

Argentina: La lepra ¿una enfermedad del pasado? (*)

La historia del primer servicio de lepra en Rosario

María Isabel Carnino (**)

Resumen

Si se observa el proceso de instalación de un servicio destinado a atender pacientes que sufren alguna enfermedad de carácter infeccioso desde el punto de vista de la política sanitaria llevada adelante por el sector público, podría caerse fácilmente en el error de pensar que se trata de una decisión puramente administrativa, que dependerá en última instancia a la prioridad otorgada al problema y a los recursos disponibles para darle respuesta.

La historia de la instalación del primer servicio de lepra en Rosario puede servir para ilustrar la complejidad que esconde este tipo de proceso y las trabas que pueden resultar de intereses ajenos al problema desde el punto de vista técnico-administrativo, pero que se sienten afectados por el mismo. Las decisiones políticas relacionadas con la instalación de un servicio de lepra en el Hospital Carrasco cubren un periodo de más de una década de avances y retrocesos. Este ritmo particular se debe a conflictos gestados entre diferentes fuerzas sociales. Diferentes grupos, con intereses específicos frente al problema de la lepra, se constituyen como actores, interviniendo para alentar u oponerse a determinadas decisiones. La descripción de tales actores, los intereses, las percepciones y los argumentos que utilizan para defender su perspectiva, ilustran suficientemente la complejidad política de un problema que suele abordarse como de índole exclusivamente técnico-administrativa

Abstract

If one observes the process of installing a health service for patients with an infectious communicable disease from the point of view of the sanitary policy held by the Public Sector, one might wrongly think that this merely an administrative decision, whose success would finally depend on the priority given to the problem and the resources available.

In Rosario, the history of Carrasco Hospital provides an example of the complexity inherent in this kind of process and the hindrances that could be entailed by other interest which are foreign to the technical and administrative aspects, but which are nonetheless related to the problem. Policy decisions related to its installation involved more than a decade of progress and setbacks. This particular rhythm is due to conflicts between different social sectors. Groups with specific interests facing the problem of leprosy become actors intervening to encourage or oppose certain decisions. The description of these actors, their interests, perceptions and the arguments they use to defend their point of view, illustrate quite well the political complexity of a problem which tends to be considered as a purely technical and administrative one.

Términos claves: Lepra, Argentina.

Key Terms: Leprosy, Argentina.

(*) Esta investigación recibió apoyo financiero del Programa de Pequeñas Becas (Laboratorio de Ciencias Sociales-Universidad Central de Venezuela) del Programa Especial de Investigación y Formación en Enfermedades Tropicales (TDR) del PNUD/Banco Mundial/Organización Mundial de la Salud.

** Centro de Estudios Sanitarios y Sociales - C.E.S.S.- España 401, 2.000 Rosario, Argentina.

INTRODUCCIÓN

En general no se espera que los trabajos de investigación histórica produzcan de manera necesaria e inmediata conclusiones que se puedan aplicar de forma directa a las orientaciones sobre política social. Lo que la historia en general procura es reconstruir procesos, recuperar dinámicas sociales, grupales o individuales que sólo a través de una serie de complejas mediciones pueden aplicarse a la mejor comprensión de los problemas de las sociedades contemporáneas. Esas mediciones se encuentran habitualmente expresadas en las formulaciones de la teoría social, que aprovecha en múltiples formas la acumulación realizada por la historia para formular sus hipótesis en relación con las grandes líneas de conformación y transformación de las sociedades.

Esas teorías referidas a la dinámica societal, serán corroboradas o refutadas por nuevas investigaciones empíricas, en un proceso que no parece tener un término cierto ni una aplicabilidad inmediata.

Esas teorías que desarrollamos sobre la lepra en Rosario, se inscriben sin duda dentro de esa línea. No pueden sacarse de ella conclusiones inmediatas para la acción más que a través de un proceso de confrontación con los saberes ya acumulados y las teorías elaboradas para interpretarlos.

Hay dos campos en los que, sin ninguna duda, la historia de la lepra en Rosario refuerza algunas de las concepciones más innovadoras en lo referido a las políticas sociales y, más frecuentemente, las aplicables

al sector salud. En primer lugar en lo referente a la manera de pensar la acción del Estado en la organización de servicios de atención médica. En segundo término, en lo vinculado a la forma cómo las concepciones socialmente construidas en torno a una determinada enfermedad tienen influencia a nivel de los aparatos de gobierno, las instrucciones de atención, la población en general y los mismos enfermos, de una manera que en muchos casos puede significar severas limitaciones al aprovechamiento de los recursos técnicos y terapéuticos disponibles para su erradicación o cura.

En relación con el primer punto, el vinculado a la dinámica de los organismos estatales en la puesta en marcha de los servicios de salud del sector público, ya las vertientes críticas a la planificación normativa han enfatizado el error subyacente a la idea de una acción del Estado basada en un diagnóstico de necesidades, una definición de prioridades y la utilización de un conjunto de postulados técnicos y organizativos, proporcionados por diferentes disciplinas científicas, con el fin de lograr la mayor eficacia y eficiencia en la utilización de los recursos financieros disponibles.

La investigación desarrollada sobre la creación del servicio de lepra muestra una vez más lo oportuno de esta crítica que conduce a desmentir la tradicionalmente aceptada visión del Estado como instancia neutra, dotada de racionalidad y objetividad, capaz de tomar decisiones basadas exclusivamente en informa-

ción técnico científica y con poder suficiente para imponerlas.

No puede pensarse en esos términos la creación del servicio de lepra en Rosario. No se trata de una decisión puramente administrativa, que dependerá de la prioridad otorgada al problema por los funcionarios del área y los recursos disponibles para darle adecuada respuesta.

En este caso, como en muchos otros, la decisión técnico administrativa no se origina de manera espontánea en el interior del aparato estatal con jurisdicción sobre el problema, sino que surge a partir de la inquietud y movilización de un sector de la sociedad civil con interés en la cuestión. En este caso particular se trata de un interés de tipo fundamentalmente académico-científico. Pero aquí no termina el problema. Cuando se plantea la posibilidad de que el Estado dé respuesta a esa demanda sectorial, toman estado público otro conjunto de intereses, parcialmente conflictivos, que antagonizan en torno a la decisión a tomar.

El establecimiento del servicio da por consiguiente origen a un proceso que no se resuelve en la instancia técnico administrativa, sino que se inscribe en el plano de lo político y refleja contradicciones sociales muy profundas que afectan las decisiones que cada sociedad pone en marcha para combatir la enfermedad. Tal como postulan los defensores de la planificación estratégica, los organismos estatales encargados de la definición de políticas de salud deberán realizar una evaluación del contexto del problema que no sólo

contemple cuestiones epidemiológicas, financieras, administrativas y de organización, sino también el conflicto de intereses que puede existir en las diferentes áreas de actuación.

En lo relacionado con la segunda esfera de problemas abordados, la vinculada a las concepciones sobre la lepra, los hallazgos no sólo permiten recuperar la influencia del discurso médico en las representaciones que la sociedad construye sobre la enfermedad y los enfermos, también suponen un llamado de atención a funcionarios y planificadores en torno a los obstáculos que esas representaciones pueden suponer para un abordaje eficaz de la enfermedad, el contagio y la cura.

Las concepciones sobre la lepra que se difunden en la sociedad argentina de comienzos de siglo revelan el fuerte contenido de "amenaza" que se asocia a la enfermedad, que abusivamente se traslada a sus portadores, aun a aquellos que están bajo atención médica y más abusivamente aún se adjudica también a los servicios instalados para albergar a los enfermos, orientar su tratamiento y controlar las posibles fuentes de contagio.

No se trata aquí de un mero interés erudito o histórico, o de lograr la caracterización de un problema social que sirva para señalar las raíces del prejuicio o la marginación. Las representaciones difundidas en la sociedad rosarina en relación con la lepra y sus enfermos se constituyen en obstáculos para el reconocimiento del problema, la continuidad del tratamiento, el control de familiares y convivientes, la accesibilidad de

los servicios de atención, la oportunidad de la respuesta médica, etc. etc.

No se trata tampoco de un problema ya superado, de fenómenos propios de una época en que el escaso desarrollo de los recursos para el tratamiento de las enfermedades infecciosas las convertían en potenciales amenazas para la convivencia. Fenómenos muy semejantes se verifican contemporáneamente en relación con el SIDA, por ejemplo.

Por lo tanto, los encargados de establecer políticas, especialmente los encargados de los programas destinados a hacer conocer a la población los riesgos asociados con la difusión de determinadas patologías y a recomendar conductas preventivas, deben tener particular cuidado para que la prudencia no se transforme en temor irracional, se considere a los enfermos como miembros de la sociedad merecedores de atención particular y no como potenciales amenazas al bienestar de sus conciudadanos, los servicios sean considerados como fuentes de mayor seguridad y no como ocasión de posible contagio.

METODOLOGÍA

La definición de los ejes de investigación a partir de problemas centrados en torno a las concepciones sobre la enfermedad y en actores e intereses, requirió periodizaciones diferentes. La primera se vincula al proceso de larga duración, relativos a la construcción social de representaciones sociales de la enfermedad. Para la segunda que remite a las

políticas de decisión, sus límites están dados por el surgimiento del conflicto y su resolución con la creación del servicio. Por último la perspectiva epidemiológica demanda un corte transversal del estudio de la enfermedad bajo análisis.

Para el diseño de las actividades se diferenciaron las que tienen que ver con el relevamiento de la información y aquellas que corresponden a los diferentes abordajes de la misma.

a.- Se efectuó un fichaje sistemático del material recogido que fue ordenado por fuente y por referente temático.

b.- El relevamiento de las historias clínicas del servicio se realizó según las siguientes variables: edad, sexo, lugar de procedencia, nacionalidad, ocupación y a través de ésta la posibilidad de transmitir la enfermedad, forma clínica, incidencia en grupos familiares.

Para su análisis se procedió a la definición de las variables de interés y formulación de códigos. Se diseñó un registro de entrada, en base al cual se construyeron planillas especiales para el volcado de los códigos definidos de modo de facilitar la graboverificación. La grabación fue controlada, en primer lugar mediante lectura directa de las salidas de los archivos. Luego, por medio de cruces de variables se procedió a validar la información a través de la consistencia entre respuestas para búsqueda y corrección de errores. El software utilizado fue FOXBASE y SPSS/PC+.

LA CONSTITUCIÓN
DE UN SERVICIO
PARA PACIENTES DE LEPROA
EN LA CIUDAD DE ROSARIO
*La Cátedra de Dermatosifilografía
de la Facultad
de Ciencias Médicas*

La promulgación de la Ley Nacional N° 11.359 de 1926, que lleva el nombre del Dr. Maximiliano Aberastury, autor del proyecto de organización y reglamentación de profilaxis de la lepra, y su reforma¹ no se tradujo más allá del interés particular de unos pocos y la declamación de muchos, en un cambio de actitud por parte de las autoridades sanitarias caracterizada por una relativa indiferencia frente al problema.

Las medidas tomadas a nivel nacional expresan tan sólo la inquietud de ciertos sanitaristas por favorecer una relativa ampliación de los organismos estatales vinculados a salud. En 1927 bajo la dirección del Dr. Gregorio Araoz Alfaro, el Departamento Nacional de Higiene (D.N.H.), que tenía a su cargo lo que a política sanitaria se refiere crea la Sección Dermatovenereológica. Una de sus principales actividades era arbitrar los medios para hacer cumplir la ya mencionada ley de Profilaxis de lepra y también de enfermedades venereas (Ley Nro. 12.331). Este organismo realizó el primer censo nacional de enfermos de lepra, según el cual Santa Fe contaba para 1929 con 495 enfermos sobre un total de 1.843 en todo el país.

Hasta ese momento solamente existían en Rosario consultorios externos de dermatología general: un

dispensario en el puerto bajo la dirección del D.N.H., un consultorio en el Hospital Italiano Garibaldi y un consultorio en el Hospital del Centenario, dependiente de la Universidad Nacional del Litoral, oferta notoriamente insuficiente para dar respuesta a las necesidades expresadas por la demanda poblacional.

Por la misma época, un grupo de médicos especialistas en piel de la ciudad de Rosario se ocupaba del tema. Este grupo conforma el primer actor relevante del proceso que queremos describir.

Reunidos en la Cátedra de Dermatosifilografía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral bajo la dirección del doctor Enrique P. Fidanza, se abocaron a la investigación y tratamiento del Mal de Hansen.

Las inquietudes del Dr. Fidanza no son nuevas, ya en 1925 después de un viaje oficial de estudios a Europa, elevó un informe al Dr. Enrique Mosca, gobernador de la provincia, en el cual señalaba tener conocimientos sobre la existencia de leproso en todos los Departamentos. Sugería para la organización de una campaña de profilaxis la realización de un censo provincial que permitiera conocer el número de enfermos y su distribución en la provincia. Conocemos el destino que le cupo a dicho informe a través del mismo Dr. Fidanza (1934:126), quien unos años más tarde se preguntaba:

“¿Qué hizo el gobierno? Lo leyó, lo hizo publicar, dictó un decreto y me dio las gracias (...) Cuatro meses después se realizaba el Congreso Sanitario en Buenos Aires, en el que

la lepra constituía uno de los puntos a tratarse, y naturalmente, Santa Fe designó sus delegados a dicho congreso, (...) dos distinguidos cirujanos"².

Si bien estas decisiones eran reveladoras de la indiferencia oficial, para el equipo lo importante era el número cada vez mayor de enfermos concurrentes al consultorio externo de la cátedra. Este crecimiento constituía un estímulo decisivo para la profundización de investigaciones que permitió "aprovechar todo ese material de estudio" y dar cuenta de la real magnitud del problema³.

Dos cuestiones preocupaban a estos profesionales: por un lado querían evitar las dificultades de índole organizativa que suponía el diagnóstico de la enfermedad y posterior traslado de los enfermos hacia la capital federal, único lugar de hospitalización en el país para el aislamiento de los mismos⁴; por otro, necesitaban disponer de los "casos" en Rosario para continuar con sus investigaciones.

Estos fueron los móviles para solicitar al Director del Hospital de Carrasco de jurisdicción municipal, autorización para internar algunos pacientes de lepra en la sala que dirigía en ese momento el Prof. Dr. Pedro Piñero García, titular de la Cátedra de Clínica Epidemiológica de la Facultad y posterior opositor al servicio de lepra⁵.

Recibida la autorización, poco a poco fue aumentando el número de internados afectados de lepra hasta completarse la sala con enfermos de esta patología exclusivamente⁶. En estas condiciones, en 1929 se inició

de hecho el funcionamiento de un servicio destinado a lepra. Sus miembros tuvieron que esperar algo más de un año para que fuera reconocido dentro del presupuesto municipal. La oficialización de la sala se obtuvo en marzo de 1931 y en el mismo año se realizó el concurso para los cargos de Jefe de Sala y Médico ad-honorem⁷.

A cargo de estos pacientes se encontraban los doctores J. Fernández y S. Schujman, siempre bajo la dirección del Dr. Fianza que puso al servicio de la sala de laboratorio de su Cátedra, de modo que "se explica fácilmente el desarrollo rápido y progresivo del servicio"⁸.

La obtención de los recursos para su mantenimiento también fue responsabilidad de los facultativos, solicitaron la colaboración del D.N.H., de la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario. También recibieron donaciones de particulares, algunas casas comerciales aportaron el material de laboratorio necesario y los socios de la Bolsa de Comercio de la ciudad en un primer momento apoyaron la iniciativa por medio de una suscripción.

Un nuevo informe del Dr. Fianza reclamaba al Director de la Asistencia Pública, Dr. Enrique Sant'Angelo la atención de las autoridades municipales:

"Hasta hoy, señor Director, la caridad privada ha creado y desarrollado paulatinamente un organismo del que Rosario carecía, a su centro más importante concurren a diario los dolientes de toda la provincia (...) son pacientes y recurrentes

en busca de la asistencia que el Estado tiene la obligación de darles"⁹.

Tal vez, haya acelerado una respuesta la llegada a la Dirección de la Asistencia Pública del Prof. Dr. Camilo Muniagurria. Se creó por decreto Municipal del 21 de octubre de 1930 una comisión asesora para analizar la situación local y sugerir algunas medidas que evitarán la propagación de la enfermedad. Esta vez la labor desarrollada por médicos del servicio fue reconocida, la comisión quedó constituida por los doctores Fernández, Schujman y Carrillo.

Un mes después la comisión elevó un informe en el cual recomendaba nuevamente la realización de un censo ya que con la información obtenida no podía dar cuenta del número de leprosos existentes en la ciudad¹⁰.

Los profesionales no quedaron satisfechos con los progresos obtenidos; se propusieron dar a conocer el problema a la comunidad para lograr la plena legitimación del servicio¹¹ y obtener apoyos con el objetivo de organizar una campaña de alcance provincial y nacional.

Avalando al grupo profesional el Círculo Médico de Rosario se dirigió al Ministro del Interior de la Nación, utilizando como referente de legitimidad de su demanda la reunión científica que el mismo había organizado el 3 de noviembre de 1933, solicitando la creación de una colonia para leprosos y la vigencia de la Ley Aberastury de 1926.

Solicitaban: a.- La creación de establecimientos de internación adecuados, ya que sólo se disponía de trescientas camas en el país; b.- El establecimiento de instituciones para

"los casos moderados" cerca de las grandes ciudades y c.- La construcción de uno de estos centros en Rosario que sirviera de apoyo a la obra iniciada.

La prensa local rescató la iniciativa señalando que "contrariamente a lo que se ha hecho en otras provincias (...) rechazando las iniciativas de colonias para leprosos, aquí se solicita la instalación de una".

Estos fueron los primeros pasos en la afirmación del grupo profesional, pero el apoyo decisivo para la consolidación del proyecto vino del Patronato de Leprosos.

EL PATRONATO DE LEPROSOS FILIAL ROSARIO

Las asociaciones de caridad encontraron en la sociedad de la época un espacio muy amplio de actuación dentro de los servicios de salud, según sus principios, auxiliaban al Estado en la asistencia médica y social del indigente. Organizadas a partir de inquietudes privadas, su inserción en la estructura asistencial no era muy clara. Sus recursos provenían de colectas, donaciones, etc. pero también, recibían importantes subsidios —que en algunos casos constituían sus principales ingresos— de diferentes organismos estatales según fueran sus vinculaciones con el poder político.

Al frente de estas instituciones estaban, generalmente, mujeres pertenecientes a familias socialmente reconocidas, que con frecuencia contaban con el respaldo de sanitaristas o profesionales médicos de renombre en el área a la cual la institución se proponía auxiliar¹².

En nuestro caso particular, la creación de la filial Rosario del Patronato de Leprosos fue auspiciada por la Casa Central en 1932 como un intento de extender su acción al interior del país. Esta iniciativa culminó con la creación de 14 filiales hacia 1938, respondiendo así a las inquietudes de otorgarle un carácter nacional a la obra iniciada por la Sra. Hersilia Casares de Blaquier¹³.

Es de suponer que la elección de Rosario como sede de esta primera filial se debió a la existencia de un servicio ya organizado para la atención de los enfermos de lepra, de un grupo de profesionales inquietos por desarrollar y estimular la investigación sobre la enfermedad y preocupados por despertar el interés de las autoridades sobre el problema. También se debe haber tenido en cuenta la existencia de un número significativo de enfermos en la provincia de Santa Fe y mayor aún en Rosario.

Para la constitución de la filial rosarina se organizó una Asamblea el 17 de mayo de 1932 en la cual se nombraron las primeras autoridades. Sus estatutos, distintos de los de la sociedad central establecían que podían ser socias todas las personas que previa solicitud a la Comisión Directiva fueran admitidas por mayoría de votos. "La persona que no fuese aceptada no podrá insistir en su presentación hasta transcurrido el período de un año"¹⁴.

Desde los comienzos la institución se vinculó con el Servicio del Hospital y particularmente con los profesionales definiendo las áreas de incumbencia de cada uno, com-

plementando y estimulando la actividad conjunta¹⁵.

El patronato apoyó las inquietudes científicas estimulando la visita de especialistas extranjeros, otorgando becas para la formación de leprólogos, manteniendo el laboratorio. Esta distribución de actividades fue eficaz ya que permitió potencializar el reconocimiento y los escasos recursos del servicio.

Otro orden de prioridades fue la vinculación directa con los enfermos y sus familias, estimulando la concurrencia al dispensario y consultorio externo del Hospital, organizando campañas de divulgación con la intención de esclarecer a la opinión pública sobre "los verdaderos alcances de la enfermedad". El Patronato alcanzó protagonismo a partir del interés manifiesto por construir en Rosario un Instituto Experimental que despertó la atención y el debate público.

EL INSTITUTO EXPERIMENTAL DE ROSARIO

Una constante en los diferentes proyectos de organización de una campaña antileprosa que se dieron a conocer, era la necesidad no cumplida, de contar en el Departamento Rosario con un centro en el cual se pudiera tratar e internar a los enfermos. La propuesta concreta la realizó la casa central del Patronato a la Municipalidad de Rosario ofreciendo la construcción de un Instituto Experimental en las afueras de la ciudad con una capacidad de 100 camas.

El proyecto ocupaba el primer punto de un programa que sostenía

la necesidad de completar el plan de Gobierno Nacional de construcción de lazaretos en distintos puntos del país⁶ con la fundación en Rosario de:

*"...un centro de estudios de investigación, consultorio externo, dispensario y atención continuada para los atacados del Mal de Hansen. Nuestra ciudad será así la que indique el camino, ejemplarmente humanístico y patriótico"*¹⁶.

La carencia de este tipo de instituciones en la región era reconocida en diferentes ámbitos. Se convocó la colaboración de los médicos leprologos, de los poderes públicos y de la población para asistir a los 600 enfermos de Rosario, de los cuales sólo recibían tratamiento los 60 que asilaba el Hospital Carrasco.

Todos los medios fueron utilizados por la filial para dar a conocer el proyecto¹⁷, en particular los orientados a la comunicación masiva. Se organizó una serie de mensajes transmitidos por las emisoras de la radio local, en ellos la Presidenta se dirigía al pueblo de Rosario sosteniendo que:

"Hay que curar a esa gente, hay que auxiliarla, y el Estado por sus propios medios no puede hacerlo."

*Señores: El Patronato de Leprosos va a curar y va a auxiliar a esos enfermos necesita para satisfacer ese anhelo, de ingestes sumas, Es para defender a ellos, entiéndase bien, para defender a nuestros propios hogares"*¹⁸.

La Presidenta del Patronato, por intermedio de una nota enviada al Director de la Administración Sanitaria y Asistencia Social Dr. Santiago P. Giorgi, siguiendo las

recomendaciones del V Congreso Nacional de Medicina sostenía que el auxilio a los enfermos internados en el Carrasco debía ser responsabilidad del poder público, bajo la dirección científica de los técnicos.

Para colaborar en la concreción de la misma ofreció a la Municipalidad la donación del Instituto bajo una serie de condiciones de las cuales creemos importante señalar las siguientes: a.- El régimen hospitalario técnico administrativo y el mantenimiento general de la fundación estarían a cargo de la Municipalidad; b).- El Director y los médicos serían designados de acuerdo con la Ordenanza Municipal en vigencia; c.- La Administración Sanitaria enviaría al Patronato copias de las estadísticas que la fundación estaría obligada a llevar y d.- El Patronato se reservaba el derecho de revocar la donación de no respetarse los items mencionados¹⁹.

El Dr. Georgi puso a consideración de la Intendencia la donación sugiriendo oportuna su aceptación. A su juicio los servicios municipales que atendían a los enfermos de lepra eran "insuficientes e inconvenientes" ya que el número de enfermos había aumentado considerablemente. Una eficaz campaña, debía contar con un Instituto o Laboratorio de Investigación que permitiera el traslado de las Salas del Hospital Carrasco a un edificio adecuado para concentrar las actividades de asistencia, hospitalización e investigación.

Para el Director, la existencia de un programa nacional de construcción de leproserías no era obstáculo para el proyecto, por el con-

trario, lo complementaba. Adelantándose a las posiciones más prejuiciosas diferenciaba las colonias nacionales de los institutos, las primeras eran "campos de concentración para las formas graves y avanzadas", en cambio el proyecto propuesto aspiraba a dar tratamiento a los pacientes internados y asistir a aquellos que requirieran atención ambulatoria²⁰.

Esta postura no logró censo dentro del Gobierno Municipal. La posibilidad de instalar un centro de estas características provocó un arduo debate. La importancia otorgada al tema en el espacio público impulsó al Intendente a organizar una reunión especial en el Consejo Deliberante.

El Círculo Médico de Rosario tomó posición reclamando para sí la "autoridad científica para opinar y decidir sobre el tema". Sin embargo, también se hicieron eco los diarios locales mientras fuerzas vivas manifestaban su opinión sustancialmente diferente de la expresada por los técnicos se opusieron enfáticamente a la aprobación del proyecto.

Los movimientos llevados a cabo para impedir la construcción del Instituto dieron sus frutos. Las obras no se iniciaron y los recursos fueron utilizados en la remodelación de las salas del Hospital en 1938, pero esto no significó el fin de la polémica. La misma resurgía cada vez que se intentaba patrocinar alguna obra relacionada con los enfermos de lepra, en la década del '40 cuando se proyectó la instalación de un Preventorio para niños sanos de padres enfermos y se retomaba nuevamente la idea de

instalar en otro lugar un Instituto como opción posible para una eficaz campaña contra la enfermedad.

LA EXPRESIÓN DE LOS SECTORES OPOSITORES

Las asociaciones vecinales

Tres son las comisiones vecinales que a lo largo del referido período encontramos manifestando su oposición.

La primera llevaba el sugestivo nombre de "Comisión Vecinal **pro Higiene de los barrios** Avenida Provincias Unidas y Boulevard 27 de Febrero y vecinos de la Avenida Godoy". Como primera medida se dirigió al Intendente reclamando no haber sido convocada a la reunión realizada en la Municipalidad para conocer las opiniones de los diferentes sectores de la ciudad afectados por la instalación del Instituto. Creía de suma importancia su participación ya que el Instituto, objeto de la reunión, estaba proyectado en su barrio.

La vecinal se oponía aduciendo que tras el nombre de Instituto de Investigación se encubría la construcción de una leprosería con capacidad para 150 camas que por sus características debería instalarse fuera de los límites del municipio.

Aseguraban que el 95% de la población repudiaba la construcción de un servicio con esas características en cercanías de zonas pobladas, la confusión reinante se debía a la existencia de opiniones contrapuestas entre los médicos, dada a conocer en la reunión del Consejo Deliberante, y se interrogaban sobre las controversias que el proyecto podía des-

partar en la población en general cuando los profesionales no lograban llegar a acuerdo²¹.

Advertían al poder político del proceso de desvalorización de las propiedades que impediría a la Municipalidad recaudar los fondos necesarios para hacer frente a las obras de pavimentación iniciadas en el barrio.

Algunos argumentos contenían la idea de foco de infección y centro de atracción de enfermos otros, inconvenientes de "orden estético y psicológico", el barrio ya contaba con un cementerio, un sanatorio de llanura para tuberculosos y en un futuro próximo se instalaría el nuevo Hospital de Infecciosos²².

Encontramos referencia de otra asociación vecinal que en su nombre anunciaba el objetivo que los convocaba: **Comité Antileprosería de Rosario**. Esta agrupación sí había participado de la reunión en la Municipalidad. En ella su representante no pudo fundamentar la oposición más allá de "razones que calificó de sentimentales"²³ a pesar del claro contenido de su asociación. No hemos encontrado más información sobre los argumentos que podían avalar la oposición del Comité.

El Patronato reaccionó calificándolas de "pseudas asociaciones vecinales" agitadoras de la opinión pública con argumentos de escasos conocimientos científicos que dejaban de lado intereses que concernían a toda la ciudad: la salud.

Para las damas el problema no residía en el Instituto, que constituía un mero traslado del servicio del Hospital Carrasco. El verdadero pe-

ligro lo presentaban los enfermos que deambulaban por la ciudad sin recibir ningún tipo de tratamiento, constituyéndose en pequeños focos de infección dispersos en el espacio urbano.

Las corporaciones económicas

Junto a las vecinales se alinearon representantes de otras instituciones que también aparecen reconocidas como "fuerzas vivas" o "instituciones vivas" o "instituciones sociales" como la Bolsa de Comercio y la Asociación de Comerciantes Minoristas de Rosario. De esta última no encontramos registro de sus declaraciones pero sabemos que participó en la reunión del Concejo Deliberante y votó en contra de la instalación del Instituto.

Otra fue la presencia pública de la Bolsa de Comercio²⁴, que si bien advertía que por sus fines no tenía necesaria injerencia en los verdaderos términos del problema planteado por la enfermedad, cuyo tratamiento era responsabilidad de los médicos, no dejaba de utilizar argumentos de este orden como sustento a su oposición.

Ni Rosario ni su zona de influencia era un ambiente propicio para el desarrollo de la lepra, por lo tanto los propiciadores del "foco" eran los enfermos de la zona rural, los cuales creían encontrar posibilidades de tratamiento en la gran población. Al no ser la lepra un problema local no había razones de valor para "endosar" a la ciudad el asilo y el costo de la curación de los enfermos que en su mayoría no eran originarios de ésta. Su concentración dentro del ejido urbano además de perjudicar notable-

mente las finanzas de la comuna, traería el descrédito para una ciudad que era importante puerto de comercio exterior.

En los aspectos específicamente técnicos de la organización del Instituto, tampoco acordaba. Afirmaba que no se trataba de una donación sino de una "cesión" de cuyo mantenimiento debía hacerse cargo la municipalidad bajo una serie de condiciones que a su juicio significarían "supeditar su acción sanitaria al Consejo y fiscalización de las entidades privadas" a las que asignaba sólo una función de cooperación²⁵.

A pesar de estas fuertes oposiciones el resultado de la Reunión realizada en el Concejo fue favorable a la construcción del Instituto por mayoría de votos pero la decisión final quedaba en manos del Intendente y del Concejo Deliberante. Cambios políticos dentro de la municipalidad postergaron la decisión.

El Poder Político

Entre los actores caracterizados por una posición ambivalente es necesario mencionar a las autoridades sanitarias provinciales y municipales.

En un primer momento el candidato a vicegobernador de la provincia de Santa Fe, Dr. Rafael Araya, en una reunión mantenida con las autoridades del Patronato reconoció que se explotaba políticamente el problema y esta razón impedía llevar a cabo la propuesta hecha a la Municipalidad de Rosario²⁶. Ya en funciones el Dr. Araya, esta vez en una entrevista con los representantes de la casa central, expresó su oposición intransigente al cumplimiento de los propósitos del Patronato²⁷.

El Patronato decidió postergar la construcción hasta encontrar mejor comprensión en las esferas oficiales para cumplir con su aspiración de que "cada Filial asista y ampare debidamente a sus propios enfermos", mientras tanto su estrategia consistió en ampliar las instalaciones existentes en el Hospital Carrasco inaugurándolas en 1938²⁸.

Durante la ceremonia de inauguración de las obras el Director del Hospital, Dr. Ramón A. Giacosa, reconoce como "una situación afrentosa, (de) inocultable vergüenza para nuestra ciudad" el hacinamiento de los 60 pacientes internados en salas cuya capacidad real no sobrepasa las 30 camas²⁹.

Reiteradamente las autoridades políticas eran señaladas como las responsables del fracaso de proyectos auspiciados por los médicos especializados.

Se preguntaba el Director General de la Administración Sanitaria y Asistencia Social: ¿Cómo se resuelven las necesidades y los problemas de los pueblos civilizados?. En primer lugar los gobiernos deben comprender las necesidades; pero además interviene un segundo factor: que esas necesidades sean sentidas ostensiblemente por los ciudadanos.

Para el Dr. Mario Vignoles la primera condición se había alcanzado en el país en relación a lepra: "Epidemiología, estadísticas, estudios clínicos, etc. de todo se ha hablado y escrito lo suficiente"³⁰, pero no la segunda, en la mayor parte del país la enfermedad se consideraba todavía como una "lacra social". En Rosario, para el Director, se había

logrado esa comprensión entre reconocimiento estatal y demanda ciudadana que posibilitó que la lepra fuera considerada como una enfermedad más.

A principios de la década del 40 se reanudó la polémica. El Patronato compró en 1941 una propiedad en un barrio residencial en las afueras de la ciudad —Fisherton— destinado al asilo de hijos sanos de padres enfermos de lepra. Las protestas no se hicieron esperar. Hubo intentos de conciliación entre los "caracterizados vecinos y las damas del patronato", mediante los cuales se intentó reubicar el preventivo contemplando las demandas de ambas partes. Se proyectaron varias reuniones pero ninguna con éxito³¹.

El Consejo Deliberante sancionó una Ordenanza en su sesión del 9 de diciembre de 1941 en la cual no autorizó la instalación del citado Preventorio.

El Patronato desconoció la decisión negándole autoridad para tomar dicha resolución. El "Hogar Esperanza" se habilita el 21 de octubre de 1941, apoyándose en las opiniones de los técnicos y la autorización otorgada por el Ministerio de Salud Pública y Trabajo de la provincia de Santa Fe.

Los tiempos habían cambiado. El Ministerio Provincial, de reciente creación, estaba a cargo del Dr. Abelardo Irigoyen Freyre en quien el Patronato encontró un interlocutor comprensivo. Varias entrevistas se realizaron entre las damas del Patronato y el Ministro mediante las cuales se comprometieron a colabo-

rar en las actividades emprendidas por ambos.

ANÁLISIS DE LAS PRIMERAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO

El análisis de las Historias Clínicas (H.C.) del Servicio del Hospital Carrasco presentó algunas dificultades debido a que el archivo fue organizado con posterioridad a la formación del servicio, esto impidió contar con toda la información del período bajo estudio. La ciudad de Rosario contaba para 1936 con 509.604 habitantes, según estimaciones de la Dirección de Estadística Municipal. Hasta octubre de 1940, los pacientes fichados en el servicio fueron 815³².

La mayor proporción de pacientes (81%) ingresó entre los años 1936 y 1945. No es casual que en este período de debatió con mayor fuerza en la ciudad los temas referidos a la lepra.

A nivel profesional el debate giró en torno a la ciudad como foco de la enfermedad o a su impulso a partir del particular interés demostrado por algunos profesionales. Se podría pensar tal vez que este debate entre profesionales traducía en términos académicos temores compartidos con otros sectores de la comunidad: el riesgo de transformar a Rosario en "ciudad leprosa".

La confiabilidad de la información registrada en las H.C. también es cuestionable; como sabemos, las características de esta enfermedad llevaba algunas veces al paciente cambiar no sólo su identidad, con una velada aceptación por parte de

los médicos del servicio, sino también su dirección y procedencia. La primera para evitar que se lo ubicara en su domicilio y la segunda, para asegurarse la atención en el servicio del Hospital Carrasco. Una disposición municipal establecía que sólo podían ser atendidas en los servicios, las personas con residencia en Rosario con una antigüedad de cinco años.

De los casos analizados el 56.4% (263) correspondía a varones y el 43.6% restante a mujeres, cubriendo todos los grupos etáreos en un amplio rango de edades entre los menores de 1 año y los 79 años. La existencia de un foco en la familia fue conocido en el 13.3% (62) de los pacientes, de los cuales el 52% eran menores de 10 años, en la mayoría de los casos este dato fue ignorado 84.8% (395).

Según la variable nacionalidad, encontramos que el 73.8% (344) eran argentinos, y el 22.5% (105) europeos, correspondiéndole solamente el 1.7% a los pacientes provenientes de países americanos e ignorándose la nacionalidad para el 1.9% de los casos.

Tomando en cuenta el lugar de residencia habitual de la persona, el 70.2% (327) residía en el Departamento Rosario, el 14.2% (66) en el resto de la Provincia de Santa Fe y el 9.9% (46) en otras provincias; no se consignó el dato de residencia en el 5.8% (27) de los casos.

El Dr. Piñero García profesor de la Facultad de Ciencias Médicas y firme opositor a la instalación del Servicio, resaltaba la gran influencia que había ejercido en la morbilidad

hospitalaria la atención de pacientes de otras localidades que le permitía establecer diferentes períodos.

Propone dos etapas según la forma en que había sido encarado el tratamiento de la enfermedad en Rosario: la primera se iniciaba con la creación de la Casa de Aislamiento, antiguo nombre del Hospital Intendente Carrasco, la segunda comenzaba en 1928, fecha de iniciación del servicio de lepra en el citado hospital.

Según su análisis, en el primer período se tenía un promedio de 6 personas internadas, pasando a 21 en el segundo. Este incremento se debía a la instalación y funcionamiento de los servicios especiales para los pacientes provenientes de las provincias o territorios afectados y también del extranjero. Esta práctica trasgredía, según su opinión, las disposiciones profilácticas vigentes que establecían la atención exclusiva a los enfermos de la localidad.

Otro factor que estimulaba el proceso era la modificación del régimen de hospitalización que con anterioridad a 1928 tenía carácter transitorio.

Al momento de su ingreso al servicio los pacientes eran clasificados según forma clínica.

La clasificación de los médicos locales modificaba la adoptada por el Congreso de Leprología del Cairo de 1939; suprimía el tipo nervioso y establecía tres tipos de lepra: tuberculoide, lepromatosa e incapacitante.

La lepromatosa era definida como la forma maligna de la enfermedad, los casos necesitaban aisla-

miento, tratamiento intensivo y prolongado. La tuberculoide representaba la forma benigna, no requería aislamiento y respondía a una terapéutica adecuada. La característica incluía a aquellas formas de la enfermedad que no encuadraban dentro de los tipos polares. Correspondía a un estado de transición o intermedio que evolucionaba en algunos casos hacia uno u otro de los tipos polares, lepromatoso o tuberculoide. Cada uno de estos tipos principales se podía localizar en la piel, en los troncos nerviosos o en ambos.

Seguindo esta clasificación, el 38.1% de los casos correspondían a la forma lepromatosa, el 41% (190) a la tuberculoide, el 6.7% (31) a la característica, en un sólo caso se consignó la forma borderline. No obstante, en 106 casos se omitió ese dato de clasificación.

La importancia relativa de las formas clínicas lepromatosa y tuberculoide resultaron equivalentes en el caso de los varones en tanto que para las mujeres la tuberculoide resultó más habitual (50% de los casos) mientras sólo el 17.3% fue lepromatosa.

En relación con la edad los grupos extremos de menos de 10 años y mayores de 51 cubría preponderantemente la forma tuberculoide en tanto que en los grupos intermedios se observó una distribución homogénea según estas dos formas clínicas.

Relacionando la variable lugar de residencia con forma clínica los casos tuberculoides presentaban una mayor frecuencia entre residentes del Departamento Rosario 145 casos

(44%) sin observarse tales variantes en el resto.

La ocupación fue categorizada en función de la información disponible³³. Según su ocupación el 34.5% (161) de los pacientes eran inactivos, de los que estaban en actividad el 20.0% (93) realizaba tareas no calificadas, 15% (70) tareas calificadas y el 8.6% (40) eran empleados. Se ignora el dato en 64 de los casos. La categoría desocupado no mostró un valor significativo, sólo un paciente se reconoció en esa condición.

Analizando la ocupación desde el punto de vista del riesgo de contagio que implicaba para los contactos el desarrollo de sus actividades, el análisis mostró que un 28.1% (131) desempeñaba tareas en esta situación de riesgo.

Inactivos y empleados presentaron con mayor frecuencia la forma tuberculoide (48 y 42% respectivamente) en tanto que la forma lepromatosa tenía mayor peso entre los que desempeñaban tareas calificadas (47 y 40% respectivamente).

ALGUNAS REFLEXIONES EN TORNO A LA LEPRO Y SUS REPRESENTACIONES

Existe una relativamente rica bibliografía dedicada a explicar las concepciones de salud-enfermedad, que muestra el carácter histórico de estas concepciones y ponen de manifiesto que las sociedades a lo largo de diferentes épocas otorgan status de amenaza a alguna enfermedad³⁴.

Se reconoce poco a poco en estos nuevos trabajos una "visión profana" acerca de la enfermedad y del enfer-

mo superadora de aquella concepción que subestima el saber profano concibiéndolo como una "simple distorsión y empobrecimiento del saber médico". Los esquemas y categorías de análisis utilizados por esta corriente no dan cuenta de la capacidad que ella posee para construir o contribuir a los procesos de cambio en relación con el proceso de salud/enfermedad/atención.

Es necesario por lo tanto abordar su estudio, otorgándoles una independencia y coherencia propias que permitan construir las como objeto en sí misma³⁵.

Para ello puede ser útil incorporar el concepto de **representaciones sociales** de Serge Moscovici que da cuenta de "las relaciones entre los elementos mentales y materiales en la vida social (...) tendiendo un puente entre el individuo, la cultura y la historia"³⁶ que permite integrar al análisis los contenidos del pensamiento cotidiano.

Las representaciones sociales cumplen la función de mediación entre lo familiar y lo no familiar, permiten ubicar obetos, personas, hechos en un nivel de abstracción de modo tal que "gradualmente se establecen como un **modelo** de un tipo distintivo y compartido o un grupo de personas"³⁷ que a posteriori puede subsumir elementos nuevos. Estas representaciones no son solamente la suma de representaciones individuales, por el contrario son realidades íntimamente asociadas a la acción y que se imponen a los individuos³⁸.

De todos modos, esta concepción profana como realidad cons-

truida es un proceso que se formula en relación muy estrecha entre los individuos y los modelos culturales, los valores y las normas sociales³⁹, sin olvidar la significativa influencia que ejerce el desarrollo de la ciencia médica en la construcción del discurso del sentido común.

Tanto la enfermedad como la concepción que se construye sobre ella es una vivencia personal pero no independiente del conjunto macrosocial. A través de las ideas expresadas sobre una enfermedad como "una de las encarnaciones privilegiadas de la desdicha individual y colectiva" se pone también en juego una cierta concepción sobre el mundo y la sociedad que hace necesario pensar a la enfermedad y al enfermo en una nueva relación con lo social⁴⁰.

En esta relación entre experiencia individual-contexto social, se piensa a la enfermedad y al enfermo según los diferentes lugares que ocupan los sujetos.

Los médicos, abordando el problema en términos individuales, piensan a la enfermedad instalada en un espacio: el cuerpo que se constituye en materia de trabajo y objeto de reglas del cual la medicina extrapola significaciones centrales para la sociedad en su conjunto"⁴¹.

Los profanos —a los cuales podemos definir como aquellos individuos que no cuentan con conocimientos médicos científicos— o aquellos que quieren tomar a su cargo otra dimensión, supraindividual, padezcan o no la enfermedad, sienten que su cuerpo no se reduce a los mecanismos fisiológicos que la medicina trata de descubrir para luego

actuar sobre él. De esta tensión surge la necesidad de redefinir la enfermedad bajo una nueva interpretación, más allá del cuerpo individual y su estado orgánico.

Esta relación contradictoria entre saber médico y saber profano es menos nítida cuando el conocimiento sobre una enfermedad, su diagnóstico y su tratamiento son inciertos.

El enfoque histórico y social del estudio de la enfermedad y sus enfermos permite dar cuenta de su particular naturaleza y distribución según las épocas y las sociedades estudiadas. Para C. Herzlich y J. Pierret, algunas enfermedades pudieron provocar en determinado momento histórico un cambio sustancial en la evolución social, para lo cual fue necesario que las comunidades se hicieran cargo de ellas, movilizaran una parte importante de los recursos colectivos en ese proceso; la sociedad en su conjunto produce una determinada concepción de la enfermedad y los enfermos, que estos a su vez incorporan.

Este reconocimiento del problema se relaciona con la capacidad de control sobre la enfermedad y los mecanismos de cura que remiten no sólo a la evolución de cada patología sino también a los avances de la medicina y a cómo responden las instituciones de acuerdo con las distintas visiones del mundo.

La noción contemporánea de la enfermedad y del enfermo se desarrolla hacia fines del siglo XIX. El término va adquiriendo desde entonces nuevos contenidos en un discurso que engloba el conjunto de saberes sobre el cuerpo y la vida.

Para que esta noción apareciera como hoy la concebimos fue necesario que a la enfermedad se le reconociera carácter procesual y es en relación con la medicina que este proceso se construye, es decir es necesario que la enfermedad tenga en el paciente una instancia de diagnóstico, tratamiento, un control y una cura.

Esta concepción se consolida a través de la tuberculosis, con la articulación entre enfermedad y muerte individual⁴². Este carácter individual se asocia —independientemente del número de víctimas— a un peculiar modo de vida y a un largo período en el cual el individuo está enfermo.

Se supera parcialmente una visión moral o religiosa para dar lugar a la ciencia que explicará no sólo las razones del cuerpo y la enfermedad sino también el mundo. Hoy la medicina se inscribe en lo social y ella es la fuente de legitimidad de la ciencia pero a su vez es dependiente en práctica y saber de la experiencia de los enfermos, de la visión que le devuelven de su mal y del discurso colectivo que se tiene sobre él.

Si bien ésta es la noción que se construye hacia fines del siglo XIX y se afirma en el siglo XX, se conservan para ciertas enfermedades y particularmente para las infecciosas algunos rasgos de la antigua manera de pensar sobre ellas.

Perdura para estas enfermedades, la antigua noción del "mal" asociándolo a la epidemia, al menos esto puede apreciarse para la lepra y se podría decir que también actualmente para el SIDA.

Estas imágenes de la enfermedad como "invasión", como fenómeno incontrolable, reaparecen cíclicamente cuando una enfermedad es vista como incontrolable. Es necesario que la medicina se declare competente frente a ella, de lo contrario se reavivan todas las imágenes y los temores que la peste provocaba en siglos anteriores.

La intervención sobre el medio se "descarga" en todos los planos, identificándose con las estrategias que se asocian a la actividad militar: se establecen medidas de aislamiento, cordones sanitarios, se empadronan los afectados, se intentan reforzar las medidas de seguridad, se limita la atención médica a los habitantes de la localidad, se percibe a los otros como intrusos.

Estas acciones tienen características marcadamente autoritarias, se apela a la seguridad policial para vigilar a los aislados, se clausuran las casas donde se manifestó la enfermedad, se secuestra a los enfermos y a sus familias, se intenta indagar impudicamente sobre sus vidas privadas.

*"Nosotros, dice Herzlich, estamos configurados en esta noción del mal: ésta de la epidemia, de la maldición que se abate brutalmente sobre una colectividad, la desorganiza y la diezma. No es entonces sorprendente que en los casos extremos se encuentre la imagen clásica de los tiempos de peste: en primer lugar ésta de los cuerpos invasores del espacio social"*⁴³.

En nuestro trabajo es difícil de establecer en qué medida es autónoma la visión profana de la enferme-

dad. Para Luc Boltanski este discurso se explica particularmente en las clases bajas, por un lado por el peso que en él adquiere el discurso científico y por otro por la distancia social que separa al profesional del enfermo que lo legitiman ampliamente dejando al saber profano "desprovisto de autonomía, construido de materiales fragmentarios y heteróclitos, palabras mal entendidas y frases en pedazos (...) del discurso médico"⁴⁴ pero pensamos que recontextualizado en otros marcos conceptuales.

En las fuentes, aun en los escritos de no médicos, predomina el discurso médico.

Los profanos no logran construir una visión propia, su lectura está fuertemente condicionada por las expresiones que aprenden en los consultorios, en las salas de hospitalización, en las publicaciones, en las actitudes públicas de los leprólogos. Las publicaciones hechas por enfermos corresponden a pacientes integrados al modelo médico; los artículos de los periódicos responden a consignas no muy disímiles, las damas del patronato reconocen la legitimidad de dicho saber.

No aparece todavía la necesidad de construir una nueva visión. Los mismos enfermos cuando intentan analizar su enfermedad, la lepra, desde una visión más amplia, consideran la cuestión como un problema social, ¿qué se entiende en este contexto por social?

Lo social corresponde en este caso a aquello que ataca a un número significativo de miembros de una comunidad, "doce mil leprosos en el

país" sostienen que deja de ser un problema individual para transformarse en un riesgo colectivo. Tanto el Estado como la opinión pública han sido indiferentes con estos enfermos, negando un problema que afecta a un importante número de familias y que perjudica a "la propia dignidad nacional".

Sin embargo, este vacío es ocupado por "la ciencia y la filantropía" que individualmente intentaron darle respuesta.

El saber científico y la acción de las damas de caridad tienen un lugar preponderante en "esta cruzada" contra la lepra. El primero se enfrenta al bacilo con su "arma" la investigación, el estudio. La preocupación de los profesionales por el aspecto social de la enfermedad es reconocida como la expresión de una nueva etapa de la medicina, estos médicos que ven en los pacientes algo más que los bacilos son una generación nueva de jóvenes a quienes la universidad no les otorgó solamente un título sino un "corazón y una visión muy amplia del rol de la ciencia".

Las segundas tratando de vencer la indiferencia y el desprecio hacia el enfermo. El trabajo conjunto permitirá conservar los "principios de la civilización y alcanzar el progreso".

En tres grandes esferas de acción podemos definir el rol que se le asigna al poder público y a las ligas sociales en su función de asistir al leproso:

— Definir políticas y comprometer a la comunidad en los programas de prevención y tratamiento.

— Procurar el auxilio económico a los enfermos y sus familias

como paso decisivo para la elevación física y moral del enfermo". El subsidio a la familia, una alimentación adecuada y vivienda higiénica que contribuya a paliar los desgastes físicos producidos por la enfermedad son sugeridos para que el enfermo pueda sobrellevar sus desdichas.

También se piensa en el auxilio económico como estrategia para lograr que los enfermos acepten la hospitalización. El fantasma de la desprotección de la familia muchas veces contribuyó al ocultamiento de la enfermedad⁴⁵.

No informan que las condiciones forzadas de promiscuidad y pobreza en las que viven buena parte de los enfermos ha dado como resultado para el año 1936 cinco niños con reacciones positivas y varios sospechosos.

— Por último se recomienda la educación y la difusión de los medios de profilaxis en la población.

No es suficiente que los médicos sostengan que el peligro es puramente imaginario, es suficiente que la población le tema a la enfermedad para que la considere contagiosa.

Los prejuicios son a veces estimulados por aquellos que defienden algún interés particular y hasta compromisos políticos. Estas presiones han pesado decididamente en las medidas tomadas.

Para los referidos textos, la difundida creencia en la población de que la cercanía de un establecimiento que alojara enfermos de lepra era una posibilidad cierta de contagio, obstaculizó todos los intentos de crear los establecimientos adecuados. "La raíz de este mal hay que buscarla

lógicamente en la ignorancia. Sin una educación especial sobre las necesidades de la profilaxis de la lepra, el pueblo seguirá creyendo siempre en acechanzas terribles⁴⁶.

La "opinión pública" identificada como opositora, no es homogénea, se diferencian al interior los que "pueden ser sugestionados" de los que atienden a razones de interés personal o grupal.

Entre estos últimos, los autores, ubican a las "fuerzas vivas" constituidas generalmente por los mayores contribuyentes y propietarios, también a las organizaciones de carácter comercial o bursátil, haciendo clara referencia a la polémica generada por la instalación del Instituto Experimental.

Todos reclaman para sí la atención de los funcionarios y de la opinión pública en relación con un interés de grupo, sin embargo se preguntan los autores, ¿quién ha tenido el interés de los enfermos?⁴⁷.

Define también el carácter social de la enfermedad las consecuencias que la lepra provoca en la vida de relación. Si bien en la mayoría de los casos el enfermo es sólo uno de los miembros de la familia el prejuicio y la segregación afecta a todos sus componentes.

Por un lado la lepra lesiona el cuerpo dejándolo a veces imposibilitado para el trabajo, cuando esto no ocurre y tiene una actividad, ésta le impide efectuar el tratamiento largo y prolongado que su enfermedad demanda⁴⁸.

"La enfermedad, dice Sontag, es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos al

*nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar"*⁴⁹.

Los enfermos de lepra sostenían que incluso les era negado esta ciudadanía de segundo orden. Reclamaban angustiosamente ser considerados como enfermos. ¿Acaso la lepra no era tenida como una enfermedad? Sí, en lo formal, pero en el imaginario colectivo predominaba su condición de mal, de amenaza, de fenómeno antisocial. sus portadores, por una transferencia mecánica también eran asociados con los males que amenazaban la convivencia, era por lo tanto desde la marginalidad que reclamaban el reconocimiento de su situación de enfermos.

¿Quiénes son los enfermos?

Se sugiere habitualmente que la enfermedad ataca a los pobres, a los que sufren de privaciones, a los desnutridos, a los que viven en condiciones de hacinamiento. En apoyo de esta opinión surgen los artículos publicados por los profesionales, también las historias clínicas de los enfermos del hospital Carrasco, en ellas se dice: "paciente desnutrido", "mal alimentado", "falta de higiene", "promiscuidad", "suma pobreza".

Los mismos enfermos realizaron un estudio en el Servicio de consultorios Externos del Hospital que analizó las condiciones de vida de 314 enfermos de lepra⁵⁰.

Los ingresos mensuales de la totalidad de los enfermos estudiados suma \$7.816.60, que significan \$24,89 para cada paciente y su familia.

En 1938, dos años después del mencionado estudio, el costo de vida en la ciudad de Rosario para una familia humilde fue calculado en \$137,10 desagregados en: alimentación y transporte \$ 112,60; vestido \$8,86; artículos de limpieza \$ 3,07; gastos extraordinarios 0,99; instrucción pública \$ 2,27 y cigarrillos, revista y diarios \$ 10⁵¹.

Si tenemos en cuenta que los gastos en salud están incluidos dentro de "gastos extraordinarios" a los que se le asignan menos de peso mensual, relativamente sencillo pensar las posibilidades de estos enfermos.

De los 314 pacientes estudiados 204 viven en casas de inquilinato, 72 en casillas de madera y sólo 38 en viviendas de material. Del total de las familias 296 habitan en una sola habitación con una o dos aberturas, el resto (18 enfermos con sus familias) viven en casas de dos otras habitaciones.

De 259 familias el 5,4% están conformadas entre 10 y 8 personas, el 39,7% entre 7 y 5 miembros y 54,8% entre 4 y 2 individuos.

Los enfermos que no pueden ser internados por falta de capacidad en los servicios conviven con sus familias para 1936.

"...el resultado de la promiscuidad forzada y habitaciones como las que señalamos ya ha dado frutos bien trágicos por cierto. Se ha logrado diagnosticar numerosos casos

*nuevos y entre ellos ¡cinco niños! de 7 a 11 años con resultado "positivo" en los análisis y varios más "sospechosos"*⁵².

Imágenes similares nos transmite el Dr. Juan Lazarte cuando analiza la situación sanitaria de la provincia de Santa Fe:

"Contra la miseria los médicos no podemos luchar sólo con nuestra vieja medicina. Nosotros sabemos que muchísimos enfermos no tienen ni para comprar los remedios ni para adquirir una alimentación adecuada, y pobres de los miles de pacientes que necesitan descando, buen aire y alimentación suficiente, éstos son candidatos a la mortalidad y sus respectivas familias a la morbilidad.

*Los médicos que hemos estudiado nuestros problemas sociales nos hemos convencido de que la miseria es la gran causa de las enfermedades, de aquí que en 50 años la mortalidad y morbilidad no hayan disminuido mayormente y la relación entre una y otra sea semejante. Además en este eterno círculo se une finalmente la enfermedad que trae más miseria a familias y hogares"*⁵³.

No dudamos de la veracidad de los datos aportados por nuestras fuentes, pero debemos tener en cuenta que estos no son los únicos enfermos. A los consultorios y clínicas privadas, acudían aquellos pacientes con recursos suficientes para recibir una "mejor atención"; qué peso tenían en el universo de los enfermos de lepra no lo sabemos⁵⁴.

Acceder a los archivos del sector privado resultó imposible, pero algún indicio nos lo brindan las mismas historias clínicas del Hospital

Carrasco. En ellas encontramos referencias de pacientes que pasaron a ser atendidos por los mismos profesionales en los servicios particulares, en algunos casos hasta se consignaba el nuevo número de historia clínica y el profesional que lo atendía.

Este traslado hace pensar por un lado que los pacientes que cuentan con mayores recursos optan por una mejor calidad de atención en relación con los tiempos de espera, confort, frecuencia de consulta, etc.. Quizás también se supone que el "secreto profesional" será respetado a pesar de la existencia de leyes que obligan la notificación de los enfermos⁵⁵, por otro lado los mismos profesionales pueden haber estimulado este cambio dado el importante número de pacientes en los servicios públicos que desbordaba la capacidad de atención.

REFLEXIONES FINALES

El trabajo se propuso como un ejercicio metodológico de análisis de un momento muy preciso de la historia de la ciudad de Rosario a fines de la década del 20, el proceso histórico de instalación de servicios urbanos de atención ambulatoria e internación para pacientes de lepra y de un centro destinado a la investigación científica, en vinculación a las representaciones sociales de la enfermedad, las estrategias de discusión en el seno de la comunidad política, los referentes del proceso político de toma de decisiones relativas a la lucha contra enfermedades transmisibles.

El carácter histórico y social de las representaciones colectivas en torno a la salud/enfermedad, enfatizado por la reciente bibliografía, pone de manifiesto la necesidad de construir estrategias de lucha que se adecuen a la forma particular en la que cada sociedad elabora las cuestiones referidas al tema, de manera que las propuestas preventivas o de control sean rápidamente internalizadas y puestas en marcha con relativa facilidad.

La imposibilidad de construir estrategias viables y socialmente aceptadas puede llevar a adoptar posiciones que impliquen una vuelta atrás en relación con las medidas de prevención y tratamiento. Si bien en un primer momento los médicos leprologos sostenían la necesidad de divulgar e informar al público sobre lepra, poco a poco esta actitud fue cediendo paso a una más pragmática pero menos mucho menos participativa y democrática. Para ellos la experiencia mostraba que una institución para enfermos de lepra debía instalarse en forma encubierta bajo un nombre que remitiera a la generalidad de las enfermedades infecciosas.

Las vallas encontradas en la esfera local ante cada emprendimiento —el fracaso de la construcción del Instituto Experimental, la oposición de los vecinos de Fisherton por la instalación en ese barrio de un Preventorio para hijos sanos de padres enfermos de lepra— como así también las repercusiones que tenía este tipo de iniciativas en el resto del país, llevaron al Dr. Fidanza y a sus

discípulos a modificar sus estrategias de intervención.

Las reflexiones de los profesionales sobre la organización de los servicios otorgaban un lugar importante a las llamadas "Secciones de Dispensario y Profilaxis" como instrumento para la prevención.

En ellas se pone de relieve el significativo aumento del número de consultas, si bien este dato no deja de ser importante para el crecimiento del servicio, la lectura de las historias clínicas nos muestran con claridad un aspecto del problema olvidado por nuestros actores, un alto porcentaje de pacientes no cumplían con las indicaciones del tratamiento en forma continúa y regular, pocos concurrían a todas las citas.

También nos dicen del bajo número de consulta de los convivientes. Esto se debía en algunas ocasiones a que el paciente ocultaba el diagnós-

tico a su familia, en otras los convivientes se negaban a concurrir por los "problemas sociales" que acarrea ser reconocido como "leproso" o "familia leprosa".

Estos problemas no han perdido vigencia, los posibles avances en la elaboración de una propuesta metodológica que incluya no sólo la visión técnico-científica sino también los aspectos culturales y políticos de la organización de servicios de atención médica y programas de control sobre una enfermedad particular puede ser útil en estos momentos en que las autoridades del sector salud en la provincia de Santa Fe están discutiendo la posible descentralización de los programas verticales y la atención ambulatoria de las enfermedades transmisibles —léase SIDA— en los Centros de Salud de la ciudad de Rosario.

NOTAS

1. Ley N°11.410 de 1928.
2. *La Semana Médica*. 1930. XXXVIII, 10:577-98, marzo, p. 593.
3. "... gracias a la colaboración de un grupo destacado de mis discípulos, que ya sea en publicaciones, conferencias científicas y conferencias populares en los barrios suburbanos, van ilustrando no solamente al cuerpo médico, sino también a la masa popular sobre las precauciones más elementales a tomar en defensa de la sociedad y de la familia, lo que unido a la especial dedicación de la enseñanza de esta enfermedad a las futuras generaciones de médicos, constituye el primer paso de una campaña que los sucesivos gobiernos santafesinos han desofendido..." (*La Semana Médica* XXXVIII, 32: 413-22, 6-VIII-31 pag. 418).
4. "(Los enfermos) carentes absolutamente de refugio adonde aliviar sus males, ambulaban libremente por los servicios hospitalarios de esta ciudad, en los cuales en muchas oportunidades se desconocía la naturaleza de su mal y cuando llegaba establecerse su diagnóstico, un injustificado movimiento de repulsión los obligaba en muchos casos a tener que ser albergados en las dependencias de la policía, donde esperaban el turno que les proporcionara una cama en la Sala 6 del Hospital "Carrasco", cuando se conseguía obtenerla o bien ser

- enviados al Hospital Muñiz de Buenos Aires. *Revista Argentina de Dermatología* XVI: 592-98, Buenos Aires. Nov. 1932 pag. 592.
5. Se internaban en esa pequeña sala las formas más avanzadas y contagiosas, el Dr. Fidanza refiere el caso de seis internados "casi sin tratamiento por falta de medicación e inmiscuidos con cancerosos y tuberculosos ya moribundos".
 6. A poco andar los enfermos internados llegaron a 30, 22 hombres en la sala VI y ocho mujeres en una salita anexa, que al año fueron 40 internos. Por otro lado el número de pacientes en atención ambulatoria alcanzó a cincuenta personas.
 7. Según el testimonio de los protagonistas: "desaparecía definitivamente el abandono que en algunas circunstancias nos obligó a albergar pacientes en casillas de madera destinadas a animales. El olvido injustificado de los poderes públicos, se reparaba en parte, aunque tardamente" FIDANZA, E.; "El Servicio de Leprología del Hospital Carrasco". *Revista Argentina de Dermatología* XVI: 592-98, noviembre 1932, pag. 594).
 8. SCHUJMAN S, FERNÁNDEZ J. 1933. La Organización y funcionamiento del servicio de lepra del Hospital Carrasco desde su creación hasta la fecha. *Revista Médica de Rosario*. XXIII, 3:233-247, marzo, p. 237.
 9. FIDANZA E. 1934. La Campaña antileprosa en Santa Fe. *La Semana Médica*. XLI, 2:124:129, enero, p. 126.
 10. Los autores en sus conclusiones expresan que: "1) el aumento de la lepra en Rosario adquiere caracteres alarmantes. 2) Un hecho que evidencia la gravedad del problema es el elevado porcentaje de casos autóctonos (59%) 3) Es de imprescindible urgencia el tomar medidas locales tendientes a combatir el mal, hasta que la campaña nacional antileprosa sea un hecho. 4) El mantenimiento de un servicio como el del Hospital Carrasco, es indispensable para internar los casos que requieren urgente aislamiento. 5) Es necesario la creación de dispensarios dermatológicos para el tratamiento ambulatorio de las formas no contagiosas. 6) La educación del público es un factor de capital importancia en la campaña profiláctica a realizarse" (CARRILLO, F.; FERNÁNDEZ, J.; SCHUJMAN S. "La lepra en Rosario" *La Semana Médica*: 1932-38,24-XII-31, pag.1932).
 11. Como primer objetivo se propusieron la ampliación y restructuración del servicio que en 1933 "ha dejado de ser una Sala de Lepra para adquirir el carácter de una verdadera Clínica de Leprología". Contaba con una Sección de Internación para 43 a 48 enfermos contagiosos, un dispensario, Sección de profilaxis y Consultorio de piel. Esto no era suficiente, proyectaban la centralización de la sala de hombres y la "salita" de mujeres en un solo sector del hospital y la incorporación del personal, hasta ese momento insuficiente.
 12. BELMARTINO S et al. 1987. *Las instituciones de salud en la Argentina, desarrollo y crisis*. Ministerio de Educación y Justicia. Secretaría de Ciencia y Técnica. Julio, Buenos Aires.
 13. La casa Central había sido fundada en Buenos Aires el 26 de noviembre de 1930 con la finalidad de amparar a los enfermos y sus familias, colaborar con los gobiernos, auspiciar el cumplimiento de la ley 11.359 de profilaxis de la lepra, apoyar la actividad de los profesionales médicos y facilitar la investigación científica 9URANGA, J.V. BUNGE DE, Síntesis de la obra del Patronato de Leprosos durante doce años. Ed. Kraft, Buenos Aires 1944.
 14. PATRONATO DE LEPROSOS, filial Rosario. 1934. *Asamblea General Ordinaria N° 14:45*. Julio.

15. Como consecuencia del desarrollo urbano estimulado por las actividades comerciales, el higienismo en la ciudad de Rosario presentó algunas particularidades manifestadas en "una larga superposición y coexistencia de la caridad y filantropía privada con la pública hasta bastante avanzado el siglo XX" 9ARMUS, D.; "Enfermedad, ambiente urbano e higiene social. Rosario entre fines del siglo XIX y comienzos del XX in Sectores populares y vida urbana. biblioteca de Ciencias Sociales N° 7, CLACSO, Bs.As. 1984.
16. PATRONATO DE LEPROSOS, filial Rosario. 1934. *Memoria y Balance: 12-13*. Junio, p 12.
17. El círculo médico se dirigió al Ministerio del Interior reclamando la debida atención del Gobierno Nacional al problema. El diario local se hizo eco de la demanda reconociendo que: "La colonia traería como consecuencia el aumento de leprólogos y la posibilidad de seguir más eficazmente la lepra" (*La Capital*, 26-XI-33, pag.4.).
18. COMUNICACIÓN RADIOFÓNICA por L. T. 3 Rosario de la Sra Matilde. C. D. de Machado Doncel.
19. El proyectado Instituto constaría de: una Sección Dispensario destinado a la asistencia de las formas cerradas ambulatorias; una Sección Laboratorios, con las siguientes dependencias: anatomía patológica, bacteriología, química, fotografía, museo, biblioteca y vivero para animales, una Sección Internación capacidad para 100 camas, pabellón de administración y residencia de personal.
20. *La Capital*. 1934. Octubre 25, p 5.
21. *La Capital*. 1935. Nov. 30, p 5.
22. Estos argumentos son retomados en un artículo publicado por el diario local en el que se sugiere la construcción de un moderno Hospital de Infecciosos que no trabe el desarrollo urbano. Para el autor el Hospital Carrasco había constituido un impedimento para el crecimiento de la zona oeste de la ciudad: "La edificación, en efecto, no ha alcanzado el mismo nivel de adelanto que en las restantes zonas del municipio ya que el vecindario no desconoce el carácter del hospital y las condiciones en que se alojan a los enfermos".
23. *La Capital*. 1935. Nov. 27, p 5.
24. En los inicios del Servicios esta Corporación, o mejor dicho sus socios habían apoyado la iniciativa haciendo una suscripción para la compra de medicamentos. "Cómo cambian los tiempos" dice Fidanza en una comunicación por radio anunciando "La Semana de la Lepra" (Comunicado del Prof. E.P. Fidanza por L.T.1 Rosario, 3-XI-36).
25. *La Capital*. 1935. Diciembre 5, p 5.
26. PATRONATO DE LEPROSOS, filial Rosario. 1936. *Actas Comisión Directiva N° 12-13*. octubre 6.
27. Estas reformas no ampliaron en forma significativa la capacidad de internación pero mejoraron considerablemente las comodidades que ofrecían. Las obras que se realizaron fueron: en el Servicio de Hombres: un salón comedor, una salita biblioteca, una habitación para los trabajos de limpieza del servicio, un consultorio externo y su sala de espera, gabinetes fotográfico y de laboratorio; sala de curaciones; baños; talleres de carpintería y mecánica; reparación de las dos salas existentes. En el Servicio de Mujeres se construyó un dormitorio para 8 camas; un salón comedor; baños, bauleras y refacción de las obras existentes. En las mejoras se invirtió la suma de \$40.000. NOBLE, E.W.; SOLEER, A.; La lucha antileprosa de Rosario pag. 18.
28. PATRONATO DE LEPROSOS, filial Rosario. 1938. *Actas Comisión Directiva N° 42-13*. julio 29.

29. PATRONATO DE LEPROSOS, filial Rosario. 1938. *Memoria y Balance N° 25*. junio 30.
30. DISERTACIÓN RADIAL a cargo del Director General de la Administración Sanitaria y Asistencia Social Dr. Mario Vignoles, pronunciada el 3 de noviembre de 1938 por L. T. 3 Rosario.
31. En el libro de actas del Patronato se dedican varios comentarios a estas negociaciones pero la Comisión decide "dar por terminada toda gestión con los vecinos. Dispuso habilitar el Hogar Esperanza en cuanto lo permitieran las obras indispensables por realizarse. PATRONATO DE LEPROSOS. FILIAL ROSARIO. Actas Comisión directiva N° 63, 1941).
32. PATRONATO DE LEPROSOS, filial Rosario. 1940. *Memoria y Balance 4to. ejercicio*. junio 30.
33. Se categorizó distinguiendo: tarea calificada: aquella que para desarrollarla necesita estudio, capacitación, técnica o experiencia laboral previa, por ejemplo: albañil, cocinera, chapista, etc.
- tarea no calificada: aquella que puede ser desarrollada sin estudio, capacitación o experiencia previa, por ejemplo: verdulero, portera, lavandera, etc.
 - empleado: se consideró como una categoría debido a la frecuencia de su utilización sin hacer referencia a que tipo de empleo se refería, si era administrativo o de servicios. etc., por ejemplo: empleado, ferroviario, vendedor.
 - otros: en esta se incluyó las fuerzas de seguridad y las tareas de vigilancia y
 - desocupado: carece de trabajo pero lo busca.
 - jubilado
 - inactivo: se incluyó en ella a aquellas mujeres que declararon dedicarse a los quehaceres domésticos, a los jóvenes que dijeron ser estudiantes y los niños hasta los siete años.
34. "La enfermedad" también es abordada por aquellos estudios que sin tener como único objeto de análisis estas representaciones sociales, la incorporan en temáticas más amplias como por ejemplo el estudio de Jean Delameau sobre los miedos que aquejan a las sociedades occidentales de los siglos XIV al XIX, en el cual le otorga un lugar representativo a la "Tipología de los comportamientos colectivos en los tiempos de peste" de la sociedad europea (DELAMEAU J. *Los miedos en occidente*. Ed. Taurus, Barcelona 1991).
35. HERZLICH C y PIERRET J. 1988. De ayer a hoy: Construcción social del enfermo. *Cuadernos Médico Sociales N° 43*. Marzo.
36. AVENDAÑO C, KRAUSE M y WINKLER MI. *Representaciones sociales y teorías subjetivas: relevancia teórica y aplicaciones empíricas*.
37. HERZLICH Claudine. 1991. A problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. *Physis-Revista de Saude Coletiva*. Vol. 1 N° 2.
38. HERZLICH C y PERRET J. 1984. *Malades d'hier malades d'aujourd'hui*. 1984. Payot, París.
39. En el trabajo *Sante et Maladie*, C. Herzlich, sostiene que "estudiar las representaciones sociales de la salud y la enfermedad, es observar cómo.... un conjunto de valores, de normas sociales y modelos culturales es pensado y vivido por los individuos de nuestra sociedad, estudiar cómo se elabora, se estructura, lógica y psicológicamente la imagen de estos objetos sociales que son la salud y la enfermedad. Nos acercamos así continúa la autora, a la imagen que cada uno se hace de lo real, su organización y su sentido. Pero puedo que la imagen contribuye a modelar los comportamientos, es origen de los comportamientos, su estudio y será tam-

- bién el de los orígenes de lo real" pag. 13 *sr.*
40. HERZLICH C y PIERRET J. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui.* Payot, París 1984.
 41. SONTAN S. 1980. *La enfermedad y sus metáforas.* Muchnik Editores, Barcelona, p 1.
 42. HERZLICH C y PIERRET J. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui.* Payot, París 1984.
 43. BOLTANSKI L. 1968. *La decouverte de la maladie: la diffusion du savoir medical.* Paris, Centre de Sociologie Europeene.
 44. BOLTANSKI L. 1968. *Idem.*
 45. "Ocultando su mal cuidadosamente, tapando sus lesiones más visibles, sufriendo atroces dolores, muchos de estos hombres salen todos los días a la calle a trabajar de vendedores ambulantes de fruta, diarios, repartidores de pan, mozos de café, panaderos, etc." (SOLER, E; NOBLÉ, *La lepra problema social*, Rosario, 1936 pág.47).
 46. NOBLE Y SOLER. 1936. *Lepra, problema social.* Rosario. p 115.
 47. "...pero la tragedia del enfermo de lepra, nadie se acordaba y sin embargo tenía tanto derecho a la vida como ellos, porque su enfermedad era quizás producto de esas campañas egoístas, que al imposibilitar la creación de los medios de lucha contra el flagelo había creado las condiciones típicas en que sería posible la aceptabilidad de su mal" (NOBLE Y SOLER. *La lepra problema social.* pág. 118).
 48. Este argumento es constantemente utilizado por los pacientes para justificar su inasistencia a la consulta programada.
 49. SONTAN S. 1980. *La enfermedad y sus metáforas.* Muchnik Editores, Barcelona, p 1.
 50. NOBLE Y SOLER. 1936. *Lepra, problema social.* Rosario.
 51. El anuario estadístico de la ciudad de Santa Fe publica para fines de 1936 el precio de los artículos de consumo más comunes, algunos de ellos son: carne de vaca \$0,50 el Kg., grasa de vaca \$0,50 el kg., pan de segunda 0,25 el kg., leche \$0,20 el litro, queso \$0,70 el kg., aceite suelto \$0,80 el litro, azúcar refinada \$ 0,35 el kg., arroz glacé \$ 0,50 el kg., fideos \$0,25 el kg., harina de trigo \$0,20 y de maíz 0,15 el kg. (citado por el Dr. Juan Lazarte en "Bases de una organización y plan de coordinación para el contralor de la Salud Pública en la Provincia de Santa Fe, Congreso de Sanidad de la Provincia de Santa Fe. Trabajos. Federación de Sanidad de Santa Fe, pág. 89, Rosario 1939.
 52. NOBLE Y SOLER. 1936. *Lepra, problema social.* Rosario. p 51.
 53. LAZARTE J. 1939. Bases de una organización y plan de coordinación para el Contralor de la Salud Pública en la Provincia de Santa Fe. Congreso de Sanidad de la Provincia de Santa Fe. Trabajos. Federación de Sanidad de Santa Fe. Rosario. p 87.
 54. En una entrevista realizada a un médico dermatólogo especialista en lepra sostiene en relación con el tema: "Hay enfermos en todas las clases sociales: había un sanatorio de lepra el Baldomero Sommer en General Rodríguez, ahí había un obispo, militares, yo atiendo a hijos de profesionales. Todas las clases sociales pueden verse afectadas. Es cierto nunca se ha hecho un estudio serio para saber cuántos enfermos acudían al sector privado. Yo tengo la doble experiencia de atender en el sector público y privado, y en el

sector privado atiendo actualmente muy pocos casos de lepra, en el Hospital Carrasco veía muchos más, eso que soy un dermatoleprologo. Creo que hay un factor socioeconómico. (Entrevista realizada al Dr. Sebastián González del Cerro. Médico dermatólogo. Rosario, 1991).

55. Esta suposición no estaba tan alejada de la realidad, en una entrevista realizada actualmente a un médico especialista en lepra que atendía en la clínica a la cual ser derivaban los pacientes, a la pregunta: ¿El número

de enfermos en los consultorios privados era importante?, el entrevistado en forma lacónica respondió: "El mayor porcentaje de enfermos se encuentra en la clase pobre porque hay más hacinamiento, se convive en una pieza, y en esas condiciones un enfermo puede contagiar con facilidad. En la gente de clase media y alta no hay promiscuidad, generalmente hay un poco más de cultura y cuando notan algo consultan al médico, los médicos particulares de Rosario no veían gran cosa".



**COLEGIO DE SOCIÓLOGOS
Y ANTRÓPOLOGOS DE VENEZUELA**

**IV CONGRESO VENEZOLANO
DE SOCIOLOGÍA Y ANTRPOLOGÍA
MARACAY 9 AL 14 DE OCTUBRE 1994
TEMÁTICA: POBREZA, DIVERSIDAD
Y DESARROLLO SUSTENTABLE**

El Colegio de Sociólogos y Antropólogos de Venezuela informa a sus Miembros, Instituciones interesadas, Medios de Comunicación y Público en general, que el IV Congreso Venezolano de Sociología y Antropología se efectuará entre los días 9 y el 14 de Octubre de 1994, en la ciudad de Maracay, bajo los auspicios de la Gobernación del Estado Aragua, Decanato de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la U.C.V. y otras Instituciones Públicas y Privadas.

La temática central del evento es: "Pobreza, Diversidad y Desarrollo Sustentable".

La Junta Directiva del COGAV designó una Comisión Organizadora, integrada por los siguientes Sociólogos y Antropólogos: José Zarpa, Presidente; Nelson Prieto, Secretario Ejecutivo; Guillermo Quintana, José Ramos, Rafael Camero, Rafael Meoqui, Lili González, Fermin Barrios, Vister Rodriguez, Carol Borden y el Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la U.C.V. Sociólogo Rafael Ramirez.

El Comité Organizador, dependiente de un Órgano Consultivo integrado por representantes, por regiones y localidades.

Las Escuelas de Sociología y Antropología, los Post-Grados en Ciencias Sociales existentes en el país, serán Miembros Asesores del Comité Organizador.

La temática central "Pobreza, Diversidad y Desarrollo Sustentable" fue decidida por la Junta Directiva, con el objeto de contribuir al debate en las Ciencias Sociales y a las soluciones alternativas que demande las crisis nacional y mundial, que viene afectando de manera especial a los sectores más vulnerables de la sociedad, la base de recursos del planeta y la convivencia humana. Esta temática requiere de una amplia y profunda reflexión y sus respectivos aportes por parte de los profesionales, investigadores e instituciones, que participan del quehacer socioantropológico y de todos aquellos interesados en la búsqueda de una sociedad sostenible y participativa, a quienes se les invita a participar en este evento nacional.

Quedará a disposición del Colegio de Sociólogos y Antropólogos de Venezuela (Comité Organizador), Avenida Libertador, Edificio Lázaro, Piso 1, Ofic. 104, Torre B, Caracas, Telef. (593) 795.75.41

**POR LA JUNTA DIRECTIVA
ALEXANDER LUZARDO
Presidente**