

LA LEPRO, ENFERMEDAD PARADIGMATICA, PODRA SER ELIMINADA EN UN FUTURO*

Dr. Zuño Burstein Alva

PRESENTACIÓN

El trabajo que voy a presentar tiene por objeto traer al seno de la Academia Nacional de Medicina uno de los problemas de salud que ha afectado desde tiempos inmemoriales a la especie humana: se trata de la lepra, enfermedad de larga evolución que causa deformaciones y discapacidades severas y que afecta a millones de seres humanos en todo el mundo, preferentemente en las zonas de extrema pobreza, como las que, desgraciadamente, también tenemos en el Perú, provocando pavor en la mente de los enfermos y en su entorno, derivando en estigmatización, rechazo y marginamiento social de estos pacientes.

Actualmente, gracias al avance vertiginoso de los conocimientos médico científicos, se ha logrado desentrañar muchos de los aspectos que permanecían desconocidos sobre esta enfermedad y, a través de la provisión de un invalorable arsenal medicamentoso exitoso para la curación bacteriológica, se establece la esperanza justificada de lograr la tan ansiada eliminación y posterior erradicación de esta temible enfermedad de la faz de la tierra.

En la lepra, la intervención de determinantes socioeconómicos, que son de gran trascendencia, obliga a la participación de la comunidad entera para lograr la modificación de los factores que de ella dependen y que juegan un rol decisivo en la receptividad biológica y en la propagación de este terrible flagelo en sus comunidades.

La finalidad, entonces, de esta presentación es sensibilizar a la Academia Nacional de Medicina, institución asesora de los poderes del Estado y , en especial, del Ministerio de Salud, organismo oficialmente rector de la

salud pública del país; comprometer a los miembros de las instituciones

dermatológicas aquí presentes, que deberían ser los principales responsables de la ejecución de las acciones de salud especializadas en este grave problema sanitario y estimular la colaboración de infectólogos, salubristas, internistas y de la industria farmacéutica proveedora de recursos medicamentosos, para que, todos en conjunto, solidariamente, nos hagamos el propósito de colaborar en forma efectiva, altruista y responsable, en el nivel que nos corresponda, con el objetivo de la Organización Mundial de la Salud de eliminar la lepra del mundo en un futuro cercano que, inicialmente, fue previsto, por el sanitarismo mundial, para el año 2000 y que, recientemente, se ha postergado al 2005.

INTRODUCCIÓN

Recientemente y con motivo de la presentación del libro “La lepra, pasado, presente y futuro”, de José Terencio de las Aguas ⁽¹⁾, realizada en Valencia, España, en el marco de las celebraciones del Cincuentenario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Presidente de la Generalitat Valenciana recordó que el art. 1º de dicha declaración decía que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” y que en su art. 25.1 estipula “el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud, el bienestar y la asistencia médica”, señalando que su comunidad, acorde con su programa de difusión de los valores que dignifican y hacen iguales a todos los miembros de la familia humana y con el propósito de difundir las acciones para la lograda universalización de la asistencia sanitaria en la comunidad valenciana había patrocinado ese libro que recogía los diferentes aspectos involucrados en el padecimiento y solución de esa enfermedad.

José Terencio de la Aguas, Doctor en Medicina, Dermatólogo, Académico de la Real Academia de Medicina de Valencia, experto en lepra de la Organización Mundial de la Salud, Director médico del Sanatorio Leprológico de Fontilles, en Valencia, España, y considerado como uno de los mayores conocedores de la lepra, dice en el prólogo de su obra que la lepra forma parte del patrimonio de pobreza, miseria y dolor de la humanidad, pues desde los tiempos más remotos, siglo tras siglo, persigue al hombre engendrando mitos y misterios, terror, estigmatización social y rechazo, no existiendo en la historia otro ejemplo de negación de los derechos humanos, injusticia y crueldad colectiva que se pueda comparar con el castigo que una sociedad llamada civilizada, ha mantenido sobre

millones de seres por el único delito de presentar una enfermedad; por lo que cree que, al cumplirse los 50 años de la creación en las Naciones Unidas de los Derechos Humanos, el tema de la lepra encaja perfectamente en la celebración de esta importante efemérides.

Es indudable, nos dice Terencio de las Aguas, que en el campo de esta enfermedad se ha dado, en la última década, un paso gigantesco y hemos pasado de la falta de tratamiento a una poliquimioterapia eficaz que ha curado a diez millones de enfermos y de 122 países endémicos se ha pasado a 32 y confiamos que en el próximo fin de la década, siglo y milenio, va a dejar de ser un problema de salud pública, al conseguirse menos de un enfermo por cada diez mil habitantes, habiendo, actualmente, sólo dieciséis países con una prevalencia de 3.9 casos por 10000 habitantes. (Esta información es referida al año 1999).

Por otro lado, José María Mascaró, catedrático de Dermatología de la Universidad de Barcelona, miembro del Comité Internacional de Dermatología y Presidente de la Academia Europea de Dermatología, nos dice, en el prefacio de la obra en mención, que la lepra, cuya historia, paralela a la de la humanidad, se remonta a más de seis milenios y 25 años después del descubrimiento de su agente causal representa, todavía, un constante desafío para los estudiosos de la medicina. Esta enfermedad todavía afecta hoy y limita la calidad de vida de gente de los cinco continentes y, a pesar de las investigaciones más recientes, sigue entrañando aspectos poco o mal conocidos.

La lepra es, nos dice Mascaró, el paradigma de la patología médica, requiriéndose para su comprensión y estudio, conocimiento de todas las disciplinas clínicas y básicas, como patología, inmunología, epidemiología y microbiología. Es por ello que el estudio de la lepra constituye una verdadera especialidad, la Leprología, si bien se halla englobada en el campo de la Dermatología, ya que las manifestaciones cutáneo mucosas suelen ser las iniciales y las que conducen al diagnóstico.

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como el estado de bienestar físico, mental y social de las personas. Con esta caracterización, la Lepra es el prototipo de alteración patológica que compromete profundamente estos tres factores. Para prevenir la enfermedad, curar y rehabilitar al enfermo se requiere conjugar los esfuerzos médicos –para el diagnóstico correcto y oportuno, para la conducción de la terapia

medicamentosa y la rehabilitación de las discapacidades-, con la conducción psicoeducativa aplicada al enfermo y a su entorno, así como con la intervención social comunitaria en todos los niveles que le corresponde.

PLANTEAMIENTOS DE ERRADICACIÓN Y ELIMINACIÓN DE LA LEPROA DE LA FAZ DE LA TIERRA

Por homologación con el objetivo trazado y logrado en mayo de 1980 por el sanitarismo mundial de erradicar una de las plagas más mortíferas y temibles que azotó por milenios a la humanidad, que fue la Viruela o Peste Negra, la Organización Mundial de la Salud se trazó el objetivo de hacer lo mismo con la Lepra.

La Viruela es una enfermedad eminentemente humana, producida por un Pox- virus de gran patogenicidad y virulencia, adaptado a la especie humana, altamente transmisible, que infectaba sin distinción de edad, raza, sexo ni condición social, produciendo alta letalidad, pero, que, afortunadamente, podía lograrse resistencia del huésped a la infección viral mediante manejo inmunológico y se consiguió, a través de un programa de vacunación universal, obligatorio y compulsivo, que la enfermedad fuera erradicada mundialmente.

Con este éxito, se pensó que la Lepra, enfermedad producida por una bacteria que, igualmente, da lugar a una enfermedad exclusiva de la especie humana, podría ser manejada con similares medidas. Desafortunadamente, esta enfermedad ofrece fundamentales diferencias con la Viruela. Su agente causal, el *Mycobacterium leprae*, es un germen transmisible, pero que requiere condiciones especiales para manifestar su patogenicidad, condicionamientos inmunogenéticos de receptividad individual y, predominantemente, alteraciones inmunoactivas determinadas por factores socioeconómicos que deprimen los mecanismos de defensa a la invasión bacteriana en grupos poblacionales con déficits nutricionales, sufriendo hacinamiento, así como un conjunto de factores dependientes de la pobreza, propios de países subdesarrollados y que juegan un rol determinante en la presentación y progresión de la enfermedad.

La pobre respuesta a los agentes inmunizantes hace poco efectiva la posibilidad de utilizar agentes inmunógenos para el control de la Lepra.

En la Lepra existen evidentes defectos parciales y totales de la inmunidad celular con trastorno de la secreción de citoquinas, mientras que la inmunidad inmediata permanece normal. La secreción de diversas citoquinas por efecto del *M. Leprae* puede trastornar la función inmunitaria, ocasionando defectos importantes de la misma, no habiendo explicación satisfactoria de las causas de estos defectos. ⁽¹⁵⁾

La expectativa creada por el grupo venezolano de Convit ⁽⁹⁾, quien utilizó como vacuna una mezcla de bacilos muertos, obtenidos de la lepra experimental en armadillos, con BCG como coadyuvante, no dio los éxitos deseados. El año 1999 se publican ⁽¹⁴⁾ y discuten los resultados sobre ensayos con vacunas, llevados a cabo en Venezuela, Malawi e India, concluyéndose que la combinación de BCG vivo, más *M. Leprae* muerto por el calor, no ofrece más protección que el empleo del BCG solo y que, más bien, el ya conocido procedimiento utilizando BCG sólo, repetitivamente, mejora la respuesta inmunitaria cruzada para la Lepra.

“En 1990, la Asamblea Mundial de la Salud⁽⁸⁾ aprobó la propuesta de eliminar la Lepra como problema de salud pública para el año 2000. Lo que se definió como la reducción de la tasa de prevalencia a cifras inferiores a 1 por 10 mil habitantes, pero esta meta no significa la erradicación de la enfermedad ni la interrupción de la transmisión, sino la reducción de la prevalencia a niveles muy bajos, en los que se considera que el potencial de transmisión es muy limitado.

“Esta Resolución tiene, sin embargo, un enorme significado, si se tiene en cuenta que la Lepra fue considerada, durante muchos años, como una enfermedad donde no había muchas posibilidades de actuar, en la que las acciones se realizaban de forma muy limitada y no existían muchas esperanzas para su control.

“Esta modificación radical en la estrategia fue posible al disponerse de la poliquimioterapia (PQT/OMS), una tecnología de tratamiento apropiada y robusta, que en el terreno ha demostrado ser de alta eficacia, efectividad y factibilidad. Para este esquema de tratamiento se combinan dos o tres medicamentos, de acuerdo con la forma clínica de la enfermedad, con lo que se evita el desarrollo de cepas resistentes de *M. Leprae* y se logra eliminar al enfermo como fuente de infección desde las primeras dosis que se aplican. Este tratamiento fue recomendado por el “Grupo de Estudio de la OMS sobre Quimioterapia de la Lepra”, en

1981, y permitió afirmar, por primera vez, con una base científica firme, que la lepra se cura y que las acciones para su control pueden ser gerenciadas y ejecutadas por los servicios generales de salud, como la mayoría de las enfermedades transmisibles.

“Un aspecto de gran importancia es que la lepra dejó de ser vista como “un problema de la piel” y comenzó a ser atendida como una enfermedad transmisible. Por otra parte, el reforzamiento de los programas y el incremento de las acciones que se han producido a partir de la PQT, han prevenido las incapacidades en más de un millón de pacientes, mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno”.

Sin embargo, Burstein Z, el año 1980, publica un trabajo sobre la **“Quiebra del Programa de Control de la Lepra en el Perú por la descentralización e integración a los programas generales de salud”**⁽¹⁷⁾, haciendo un detallado análisis de la organización sanitaria al respecto, pormenorizando su evolución, su estado actual y, después de hacer un análisis crítico, concluye que existe un serio quebrantamiento de las acciones sanitarias de control de esta afección, provocado, en gran medida, por una inadecuada, inoportuna y prematura política de descentralización e integración a los programas de salud, no adecuada a la realidad nacional.

Señalaba en ese trabajo que era indispensable poner en vigencia un bien articulado Programa de Control de la Enfermedad de Hansen, adecuadamente financiado, ya que era un problema sanitario de particular gravedad en las zonas endémicas, con repercusión nacional.

En sus informes al Ministerio de Salud, en los años 1979 y 1980, sobre la situación de la Enfermedad de Hansen en el Perú (con referencia a los últimos 10 años), Víctor Noria ⁽¹⁷⁾ lamenta la desaparición del archivo estadístico, producto de muchos años de trabajo acucioso y señala que las medidas dispuestas para integrar a los servicios generales las acciones contra el mal de Hansen contribuyeron a un ostensible deterioro de las ya decadentes acciones para atender el problema.

De la misma forma, José Neyra, el año 1985 ⁽¹⁸⁾, en su publicación sobre **“Evaluación operacional y epidemiología de la Hanseniasis en el departamento de Ucayali 1981-1984”** manifiesta que la lucha antileprosa en el Perú sufrió un considerable deterioro desde que, en 1965,

desapareció la División de Lepra del Ministerio de Salud, cuyas consecuencias fueron la pérdida del Archivo Nacional de Lepra y la desaparición del sistema único de captación y seguimiento de casos.

En un reciente trabajo realizado en el Instituto de Medicina Tropical “Daniel A. Carrión” de la UNMSM ⁽¹²⁾ sobre conocimientos, actitudes y creencias del personal de salud acerca del mal de Hansen, se concluyó que el nivel de conocimientos resulta ser limitado entre los profesionales, especialmente los médicos. Persisten conceptos errados sobre la enfermedad que son transmitidos entre la comunidad y el personal de salud que se expresan en percepciones y actitudes frente al paciente. Señalan los autores de este trabajo que los currículos de formación y los programas de entrenamiento de los futuros recursos humanos de la salud se encuentran desvinculados de la realidad sanitaria, lo que determina un escaso nivel de información acerca de las enfermedades más prevalentes en el país, como es el caso concreto de la lepra, ahondando cada vez más las dificultades existentes para ejercer un adecuado control de la endemia.

Estos problemas, estrechamente relacionados con la doctrina, las estrategias y, en general, con los programas de eliminación de la lepra en el Perú, su estado actual, resultados y perspectivas, los veremos más adelante. En el discurso de Orden pronunciado por el Dr. Zuño Burstein Alva con motivo del Día Mundial de la Lepra, el 30 de diciembre de 1985, en el Ministerio de Salud, dijo que “la estrategia trazada por la Organización Mundial de la Salud, con la colaboración disciplinada y responsable de los organismos sanitarios de todos los países del mundo, para erradicar la lepra del planeta, consiste en eliminar los bacilos productores de la lepra primaria en el único reservorio y fuente de contagio epidemiológicamente evidente, que es el hombre enfermo bacilífero, mediante la terapia bacteriológicamente esterilizante y que ahora es factible y a un costo económico sumamente bajo”.

Agregó el Dr. Burstein que el despacho ministerial de aquel entonces, coincidiendo con que es insoslayable cumplir con los compromisos adquiridos con la Oficina Panamericana y la Organización Mundial de la Salud en la erradicación de la lepra, ha dispuesto las medidas necesarias para utilizar al máximo los recursos nacionales existentes en otros sectores, racionalizando su concurso en el objetivo común, que es el conocimiento y control de la lepra en nuestro país.

Antes de pasar a exponer la doctrina, los objetivos, los logros de los programas de control de la lepra tendientes a su eliminación, detengámonos para definir y describir brevemente sus características clínicas y tratamiento, reseñar la historia de la lepra en el mundo y en el Perú y revisar su situación actual.

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La lepra o Enfermedad de Hansen o Hanseniasis es una enfermedad infecciosa, exclusiva de la especie humana, transmisible en forma directa de persona a persona; actualmente endémica con carácter regional en zonas repartidas en los cinco continentes, siendo su prevalencia significativa en los climas tropicales y subtropicales que abarcan el denominado cinturón de hambre y miseria del globo terráqueo, existiendo actualmente de 10 a 15 millones de enfermos alrededor del mundo; es una de las 6 enfermedades tropicales señaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para su eliminación de la faz de la tierra.

La lepra es producida por el *Mycobacterium leprae*, primera bacteria conocida como patógena para el hombre y que fue identificada por Hansen, en 1874, en Noruega. Hasta hoy no puede ser cultivada, pero es inoculable en animales, principalmente en la almohadilla plantar de ratones, en el armadillo de 9 bandas y en el mono mangabey.

Se han hecho estudios de viabilidad del *M. Leprae* ⁽¹³⁾ verificada por la multiplicación en la almohadilla plantar de ratones normales y se ha demostrado que permanece viable después de secarse a la sombra por 5 meses, en tierra húmeda 46 días, en solución salina a temperatura ambiente 60 días, expuestos a la luz solar, 3 horas al día, viven 7 días, refrigerados a 4°C, 60 días y a -70°C, 20 días. En cambio, mueren rápidamente al exponerlos a antisépticos, como savlon o simplemente alcohol.

El *Mycobacterium leprae* o Bacilo de Hansen, aunque puede infectar todos los órganos de las personas susceptibles, tiene una particular afinidad por la piel (dermis) y por los nervios periféricos (células de Schwann), lo que permite la caracterización de las manifestaciones clínicas de la enfermedad, con lesiones fundamentalmente cutáneas, acompañadas constantemente de trastornos sensoriales que se manifiestan

precozmente en la historia de la enfermedad bajo las formas de lesiones cutáneas anestésicas y, posteriormente, alteraciones tróficas.

La latencia de la enfermedad, es decir, el tiempo transcurrido entre el contacto infectante y la primera manifestación clínica, puede ser de 5 años o más; no ha sido posible, hasta ahora, identificar con certeza la ruta de transmisión; para algunos investigadores, la contagiosidad es por vía trans cutánea y para otros es a través de la eliminación de bacilos por la mucosa nasal de pacientes lepromatosos multibacilares, que serían difundidos en el ambiente por las gotitas de “flue”; teniendo tanta significación esta vía como la producida por la eliminación de bacilos de Koch, en pacientes tuberculosos con formas pulmonares cavitarias abiertas.

La mayoría de la población expuesta al bacilo de Hansen desarrolla una infección subclínica, asintomática, revelada por la alta prevalencia de títulos de anticuerpos en áreas endémicas. El mecanismo íntimo que explique por qué algunos individuos desarrollan la enfermedad es todavía desconocido. Para los inmunólogos e inmunodermatólogos la enfermedad representa un extraordinario modelo clínico para estudiar los mecanismos de inmunoregulación en el hombre.

Las manifestaciones clínicas de la Lepra van desde las expresiones incipientes cutáneas, sutiles, de máculas hipocrómicas anestésicas, de la forma indiferenciada, evolucionando a los tipos polares de expresión inmunocompetentes en el tipo tuberculoide, hasta los tipos lepromatosos en los inmunoincompetentes, pasando por estadios intermedios y dando expresiones intempestivas inmunoreaccionales severas que pueden conducir rápidamente a la muerte; ejemplos de estos cuadros los vemos en las imágenes que estamos presentando; pero en todo caso en todas ellas evolucionando si nó a la curación espontánea, a un largo y deteriorante proceso con discapacidades neurosensitivas y neurotróficas con úlceras perforantes, reabsorciones óseas, atrofiás musculares y un lento y progresivo deterioro irreversible, si no se interrumpe el proceso con una adecuada terapia medicamentosa.

Las diferentes expresiones clínicas de la historia natural de la enfermedad han dado lugar a diversos criterios de clasificación a través del tiempo y conciliando posiciones, hasta que en El Cairo, en el Congreso Internacional de Lepra, celebrado el año 1938, se planteó la posición de

los leprólogos sudamericanos (brasileros y argentinos) que se plasma el año 1939 en las reuniones de Tres Corazones y Sao Paulo, para proponer una substancial modificación en el criterio de la clasificación de las diferentes formas de Lepra. Surge, así, la denominada “clasificación sudamericana”, que es recomendada para su adopción por la Comisión de Clasificación en la II Conferencia Panamericana de la lepra, celebrada en Rio de Janeiro en 1946; esta clasificación, a la que el Perú se sumó desde el inicio con proposiciones concretas formuladas por H. Pesce, se basó en criterios clínicos, inmunológicos, estructurales y bacteriológicos, para ubicar en tres tipos los casos de lepra: Lepromatoso (L), Incaracterístico (I) y Tuberculoide (T), con el nombre de Clasificación Panamericana. Esta clasificación, con la modificación de “tipo” a “grupo I” es aprobada en el V Congreso Internacional en La Habana en 1948 y, por último, con la inclusión de la forma o grupo dimorfo (D) o “border line”, aprobada en el VI Congreso Internacional de Leprología, celebrado en Madrid en 1953, queda formalizada la vigente clasificación de la lepra, no modificada por los congresos ulteriores de Tokio, en 1958, ni de Rio en 1963, y a la que el Perú se acogió con todos los criterios señalados en ella y que podemos apreciar en la diapositiva que estamos mostrando. La clasificación actual está basada en ésta, con algunas modificaciones hechas por Ridley y Jopling en 1962, que conservan el criterio que del Grupo Indeterminado (LI) puede derivarse a cualquiera de los tipos polares o al polo lepromatoso (LL) o al tuberculoide (TT), quedando entre éstos la forma dimorfa (LD), también llamada limitante, fronteriza o bipolar, intermedia entre las dos polares, zona inestable que presenta características comunes a ambas y según esté más cerca al polo lepromatosa o tuberculoide se le denominan Borderline Lepromatosa (BL), Borderline Bordeline (BB) en la mitad del espectro y Borderline Tuberculoide (BT), tal como se observa en el esquema que se muestra.

Para los programas de control y con el criterio de clasificar los enfermos para la poliquimioterapia, la OMS divide a los enfermos en: Paucibacilares, que agrupa las formas LI, TT, BT y Multibacilares, que incluye las formas LL, BL, BB.

Otra clasificación que se usa para estos efectos es agruparlos en tres grupos: Paucibacilares con lesión única, Paucibacilares con menos de 5 lesiones y Multibacilares con más de 5 lesiones.

Terapia Multidroga

La estrategia terapéutica actual que sigue los esquemas de la OMS, empleados desde el año 1982, se considera que es la única que permite conseguir los objetivos de una terapia eficaz, garantizando:

- 1.- Curación completa en el menor tiempo posible y sin secuelas neurotróficas.
- 2.- Reducción al máximo de las posibilidades de transmisión de la enfermedad, rompiendo la cadena epidemiológica bacilo-huésped.
- 3.- Prevención de las resistencias farmacológicas.
- 4.- Posible reducción de las dosis individuales de los fármacos con el fin de disminuir los riesgos de toxicidad y los efectos colaterales.

RESEÑA HISTÓRICA DE LA LEPRO EN EL MUNDO Y EN EL PERÚ

La lepra ha sido una enfermedad conocida desde tiempo inmemorial y cuyo origen y aparición son paralelos a las primeras civilizaciones, pero la precisión de su origen y de su marcha a través del mundo y de los siglos no ha sido hasta hoy aclarada en forma definitiva. Los documentos más antiguos corresponden a la India, 1500 años a.c.; en los libros de los vedas se designaba con el nombre de “Kushte” a una enfermedad que parecía tratarse de lepra con alteraciones cutáneas, anestias, deformaciones nasales y mutilaciones; 600 años a.c. se cita con el nombre de Vat-Rakla y Vat-Shonata, afección con alteraciones de la sensibilidad y deformaciones.

En China, 400 años a.c. se describe en un libro de medicina con el nombre de “La Fom”, una enfermedad con úlceras, alopecia de las cejas y nódulos, comentándose que un discípulo de Confucio padeció y murió de esta enfermedad y consta el empleo del aceite de Chaulmugra. La lepra se extendió de China a Corea y Japón y de la India a los países limítrofes de la antigua Indochina.

En Persia existía la enfermedad y Herodoto, en el 449 a.c., escribe que las personas afectadas de lepra o “enfermedad blanca” no tienen derecho a entrar en una ciudad y mezclarse con los otros porque han pecado contra el sol.

Africa es otro foco de origen de la lepra, sobre todo Egipto, como posible origen en Sudan; en cambio, para otros autores el origen sería a partir de las expediciones de Alejandro Magno, quien la habría importado de la

India. Otro pueblo que ha jugado un rol importante en la historia de la lepra en el viejo mundo ha sido Israel, donde, con la palabra Tsa Arath (Zaraath) se designaba enfermedades cutáneas, entre las que estaría incluida la lepra.

El pueblo egipcio culpa a los hebreos de haber diseminado la lepra en la rivera del Nilo y, a su vez, los hebreos achacan a los egipcios el haber contaminado a su pueblo durante su permanencia en Egipto. Las polémicas entre hebreos y egipcios, imputándose unos a otros la cuna de la enfermedad, son descritas por Lucrecio, Tácito, Josefo, Herodoto, Manethon y otros historiadores de la antigüedad. Cuenta Tácito que el rey Bochens pidió un remedio para combatir el mal al oráculo de Amón, indicándole éste que debía purgar su reino y expulsar a otras tierras como malditos de los dioses a todos los infectados. El faraón cumplió su mandato expulsando al desierto a todos los infectados y a la mayor parte de la población judía no infectada. Del abandono y la muerte fue a salvarlos Moisés, quien inició el éxodo a la tierra prometida. Después de su cautiverio en Egipto, Moisés codifica los libros sagrados del Antiguo Testamento como el Levítico y Pentateuco; en estos libros se dan reglas a los sacerdotes para reconocer la enfermedad. Así, en el libro del Levítico, cap. XIII se dice: “Habló Jehová a Moisés y Aarón diciendo: cuando el hombre tuviera en la piel de su cuerpo tumor, erupción o mancha blancuzca brillante y se forme en la piel de su carne como una llaga de lepra será llevado al sacerdote. El sacerdote examinará la llaga en la piel de la carne, si el pelo en la llaga se ha vuelto blanco y pareciera la llaga más profunda que la piel de la carne o cubierta de escamas, es llaga de lepra. Cuando el sacerdote lo haya comprobado, lo declarará impuro”. Esta cita bíblica evidencia la confusión con la psoriasis y el vitíligo. El enfermo portador de estas lesiones era excluido de participar en la vida religiosa de la comunidad por haber recibido un castigo de Dios y se le excluía como una especie de muerto, portador de una enfermedad tremenda y sin remedio. También dice el texto bíblico que el afectado por la lepra llevará sus vestidos rasgados, dejará descubierta su cabeza, se tapaná la boca y caminará gritando, "impuro, impuro" y habitará solo, fuera del campamento.

Esto ha influido en la concepción popular cristiana que ha hecho de la lepra una enfermedad pavorosa, misteriosa, relacionada con el pecado; aunque las descripciones antiguas no concuerdan con las que conocemos hoy día, la palabra lepra sigue suscitando sentimientos de temor, que no

están justificados desde el punto de vista médico. Uno de los motivos de esta situación es el halo de pecado y castigo que rodea a esta enfermedad de lo que, en parte, se ha hecho responsable a la Biblia y a la sociedad cristiana.

La palabra inicial hebrea Zaraath con que se designó a esta enfermedad tenía un contenido de castigo; desgraciadamente, al traducir al griego la palabra judía con el nombre de lepra, que quiere decir escama, se le incorporó todo el contenido de pecado, contagio, castigo y oprobio que aún perdura, lamentablemente, sobre las personas que padecen este mal.

La difusión de la lepra siguió el camino del comercio, las guerras y las peregrinaciones religiosas. Los Fenicios, pueblo comerciante y viajero, llevaron la enfermedad a España, norte de Africa y el resto del Mediterráneo, denominándose a la afección “mal fenicio”. Posteriormente, apareció la enfermedad en Roma y las legiones romanas la llevaron a las Galias, islas británicas, Germania y península ibérica.

De los siglos XI al XIII la enfermedad estaba distribuida por todos los países de Europa, habiendo, en 1244, unos 19 mil lazaretos y leprosorios, 2 mil de los cuales estaban en Francia.

En la época medioeval, la ordenación de los que padecían “el mal” recaía en la jurisdicción eclesiástica, por ello se hacía en la iglesia, por el obispo u otra autoridad, una ceremonia de entierro en vida, se le declaraba muerto para el mundo, se le ponía en la cabeza tierra del cementerio y tenía que llevar un techito o túnica negra, guantes, sombrero o capucha con cordón blanco y para anunciar su paso era indispensable llevar una sonaja o campana; debía apartarse de la sociedad y familia y confinarse en un lazareto, donde se le regulaba los días y horas que podía mendigar en zonas especiales de la ciudad, ya que se les confiscaba parte o la totalidad de sus bienes y había castigos severos cuando no cumplía con las draconianas normas impuestas. Hubo en Francia casos muy graves e inhumanos como, cuando el rey Felipe IV el Hermoso, ordenó que todas las personas con lepra fueran reunidas y quemadas y que se continuara con esa medida hasta la desaparición de la dolencia.

Pero, felizmente, no todo era rechazo y desprecio, pues algunas órdenes religiosas y reyes suavizaban el trato y se cita a santos a los que se atribuía el cuidado de los enfermos y numerosos milagros, así como a

personas que socorrían a los enfermos como un medio de asegurar su propia salvación y una forma de hacer méritos para el cielo. De las órdenes religiosas y militares comprometidas con el problema de la lepra, la soberana y militar Orden de Malta sigue ocupándose de numerosos proyectos de asistencia y formación.

A partir de los siglos XIV y XV se inicia la disminución progresiva y por causas diversas de la lepra en Europa y, a partir del siglo XVII, persisten focos en el litoral mediterráneo y península ibérica, Noruega, Suecia, países bálticos, Islandia y Rusia.

La lepra en América no existía antes de la llegada de los conquistadores europeos. Los españoles trajeron la lepra a América Central, América del Sur y en Norteamérica a México y parte de los Estados Unidos. El primer lazareto se fundó en 1520 en Santo Domingo y, posteriormente, se establecieron en toda la América colonial. En Brasil, los portugueses introdujeron la enfermedad desde 1496; los grandes contingentes de esclavos africanos fueron un factor muy importante en la América portuguesa, caribe y América Central. En Norteamérica, además de los focos traídos por los españoles, se sumaron los traídos por los franceses, noruegos e inmigrantes chinos, principalmente.

La historia de la lepra en el Perú ha sido exhaustivamente estudiada por el Dr. Hugo Pesce y publicada en su tesis de doctorado el año 1961, con el nombre de “La epidemiología de la lepra en el Perú” ⁽²⁾. En este monumental trabajo, que debe servir de valiosísima fuente informativa para todo médico y sanitarista peruanos, se afirma que la lepra en el Perú se ha desarrollado de manera independiente en las tres grandes regiones del país, denominadas costa, sierra y amazonía.

En la costa tiene una historia remota y pobre, en la amazonía una historia reciente y explosiva, en la sierra un curso escaso y asolapado. La lepra ha sido importada a la costa peruana por los colonizadores procedentes de España, país que, a la sazón, era asiento de apreciable endemia, con unos 3000 leprosos y decenas de leprocomios. A los 28 años después de fundada Lima ya se hace necesario un leprocomio y es así que, el año 1563, se funda el Hospital de San Lázaro, en el barrio de Pescadores, en la margen derecha del río Rimac y toda la asistencia de leprosos durante la época colonial se efectuará en este hospital. La lepra en nuestra amazonía aparece manifiestamente tan sólo en el presente siglo, nos dice Pesce, y se

plantea, en primer lugar, la cuestión de su procedencia. A este respecto, la tesis más antigua es la de su procedencia del Brasil; otra tesis postula su origen ecuatoriano. La investigación de Ponce de León ha tenido el mérito de demostrar que la infección leprosa de algunos sectores de la selva alta se procesó anteriormente a la de la selva baja y que ella ha tenido, muy probablemente origen ecuatoriano no muy remoto y de muy escaso volumen; no es dable, dice Pesce, comparar la peligrosidad de tal fuente pequeñísima de la selva alta con la fuente brasileña, que debía asumir el carácter de marejada, dada la “vis a tergo” que la impelía y dada la circunstancia propicia de la migración masiva de 15 a 20 mil peruanos y algunos cientos de brasileros con motivo del auge del caucho, que duró nada menos que 20 años. La selva baja sucumbió rápidamente, a partir del 1910, en cuando se hizo patente el impacto de los focos brasileros masivos y de tanta mayor malignidad cuanto más recientes, factores concurrentes capaces de explicar el ritmo violento de la marcha endémica en la selva baja, en contraste con los focos de la selva alta. Esta circunstancia está ligada a las diferentes condiciones ambientales y a que el habitante de la selva alta está expuesto en mucha menos medida a la desnutrición, la hipoproteïnemia, las helmintiasis intestinales agresivas, con el estado anémico derivado y la consiguiente baja del nivel de la inmunidad fisiológica general.

De 1901 a 1905 se comienza a relatar lepra en ciertos lugares de la amazonía y el 17 de marzo de 1905 se emite una Resolución Suprema autorizando la construcción de un lazareto en Iquitos para los leprosos del departamento de Loreto; la Prefectura mandó construir, entre 1906 y 1907 y sostuvo un Asilo de Emergencias para leprosos en la Isla Padre, frente a la ciudad de Iquitos. A fines de 1917 se habilita en Iquitos el segundo lazareto y por ley No 5020, del 28 de enero de 1925, se dispone la creación de una leprosería en San Pablo, en el río Amazonas, hacia la frontera con el Brasil, asilo que comienza a funcionar el 15 de mayo de 1926. En 1940, el gobierno crea la Supervisión de Sanidad de Loreto y San Martín que, prontamente, se eleva a la condición de Supervisión del Nor Oriente, a cargo de Máxime Kuczinsky, quien, después de fundar el año 1941 un Dispensario Antileproso en Iquitos, reconstruye el Asilo de San Pablo, como colonia agrícola, obteniendo un notable avance y acomete la exploración de varios ríos, especialmente el Ucayali, realizando valiosas encuestas leprológicas. El año 1944, con la creación del Servicio Nacional Antileproso, se constituirá, a los pocos meses, el Servicio Antileproso del Nor Oriente, asumiendo las funciones de la

fenecida supervisión que, bajo la jefatura de Kuczinsky, cumplió con esas funciones durante cuatro años.

Hugo Pesce afirma que el foco de lepra infantil de Loreto es uno de los más severos del mundo. Todos los datos recogidos sobre las formas clínicas de lepra infantil en esa zona revelan un proceso que se caracteriza por la ausencia de signos apreciables de defensa por parte de la población, lo que equivale a decir que se trata de una endemia bastante reciente, severa y con caracteres de desarrollo. Es interesante lo anotado por Pesce acerca de que los primeros casos de lepra entre los selváticos genuinos que fueron observados en Sud América lo han sido por Máxime Kuczinsky (tribus Cambo y Cocama) y por Hugo Pesce (tribu Piru); los sucesivos han sido objeto de estudio en 1953, por H. Pesce y R. Montoya. Todos fueron de formas sumamente malignas, lo cual indica el gravísimo y perdurable peligro al que estaría expuesta toda la población del Nor Oriente si penetrase la lepra en el seno de las tribus selvícolas, cuyo número de componentes ha sido estimado en 141 mil, alejados de toda posibilidad de control sanitario.

Hugo Pesce, en Andahuaylas, detecta los primeros casos de lepra andina y crea, en 1937, el Servicio Antileproso de Apurímac y el 1° de enero de 1944 crea la Campaña Nacional Antileprosa, como el organismo sanitario encargado oficialmente de la lucha antileprosa a nivel nacional. Nace así, en torno a este Maestro, la escuela leproológica peruana y el mismo año se constituye el Servicio Antileproso del Nor Oriente.

El rasgo estructural de la campaña antileprosa que, en el año 1954, pasó a denominarse Servicio Nacional Antileproso, estaba dado por ser un organismo unitario, con una jefatura y diversos servicios periféricos. La jefatura, denominada Departamento de Lepra, tenía funciones directivas, normativas y de control, con secciones especializadas. Los servicios periféricos tenían a su cargo la ejecución de la campaña antileprosa en el territorio de su jurisdicción; así, en cada región leprógena se construyeron unidades funcionales, denominadas Servicios Antileprosos Regionales, con su propia organización.

Esta organización, metódicamente planeada y puesta en marcha, permitió, en un corto plazo, hacer el diagnóstico de la realidad leproológica peruana y obtener un beneficio efectivo para los pacientes y el país. Desgraciadamente, el 14 de enero de 1963, el Departamento de Lepra,

transformado previamente en División de Lepra, es disuelto por el gobierno de aquel entonces y su jefe, el Prof. Doctor Hugo Pesce, destituido por razones incalificables de motivación política. La estructura tan meticulosamente montada se desarticula, sus diferentes elementos constitutivos son incorporados a otros organismos y, desde el año 1965, los niveles periféricos son integrados a los otros servicios de salud en cada zona del país.

La desarticulada y deteriorada actividad de las acciones de salud relacionadas con la Enfermedad de Hansen en los diferentes niveles de responsabilidad, tanto técnico-normativas centrales, como ejecutivas periféricas de base, así como en la investigación, capacitación de personal y otras, sensibilizó al Ministro Teniente General FAP, M.Campodónico, que ocupaba en 1977 la cartera de Salud Pública, para disponer, por Resolución Ministerial N° 0166-77-SP/DS, entre otras medidas, la actualización del Programa de Control de la Enfermedad de Hansen, considerando que el diagnóstico, tratamiento y la investigación en dermatoleprología era una responsabilidad multi institucional de trascendencia nacional y acogiendo las recomendaciones del Seminario Regional de Hanseniasis, realizado en setiembre de 1971 en la ciudad de Pucallpa. Desgraciadamente, cambios sucesivos de autoridades y otros factores imponderables postergaron largamente la ejecución de las medidas dispuestas.

Entretanto, el esfuerzo unipersonal y pionero del Dr. Víctor Noria, a cargo de la Unidad de Lepra, organismo técnico normativo de nivel central del Ministerio de Salud, era el único que mantenía bajo su absoluta responsabilidad personal la conducción de un programa en base a los proyectos, ideas propias y a su gran experiencia personal como epidemiólogo y leprologo clínico, así como a su indesmayable mística.

El diagnóstico especializado de laboratorio, la preparación de lepromina, la realización de investigaciones especiales y la capacitación del personal profesional y técnico quedó, teóricamente, en manos del Departamento de Lepra y Micología Médica, ubicado en la estructura organizativa de los Institutos Nacionales de Salud, organismo descentralizado del Ministerio de Salud. Este Departamento, que estaba a mi cargo y lo sigue estando figurativamente y en forma ad-honorem hasta la actualidad, a pesar de que organigráficamente está extinto, deriva del Laboratorio Central de Lepra, parte constitutiva de la sección de leprología del

fenecido Departamento de Lepra, organismo de comando del Servicio Nacional Antileproso, ubicado a nivel del organismo central del Ministerio de Salud. Al desaparecer el Servicio Nacional y su Departamento de Lepra, el Laboratorio fue incorporado al Instituto de Salud Pública, conservando teóricamente su función y estructura establecidos desde el año 1944, al ser creado por el doctor Hugo Pesce. En base a esta estructura, el Ministerio de Salud tiene vigente, desde el año 1975, un convenio -ratificado sucesivamente- con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a través de su Instituto de Medicina Tropical “Daniel A.Carrión”, para realizar una labor conjunta de investigación, servicio a la comunidad y capacitación de personal, en relación con la Hanseniasis y otras afecciones, que son objeto de la dermatología sanitaria.

Burstein, Z., en una comunicación publicada en 1971, con el título “Nuestro aporte al diagnóstico de la Lepra en el Perú” ⁽⁶⁾, refiere los estudios realizados con 2.366 muestras biópsicas enviadas desde el año 1944 a 1971, para diagnóstico de lepra, al Departamento de Lepra y Micología Médica del Instituto Nacional de Salud, bajo su jefatura. Refiere que, de este total, 1.119 (47.3%) correspondieron a lepra lepromatosa, 619 (26.2%) a lepra indiferenciada, 233 (9.4%) a lepra tuberculoide y 18 (0.8%) a lepra dimórfica. Valiéndose de las biopsias seriadas a través del tiempo, se estudiaron los virajes histopatológicos de estos pacientes y se estableció la concordancia entre el diagnóstico clínico y la verificación histopatológica. No se han hecho estudios ulteriores similares a éste.

En octubre de 1980, el Dr. Burstein, Z., en su condición de funcionario del Instituto de Salud Pública, como Jefe del Departamento de Lepra y Micología Médica de esa dependencia del Estado, responde por oficio ⁽¹⁹⁾ el requerimiento del Dr. Rolando Calderón, Director Superior del Ministerio de Salud, informándole en relación con la visita al Perú del Dr. Samsaricq, Jefe del Programa de Lepra de la OMS, quien venía al país en misión de inspección del Programa de Investigación sobre la Enfermedad de Hansen, a cargo del Instituto de Enfermedades Tropicales “Alexander von Humboldt”, programa financiado por el Fondo Especial de Investigación de Enfermedades Tropicales (TDR), en el que el Dr. Alberto Cuba estaba desarrollando una interesante investigación experimental de lepra en armadillos y quien, además, fuera contratado por los Institutos Nacionales de Salud para organizar un Departamento de Anatomía

Patológica que, también, participaría en el diagnóstico de lepra a nivel nacional. En aquella oportunidad, el Dr. Sansarieg, en una entrevista, actuando como anfitrión el Dr. Alberto Cuba y con la concurrencia de los Drs. Hugo Lumbreras y Humberto Guerra, del Instituto “Alexander von Humboldt”, del Dr. José Neyra, Prof. Principal de Medicina Tropical de la UNMSM y ex Jefe del Programa de Lepra y TBC del Ministerio de Salud, el Dr. César Montoya, médico leprólogo del Hospital Cayetano Heredia y el Dr. Zuño Burstein, contando, además, con la concurrencia del Dr. Philippe Cavalié, Representante de la OPS/OMS en el Perú, recomienda, entre otras medidas, que se establezca una comisión permanente compuesta por el personal de salud que esté trabajando en el tema, para ocuparse del programa de control de Hanseniasis, promover, evaluar y recomendar nuevas acciones. En esta comisión deberían incluirse, también, representantes de la OPS y de aquellas instituciones que prestasen apoyo. Recomendó, igualmente, en el documento que se hizo llegar al despacho ministerial, que, existiendo en el país diversas instituciones e investigadores individuales interesados en desarrollar trabajos de investigación en lepra, tanto a nivel del laboratorio como en el campo, se recomienda la creación de un comité científico a nivel nacional para promover y evaluar los trabajos, evitando, así, duplicación de esfuerzos.

En enero de 1988, durante el gobierno de Alan García, siendo Ministro de Salud la Dra. Hilda Urizar y ViceMinistro de Salud el Dr. Melitón Arce ⁽²⁰⁾ “considerando que el año 1968 se desactivó la División de Lepra del Ministerio de Salud que tenía a su cargo la “Campaña Antileprosa” en ejecución en tres servicios regionales (nor oriente, sierra y costa) y nueve Dispensarios Antileprosoz zonales, que la consecuente integración del Programa de Control de Lepra a los servicios de salud periféricos dio como resultado la pérdida gradual de las actividades de control, información y registro de pacientes, quedando reducido a acciones aisladas, que, entre otras consideraciones se consigna que la lepra en el Perú tiene características de endemia expansiva y territorialmente difundida en el llano amazónico con proyecciones a algunos valles interandinos; se resolvió, por Resolución Ministerial, aprobar el Programa Nacional de Control de la Hanseniasis como integrante de los Programas Especiales de Salud, a cargo de una Dirección General, y designar al Dr. Augusto Reátegui como Director General del Programa Nacional de Control de la Hanseniasis. El Decreto Supremo de la misma fecha, entre otras consideraciones, establece que “el Perú, como país

miembro de la Organización Mundial de la Salud, ha adoptado el compromiso de la 40ava Asamblea Mundial de la Salud, del 15 de mayo de 1987, para organizar programas activos, hacia la eliminación de la lepra, como parte de su objetivo de salud para todos en el año 2000”. Resuelve, también, entre otras importantes medidas, que “la Caja de Ahorros de Lima actuará como agente económico financiero del Programa de Control de la Hanseniasis”.

En octubre de 1988 ⁽²¹⁾ por Resolución Ministerial firmada por el Dr. Luis Pinillos Ashton, Ministro de Salud, se aprueban las Normas y Procedimientos para el Control de la Hanseniasis en el Perú, de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional en sus componentes técnico, administrativo, educativo, social y de investigación.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA LEPRA EN EL PERÚ

“El comportamiento epidemiológico de la lepra en el Perú se circunscribe a las zonas endémicas, donde viven aproximadamente 3´218.109 personas, de ellos 1´255.062 son menores de 15 años. Se puede afirmar que constituye un problema de salud pública regional, como es el caso de Ucayali con una prevalencia mayor de 1 x 10.000 habitantes y áreas con prevalencias menores de 1 x 10.000 habitantes, como Loreto, Apurímac, Huanuco y San Martín”.

“Según las tasas de prevalencia de lepra correspondientes al año 2000 y teniendo en cuenta las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud, podemos concluir que la lepra en el Perú constituye problema de salud pública, fundamentalmente en el departamento de Ucayali, lugar en cual la enfermedad se presenta en forma endémica y con una prevalencia que supera la tasa de 1 x 10.000 habitantes. Esta información permite priorizar las actividades del control de lepra en un departamento del país, buscando el compromiso de las autoridades locales y comunidad en general para desarrollar acciones coordinadas que permitan diagnosticar y tratar precozmente todos los nuevos casos de lepra, logrando prevenir las discapacidades y disminuir efectivamente el impacto social de esta enfermedad.”

EPIDEMIOLOGIA ACTUAL DE LA LEPRA EN EL MUNDO

En la distribución actual de la lepra en el mundo, los índices de prevalencia más altos se observan en Asia con 3.99, en Africa con 1.29 y en América con 1.48 por 10.000 habitantes. Entre los países más endémicos, el índice de prevalencia es de 3.9 por 10.000 habitantes, lejos, todavía, de los objetivos previstos por la Organización Mundial de la Salud.

Un problema epidemiológico es los “casos sin detectar”, que están ubicados en los países con mayor endemia, que, según la OMS, se estiman entre 260.000 a 300.000, preferentemente en la India, Indonesia, Bangladesh y países africanos.

La última información de la OMS de prevalencia de la lepra en los países endémicos a junio del 2001 es la que sigue:

Angola, con 2.9 por 10.000 habitantes

Chad, con 1.3

Congo, con 2

Costa de Marfil, 1.1

República Democrática de XXXX, 1

Guinea, 1.8

Guinea Bissa, 1.2

LIBERIA, 1.4

Madagascar, 6

Mozambique, 3.1

Nigeria, 1.9

República Unida de Tanzania, 1.4

Zambia, 2

Brasil, 3.7 ;??

Paraguay, 1.1

Surinam, 2.3

India, 4.1

MiANMAR, 2.5

Nepal, 3.5

En total, 19 países en el mundo que todavía no han logrado la meta prevista de menos de un enfermo por cada 10 mil habitantes.

PROGRAMA DE CONTROL DE LA LEPRO EN EL PERÚ

En el Perú existe actualmente, a nivel del Ministerio de Salud, una estructura técnico administrativa denominada Dirección del Programa Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles, en las que está incluido el Programa de Control de Tuberculosis y Lepra, que estuvo hasta hace pocos meses, a cargo de un médico salubrista, el Dr. Pedro G. Suárez y con responsabilidad directa en lo referente a lepra está el Dr. Jaime Portocarrero, igualmente médico salubrista, contando con la colaboración comprometida eventual de un Comité Asesor, en el que se encuentran médicos tropicalistas, leprólogos y dermatólogos.

El marco doctrinario adoptado por el Programa Nacional de Control de la Lepra en el Perú se basa en el principio de que "las enfermedades transmisibles, entre ellas la lepra, están ligadas a factores culturales, sociales, y económicos de compleja solución" y que "los programas de control son de alcance nacional, permanentes y continuos, usan tecnologías apropiadas, realimentan y hacen más eficiente su operación mediante el monitoreo y evaluación y en su versión actual han adoptado la estrategia de incorporar e integrar sus actividades a la atención general de salud, desapareciendo, por lo tanto, por ineficientes, los programas verticales con ejecución especializada de sus actividades al margen de los servicios de salud.

Con este marco doctrinario el programa actual considera que: "la lucha por el control de la lepra se inscribe y articula en el reconocimiento de la dignidad de las personas, sus derechos universales y la búsqueda de la liberación de sus capacidades para alcanzar la realización plena", concluyendo que esta nueva doctrina se basa en una concepción moderna que "tiene un sustento bioético en el desarrollo de los principios de equidad, subsidiaridad, universalidad, solidaridad y autonomía, todos ellos desarrollados a través de una interacción en el campo médico, educativo y social". El programa se sustenta doctrinariamente en que la lepra en el Perú es factible de ser controlada y eliminada mediante determinados ejes de gestión.

Política actual del Programa de Control de la Lepra y Perspectivas para el año 2000

Considerando que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que la lepra ha sido eliminada como problema de salud pública, cuando la tasa de prevalencia es menos de un caso por cada

10,000 habitantes, y que en el Perú la lepra constituye un problema de salud pública en determinadas regiones del país, las que se encuentran identificadas y estratificadas y que para lograr el control y eliminación de la lepra en las zonas endémicas del país es necesario fortalecer el desarrollo de una serie de actividades, entre las que juega un rol importante la difusión de los siguientes principios: la lepra se cura; el paciente se trata en su domicilio y no requiere aislamiento ni reclusión en leprosorios; la lepra diagnosticada precozmente no produce necesariamente deformidades o incapacidades; con la poliquimioterapia (PQT) el enfermo de lepra, luego de iniciado el tratamiento, no contagia; y que si el enfermo no recibe tratamiento sufre deformaciones de las manos y pies, las que permanecen para toda la vida como secuelas que no se curan con medicamentos.

SITUACION ACTUAL DE LA LEPRO EN EL MUNDO

El compromiso de la OMS y de los países miembros de eliminar la lepra como problema de salud pública al año 2000 no se ha cumplido y había que fijar un plazo más realista. Pese a que las cifras de la OMS indican que en el proceso global de eliminación de la lepra se han hecho importantes progresos y los elementos básicos de la estrategia aplicada hasta ahora son válidos, el número de nuevos casos detectados no se estabiliza o disminuye, mas bien aumenta, denunció la doctora María Neira, Directora de la OMS para la Erradicación y Eliminación de Enfermedades Infecciosas en la reunión de ILEP, en Londres, en junio de 1999, pero se está luchando con creciente éxito en todos los frentes.

Revisar planes y estrategias, fijar nuevos objetivos y configurar alianzas de todos para optimizar la utilización de esfuerzos y recursos. Se quería aprobar en la Conferencia de la OMS, en Abidjan (15-17 Nov. 1999) una "Alianza Global para la Erradicación de la Lepra 2000-2005". Representantes de la OMS se reunieron a lo largo de los últimos meses con los de ILEP, NIFFA Foundation y la Fundación Novartis para el Desarrollo Sustentable y estudiaron un borrador. Pronto se vió que era difícil redactar algo "en comité"; así, que de una alianza global se pasó a "construir una colaboración para eliminar la lepra, Plan Estratégico 2000-2005", como primer intento de definir los principios y metas de esa gran alianza. Este documento sigue en estudio y uno de los temas de discusión es el de la fijación de metas para erradicar la enfermedad, tema siempre espinoso pues la triste realidad se impone. Para la fijación de

una meta es absolutamente imprescindible, para concitar voluntades y esfuerzos a nivel político, movilizar y sensibilizar administradores de recursos, donantes, definir planes estratégicos aceptando el criterio de la OMS de fijar una nueva meta: el año 2005; aunando esfuerzos del conjunto de disciplinas que intervienen en la lucha, desde el investigador hasta la rehabilitadora, desde la directiva de empresa farmacéutica hasta los que preparan personal, desde gerentes a políticos. Todo, nos dicen los expertos leprólogos, antes de, triunfalmente, aceptar como dogma que la lepra está eliminada y, dentro de unos años, estar en la situación semejante a la de aquellas instituciones que combatieron la tuberculosis y ahora se encuentran, no solamente con un crecimiento galopante de la enfermedad, sino que, en determinadas zonas, es difícil combatirla por la resistencia al bacilo.

Al año 2001, la lepra sigue presente en 91 países y la situación es tan grave que se considera problema de salud pública en 24 de ellos (más de 1 enfermo por cada 10 mil habitantes). Además, cada año se detectan más de 700.000 casos nuevos, de los cuales el 15% son niños. Por este motivo, y convocado por la OMS y con el apoyo del gobierno de la India, se ha celebrado, durante el pasado mes de enero del 2001, en Delhi, la primera reunión de la “Alianza Global” para la eliminación de la lepra y donde se ha firmado la llamada “Declaración de Delhi”. El objetivo de esta primera reunión ha sido revisar la situación actual y los progresos llevados a cabo, particularmente en las áreas endémicas y decidir conjuntamente estrategias y actividades para su implementación en los años venideros.

Nos encontramos en un momento histórico, proclaman los leprólogos, en el que hay que reforzar con toda energía la lucha contra esta enfermedad milenaria. Un retraso de cinco años para “eliminar” un azote que ha horrorizado a la gente desde tiempos bíblicos no es nada.

La estrategia de la OMS para el futuro más próximo no es ya la erradicación de la enfermedad, sino su eliminación como problema de salud mundial, que consiste en conseguir menos de un enfermo por diez mil habitantes.

Es indudable que se ha dado un paso gigantesco y hemos pasado de la segregación a la integración, de la incurabilidad a una eficaz multiterapia, de la leprosería asilo a conocer el 65% del GENOMA del bacilo y se ha

conseguido una disminución de los casos activos de un 56% en relación a 1990 y de un 23% en cuanto a 1993, pasando la cobertura por la Terapia Multidroga (MDT) del 76% al 97%, con un riesgo de recaídas inferior al uno por mil.

Sin embargo, nos dice José Terencio de las Aguas ⁽¹⁾ “el epílogo de la batalla contra la lepra aún no está escrito y no se va a producir sólo con la terapia multidroga, pues, históricamente, ninguna enfermedad infecciosa se ha erradicado por la única acción de la quimioterapia y la lepra está confirmando este tradicional hecho. Por ello, es necesaria una vacuna eficaz, unas drogas de acción más rápida y, sobre todo, conseguir un nivel de calidad de vida en los países endémicos, pues nadie tiene derecho a ser feliz él solo, el hombre se debe al hombre y los países desarrollados deben hacer mucho más por los que están en vías de desarrollo y esta será la única forma de ganar la batalla final y conseguir un mundo sin lepra y en total bienestar físico, mental, social y laboral de unos enfermos con los que la humanidad entera tiene contraída una milenaria deuda”.

Y, por qué no decirlo, con todos aquellos que, por la injusta distribución de la inmensa riqueza que está en manos de unos pocos, sufren privaciones, enfermedades y condiciones de vida que lesionan los más elementales principios éticos de la condición humana.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Terencio de las Aguas, José. La lepra, pasado, presente y futuro. Valencia (España), Generalitat Valenciana, Feb. 1999.
- 2) Pesce, Hugo. La epidemiología de la lepra en el Perú (Tesis de Doctorado). Lima, UNMSM, Fac. de Medicina, 1961.

- 3) Glorio, Roberto. La lepra y sus orígenes.
Arch. Argent. Dermatol. 51:183-189; 2001
- 4) Burstein, Zuño. Discurso de Orden con motivo del Día Mundial de la Lepra, pronunciado en Lima, Ministerio de Salud, 30 ene. 1985.
- 5) Ministerio de Salud. Actualización de la doctrina, normas y procedimientos para el control y eliminación de la lepra en el Perú. Lima, Dirección del Programa Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles, control de la Tuberculosis y Lepra, Nov. 1998.
- 6) Burstein, Zuño. Nuestro aporte al diagnóstico de la lepra en el Perú. Buenos Aires, Actas del I Congreso Argentino de Dermatología, Oct. 1972.
- 7) Neyra, J., Aguilar J., Alfaro E. Epidemiología de la lepra en el Perú. Pucallpa (Perú), Primer Seminario de Lepra, 19-25 Set. 1971
- 8) La eliminación de la lepra en las Américas.
Bol. Epidemiológico/OPS, 17(3); 1996.
- 9) Convit, J., Ulrich, M. Immunotherapy and immunoprophylaxis of leprosy. Indian J. Lepr. 72:21-32; 2001.
- 10) La lepra en el tercer milenio, 2005, una nueva meta.
Revista de Leprología (Fontilles) 22:277-281; 1999.
- 11) Pérez, Montserrat. La lepra, la enfermedad olvidada, ¿acabaremos algún día con Ella? Revista de Leprología (Fontilles) 23:5-6; 2001.
- 12) Manrique Chicoma, H. y col. Conocimientos, actitudes y creencias del personal de salud acerca del mal de Hansen.
Rev. Per. de Enf. Inf. y Trop. 1:78-83; 2001.
- 13) Desikan K. Y col. Extended studies on the variability of M. leprae outside the human body. Lepr. Rev. 60:287-295; 1995.
- 14) Gupta, MD. Vaccine trials in leprosy: Venezuela, Malawi e India.
Int. J. Lepr. 67:532-537; 1999.
- 15) Castells, R. y col. Inmunología de la lepra, 1997.
Rev. de Leprología (Fontilles) 21:507-580; 1998.
- 16) Burstein, Zuño. Lepra indeterminada en el Perú.
Arch. Arg. Dermatol. 27:101-108; 1977.
- 17) Burstein, Zuño. Quiebre del programa de control de la lepra en el Perú por la descentralización e integración a los programas generales de salud.
Arch. Arg. Dermatol. 30:173-180; 1980.
- 18) Neyra, José y col. Evaluación operacional y epidemiológica de la

- Hanseniasis en el departamento de Ucayali, 1981-1984.**
Bol. Med. Trop. (UNMSM) 4:13-17; 1985.
- 19) Burstein, Zuño. Oficio 020-80-DLMM/ISP, dirigido al Dr. Rolando Calderón (Director Superior-Ministerio de Salud). Lima, 9 Oct. 1980.**
- 20) Ministerio de Salud. Programa Nacional de Control de la Hanseniasis. Lima, 1988.**
- 21) Ministerio de Salud. Manual de normas y procedimientos del Programa Nacional de Control de la Hanseniasis. Lima, 1988.**