

Condiciones socio-económicas y hanseniasis. Comparación durante 30 años entre la consulta privada y un dispensario especializado (*)

ENRIQUE E. TELLO (**)

RESUMEN — En un período de 30 años se estudian socio-económicamente a los pacientes hansenianos que concurrieron a un consultorio privado y a un dispensario especializado de la ciudad de Córdoba (Argentina) que provenían de la zona agrícola-ganadera y agrícola intensiva de la provincia del mismo nombre y especialmente de la región en que la hanseniasis es endémica, hecho que también coincide con las estadísticas oficiales.

En el consultorio privado la concurrencia fue calificada como "clase media, clase media alta o clase rica" en su enorme mayoría. — En el dispensario de 918 hansenianos, sólo 85 fueron calificados como "clase media"; los restantes pertenecían a la "clase pobre".

En las dos poblaciones examinadas, hanseniasis virchoviana, tuberculoide y dimorfa mostraron valores porcentuales sin diferencias estadísticas realmente significativas e indican un evidente fracaso en el diagnóstico precoz en una epidemia antigua con claras posibilidades de contagio. — En cambio, hanseniasis inaracterística fue diagnosticada en la consulta privada en un 19,48% y en el medio dispensarial en el 9,06% lo que puede significar para los concurrentes a la primera una mayor instrucción derivada de sus facilidades económicas.

Terminos ind.: Hanseniasis. Diagnóstico. Epidemiología. Factores económico-sociales. Córdoba Argentina.

La hanseniasis llena todas las condiciones de las "enfermedades sociales" desde su morbilidad, grupos etarios, sexo, letalidad y mortalidad, incapacidades, etc. y en medicina social lo básico es eliminar los factores predisponentes.

Es reconocido que entre estos factores se halla incluido el socio-económico y que la hanseniasis tiene "mayor prevalencia en los países en donde el

patrón de vida es más bajo y en éstos de preferencia en las clases pobres" según Bechelli y Rotberg, concepto que amplía Alvarez Martínez al afirmar que "está ligada íntimamente a los grupos humanos más sufridos por la ignorancia, el desaseo, la promiscuidad, el desempleo y la desnutrición. — Es decir que la 'causa social' de la enfermedad es evidente, pues permite para el caso infectante las mejores condiciones para la transmisión".

(*) Presentado en el II Congreso Brasileiro de Hansenología, Rio de Janeiro, 31/6 a 2 de julio de 1978.

(**) Profesor — Catedra de Clínica Dermatosifiligráfica. Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba. República Argentina.

Jonquières sintetiza estas condiciones afirmando que la hanseniasis "tiene predilección por el medio familiar en relación directa al grado de hacinamiento y promiscuidad y en relación inversa a la higiene ambiental" a lo que Belda agrega que "las condiciones socio-económicas podrán, indirectamente, ser medidas por el grado de escolaridad".

Esta introducción que con similares palabras, traductoras de un concepto, se encuentra en todas las descripciones de la enfermedad y a las que no vamos a detallar por razones obvias, hace ver que el factor económico es el eje sobre el que giran toda una serie de secuencias ya puramente "sociales" como son las condiciones de la vivienda, alimentación, educación, etc.

En este trabajo basado en el estudio de un período de 30 años se pretende dar a conocer la ingerencia del factor "económico-social" (variable o no) como causa predisponente de hanseniasis, según se lo observe en la consulta privada o en un dispensario, ambos de la ciudad de Córdoba de la República Argentina. Esta ciudad en la que asientan los dos núcleos médicos de referencia, es la capital de la provincia del mismo nombre, actualmente con 1.000.000 de habitantes y que por su condición de universitaria es centro de atracción para los enfermos de la provincia y de las periféricas ligadas por medios de comunicación.

"La provincia de Córdoba tiene por su posición geográfica dentro del territorio nacional, una posición mediterránea y marcadamente céntrica (fig. 1). Rasgos físicos y políticos contribuyen aún más a destacar esta posición, ya que Córdoba es nudo de articulación de muy diversas regiones naturales, siendo también el estado argentino con acceso directo a mayor número de provincias hermanas. Su superficie de



Fig. 1 — Ubicación de la provincia de Córdoba en la República Argentina.

168.854 kilómetros cuadrados se extiende íntegramente dentro de la zona templada y su extensión se desplaza entre los 29° 30' y los 35° de latitud sur y entre los 61° 47' y los 65° 56' 53" de longitud occidental" (Terzaga).

La "información" que se presenta sirve para comparar los datos que pueden aportar dos poblaciones supuestas diferentes económicamente en una, misma región y sirven de ayuda en "estudios de correlación" a fin de advertir concordancias o discordancias con otras poblaciones sometidas a similares condiciones ecológicas, geográficas o económicas, ya que existen variaciones regionales, de las que pueden surgir conclusiones de carácter epidemiológico general. Es pues, un "estudio descriptivo" y es "longitudinal" (de observación en el tiempo, 'follow-up') dado que el promedio anual de enfermos examinados en los dos puntos de comparación

han sido exactamente superponibles cada año en cada uno de ellos.

Presupuestamente los dos núcleos a comparar son disímiles en sus condiciones económicas ya que la concurrencia a un consultorio privado impone el pago de un honorario del que se encuentra liberado el enfermo que se aliste en un dispensario. Esta diferencia económica es la que se pone en estudio para sacar conclusiones sobre los tipos y formas de hanseniasis que afectan a los pacientes.

Como en las historias clínicas no siempre la capacidad económica de los pacientes fué evaluada, en estos casos se la estableció por referencia traslativa de las profesiones declaradas y los domicilios.

En los 308 pacientes examinados en la consulta privada se encontró que el grupo de menor capacidad económica estaba representado por 17 jornaleros, un vendedor ambulante y, si se quiere, por 8 jubilados, todos los que vendrían a representar a la "clase pobre".

El grupo 'quehaceres domésticos' (104 personas) engloba a las amas de casa y es el más numeroso y definitivamente considerado pertenece a lo que en la Argentina se conoce como "clase media", es decir con buenas condiciones socio-económicas. También acá corresponden a ella 50 operarios técnicos o con profesión especializada, 45 empleados, 20 agricultores en el sentido de propietarios de campos, 15 estudiantes de niveles secundario, universitario o técnico, 12 educacionistas, 8 profesionales universitarios y 2 sacerdotes. Completa la estadística un niño de 2 años proveniente de la clase media. De 25 comerciantes, ganaderos e industriales, 20 encajan en la calificación de "clase media alta" o en la de los "ricos".

De los 916 enfermos que en el mismo periodo se examinaron en el dispensa

rio, solamente pueden incluirse en la "clase media" a 85 entre varones y mujeres. El grupo más numeroso de la "clase pobre" está dado por los 'quehaceres domésticos' (363) que acá está formado por mujeres que realizan los trabajos de la casa poco que también ejecutan muchas tareas de campo junto a los hombres; 63 mujeres pertenecían al servicio doméstico y 3 eran tejedoras. 317 hombres eran jornaleros, es decir trabajadores que reciben paga sólo los días que trabajan que según las regiones se llaman 'peón de campo' o 'peón de chacra' y que en las ciudades se ocupan de diversos menesteres según la demanda de trabajo. También se clasificaron como "pobres" a 10 de 15 empleados, 12 jubilados, 2 zapateros, 15 pintores, 21 albaniles, 5 moios, 5 estudiantes primarios y 2 secundarios.

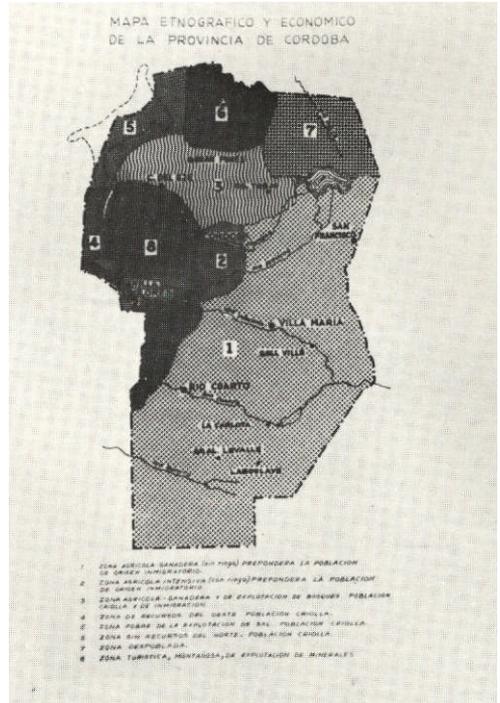


Fig. 2 — Mapa etnográfico y económico de la provincia de Córdoba.

La estadística del dispensario en la que hay prevalencia de hansenianos "pobres" no invalida los resultados de la consulta privada en la que la "clase media" o la "rica" ocupan todos los rangos, sino que reafirma que la enfermedad puede encontrarse en cualquier individuo.

Conviene destacar que en las dos poblaciones estudiadas coincide la prevalencia de los enfermos provenientes de

la zona agrícola-ganadera y de la agrícola intensiva de la provincia y de ésta de los departamentos en que la endemia es más manifiesta (fig. 2), como ocurre también con ligeras variantes con los datos obtenidos de la Secretaria de Salud Pública de la Provincia.

En la tabla I puede apreciarse el número y porcentaje de enfermos por sus tipos y formas clínicas observados en las dos poblaciones:

TABLA I

	Dispensario	Consulta privada
Virchoviana	404 = 44,10%	111 = 36,03%
Tuberculoide	407 = 44,28%	128 = 41,55%
Incaracterística	83 = 9,06%	60 = 19,46%
Dimorfa	22 = 2,41%	9 = 2,93%

Si bien ambas estadísticas indican una falia en la precocidad diagnóstica en una endemia antigua con evidente potencial de contagiosidad, se destaca nitidamente el diagnóstico de hanseniasis encaracterística en la consulta privada (19,48%) sobre el realizado en el dispensario (9,06%) proveniente los pacientes de una igual región pero con desigual capacidad económica.

Creemos que este adelantamiento en el diagnóstico debe ser interpretado como relacionado con la mayor instrucción que pueden tener los pacientes que concurren a la consulta privada, que puede estar dada por las facilidades que les proporciona su capacidad económica, instrucción que les haría inda-

gar mas precozmente el origen de la dermatia de aspecto generalmente banal con que se inicia la enfermedad. Las cifras aportadas por la consulta privada vienen a confirmar que la obtención de la salud deberá lograrse disminuyendo o eliminando todas aquellas condiciones negativas a que hacemos referencia en los primeros párrafos que, para Mahler son "una combinación perniciosa de desempleo y sub-empleo, de pobreza económica, de escasez de bienes materiales, de un nivel bajo de instrucción, de malas condiciones de vivienda, de saneamiento deficiente, de mal nutrición, de mala salud, de apatía social y de falta de voluntad y de espíritu de iniciativa para mejorar la situación".

SUMMARY

In a thirty-year long period 308 and 916 hanseniasis patients were observed by the author in his private office (middle, upper middle and high class) and in a public out-patient clinic of Cordoba, Argentina, respectively. No significant differences were found comparing the percentages of Virchowian, tuberculoid and dimorphous cases, in either class, a fact which shows an evident failure of early diagnosis. In contrast, indetermined hanseniasis was diagnosed in 19.48% of private patients against only 9.06% of the public clinic patients, which may be due to the higher economical and educational level of the former group.

Key words: Hanseniasis. Diagnosis. Epidemiology. Socio-economic factors.
Cordoba — Argentina.

REFERENCIAS

1. ALBORNOZ MARTINEZ, R. Epidemiologia y profilaxia de la lepra. In: REUNION LEPROLOGICA DEL CONO SUD, la., Buenos Aires, 1970. Buenos Aires, Sociedad Argentina de Leprologia, 1970. p. 61-78.
2. BECHELLI, L.M. & ROTBERG, A. *Compêndio de Leprologia*. Rio de Janeiro, Serviço Nacional de Lepra, 1951. p. 506.
3. BELDA, W. Aspectos epidemiológicos da hanseníase no Estado de São Paulo, em 1974. *Hansen. Int.* 1(1): 11-23, 1976.
4. JONQUIERES, E.D.L. *La lepra: compendio para médicos y eadudiantes*. Buenos Aires, Patronato del Enfermo de Lepra, 1968. p. 13.
5. MAHLER, H. La salud para todos en el año 2.000. *Cronica de la OMS*, 29(12): 497-502, 1975.
6. TERZAGA, A. *Geografia de Córdoba*. Cordoba, Assandri, 1963. p. 19.

Recibido para publicación en Septiembre 1978.