización de Censos
- c) Control de casos y contactos, distribución de medicamentos.
- d) Educación sanitaria
- e) Vacunación, aplicación de pruebas biológicas
- f) Registro de actividades e informes.

Centros de Salud:

- a) Descubrimiento y estudio de casos, a través de consultas dermatológicas, examen de contactos
- b) Educación sanitaria.
- c) Selección de casos dudosos para posterior aclaración diagnóstica, por los Médicos de Brigadas Móviles ó por referencia de los casos a la Clínica Central.

d) Registro de actividades é información.

Se considera necesario, que dentro de las actividades del Programa se debe fomentar: Cursos especiales de Dermatología para médicos, enfermeras e inspectores que trabajen en el Programa.

Consejo consultivo de Dermatoprología para Médicos - que trabajen en las Dependencias de Salud Pública que forman parte activa en el Programa.

Becas para el adiestramiento en Dermatología. Dar mejor enseñanza a los futuros Médicos, en la Facultad de Medicina, del problema clínico de la lepra.

RECURSOS: - PERSONAL

a) En la Jefatura del programa.

- 1- Un Jefe del Programa.
- 2- Un Epidemiólogo.
- 3- Una Secretaria.

b) En el Departamento Epidemiológico.

- 1- Un Jefe del Departamento.
- 2- Un Epidemiólogo.
- 3- Una Secretaria
- 4- Un Estadígrafo.
- 5- Cuatro inspectores de campaña
- 6- Un conductor de vehículo.

c) En el Departamento Clínico.

1- Se contará con el personal actualmente existente, considerando necesario agregar una plaza de Médico, para el trabajo específico de rehabilitación.

2- Un Fisioterapista.

d) A nivel de Laboratorio Central.

1- Un Jefe del Laboratorio.

2- Una Secretaria.

3- Un auxiliar de Laboratorio adiestrado en técnicas de preparación de Mitzuda y otros exámenes específicos.

Creemos posible que reorganizado el personal existente sea posible cubrir los diferentes niveles del Organograma propuesto. Siendo necesario para formar las Brigadas de acción a nivel rural. Crear la plaza de Médico (especializado en rehabilitación de los enfermos hansenianos, y crear la plaza de Fisioterapia con lo cual se podría dar inicio al programa de rehabilitación.

Crear dos plazas de Conductores de vehículos, necesarias para reorganizar las dos brigadas móviles.

EQUIPO Y MATERIALES:

1) Vehículos: Se necesitan dos Jeeps uno para cada brigada móvil.

2) Equipo de diagnóstico clínico para las brigadas móviles, y de laboratorio para los demás Centros Dermatológicos.

- 3) Medicamentos: Específicos para el tratamiento de la enfermedad de Hansen y para el tratamiento de otras afecciones dermatológicas comunes.
- 4) Papelería: Incluye papelería impresa para historias clínicas, registros de actividades e información.

PRESUPUESTO ACTUAL Y SOLICITADO:

En este rubro se menciona el presupuesto y personal, que funciona actualmente a nivel del hospital dermatológico Ramiro Gálvez Asteguieta.

CONCEPTO:	ASIGNACION:
<u>Servicios personales:</u>	Q. 38,785
Personal de servicio con partida específica.	Q. 33,780
Planillas de jornales	Q. 5,005
<u>Servicios no personales</u>	Q. 1,810
Resumen de otros renglones del grupo	Q. 1,810
<u>Materiales y suministros</u>	Q. 19,660
Resumen de otros renglones del grupo	Q. 6,810
Combustible y lubricantes.	Q. 850
Alimentos para personal.	Q. 12,000
<u>Maquinaria y equipo</u>	450
Resumen de los renglones del grupo	Q. 450
<u>TOTAL:</u>	<u>Q. 60,705</u>

Personal presupuestado del Hospital Dermatológico Ramiro Gálvez Asteguieta.

La división de Epidemiología, dentro de su presu-

uesto actual aportaría el personal que no es específico para campaña contra la Enfermedad de Hansen, y a que desarrolla otras actividades dentro de la División de Epidemiología.

	ASIGNACION ANUAL
ERVICIOS PERSONALES	
Personal de servicio con partida específica	Q. 21, 240
ERVICIOS NO PERSONALES	
Triáticos y otros	3, 000
MATERIALES Y SUMINISTROS	1, 500
TOTAL	25, 740

Necesario Incrementar

ERVICIOS PERSONALES	MENSUAL	ANUAL
Una plaza de médico a medio tiempo	Q. 200.00	Q. 4, 400
Dos plazas de auxiliares de campaña	Q. 250.00	Q. 3, 000
Un Fisioterapeuta	Q. 150.00	Q. 1, 800
Un conductor de vehículos	Q. 100.00	Q. 1, 200
TOTAL:		TOTAL

EQUIPO: Dos vehículos Jeeps c/u Q. 3, 500.00

	Q. 10, 400
Materiales y suministros	Q. 19, 400

Con este programa, pretendemos reorganizar radicalmente la asistencia que actualmente se le ofrece al enfermo hanseniano, poner al servicio del mismo los más modernos métodos de tratamiento, dar inicio a los programas de rehabilitación, ya que no se aceptan que existan programas de control de la Enfermedad de Hansen sin la rehabilitación. Además estamos concientes, de la necesidad de proyectar hacia el área rural, los beneficios de un programa en el cual la acción del equipo de salud, logre cambios de actitud de esas comunidades que hasta la fecha hemos marginado

No está lejos el día que el paciente Hanseniano sea aceptado por la sociedad, como un ciudadano formador y colaborador de la misma, al cual se le ofrezca igualdad.

VI. CONCLUSIONES

Que se debe investigar a nivel de clínicas hospitalarias, Centros de Salud y Puestos de Salud, casos dermatológicos, haciendo énfasis en la Enfermedad de Hansen, lo que implica adoptar un programa de tipo horizontal, en el control de ésta.

Que es urgente llevar a la práctica el Programa de control de la Enfermedad de Hansen en nuestro País, antes que sea un problema nacional de salud.

Que es factible llevar a cabo el programa de control de la Hanseniasis en nuestro País con una reorganización nacional de nuestros recursos económicos y humanos, así como con la ayuda de Instituciones Internacionales interesadas en resolver éstos problemas.

Es necesario la difusión de los nuevos conocimientos que se tienen sobre la Enfermedad de Hansen y su control epidemiológico en todos los niveles de atención médica.

Es básico un sistema de educación y rehabilitación del paciente con la enfermedad de Hansen, lo cual no se ha logrado en el País.

Fundación de un Banco Central de Medicina, que permita dar cobertura y lograr un mantenimiento del enfermo hanseniano, así como de productos biológicos (Lepromina).

7. Actualmente la Enfermedad de Hansen no representa un problema de salud que deba atacarse en forma intensiva, pero nos estamos aproximando a un límite en el cual se tendría que invertir y triplicar los esfuerzos económicos y humanos.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Capurro, E. T. y T. Pompeu Rossar. Manual de leprología. Buenos Aires, s. e., 1968. 48 p.
2. Castellazzi, Zino. Epidemiología de la lepra, con especial referencia a Venezuela. Revista Venezolana de Sanidad y Asistencia Social 35 (2: 431-480 Junio 1970.
3. Convit, J., O. Reyes y R. Albornoz. La Lepra. Dermatología Venezolana 6 (1-2): 5-51, Enero- Junio, 1967.
4. Giordanelli, Efisio. Prevención y tratamiento de la incapacidad física en el enfermo de lepra; programa de entrenamiento básico teórico para auxiliares de acuerdo al esquema indicado por la Sección de Rehabilitación de la División de Dermatología - Sanitaria. Caracas, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1971. 60 p. (Separata del Boletín - Dermatológico Sanitario vol. 12, No. 3-4).
5. González Prendes, Miguel A. Consideraciones acerca de la lepra. La Habana, Ministerio de Salud Pública Editora Científica, 1965. 135 p.
6. Organización Mundial de la Salud, Comité de Expertos de la OMS en lepra. Cuarto informe. Ginebra, 1970. 35 p. (Serie de Informes Técnicos, 459)
7. Oficina Panamericana de la Salud. Seminario sobre el control de la lepra (Belo Horizonte, Brasil, 30

de junio - 7 de julio, 1958) Washington, 1959. (Publicación Científica, 41)

8. Silva Martínez, Eduardo. Análisis de los primeros 1000 casos dermatológicos vistos en el Hospital - Ramiro Gálvez de Guatemala 9(26): 31-36, Octubre - Diciembre 1966.
9. -----. Estado Actual de la lepra en Guatemala. - Acta Leprológica 9 (26): 22-30, Octubre - Diciembre 1966.
10. Solórzano Espinoza, Jaime. Programa nacional de control de la lepra. Guatemala, Dirección General de Servicios de Salud, 1972. p. (mimeografía - do).
11. Venezuela. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Servicio de Dermatología Sanitaria del Estado Aragua. Servicio Social, Maracay, 1973. 65 p. (mimeografiado).

Vo. Bo.

Aura E. Singer
Bibliotecaria.

Br. Julio César Posadas Vásquez

Dr. Jaime Solórzano E.
Asesor

Dr. Otto Zeissig B.
Revisor

Dr. Julio de León M.
Director de Fase III

Dr. Carlos Armando Soto
Decano

Dr. Francisco Sáenz Bran
Secretario.

FVM/fvr. 5-V-69