

## EL PROBLEMA DE LA LEPROA EN LAS AMERICAS\*

DRES. ALFREDO N. BICA, JORGE ROMAN Y ARTURO C. SAENZ

*Servicio de Enfermedades Trasmisibles, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D. C.*

### INTRODUCCION

La lepra constituye un problema cuya importancia no puede ignorarse. Hay que considerar sus profundas repercusiones sociales, económicas y psicológicas, que constituyen un serio motivo de preocupación por parte de los servicios de salud pública y bienestar social de los países afectados.

En la Región de las Américas hay varios focos de esta enfermedad. Aun cuando en general las tasas de prevalencia no son tan altas como en algunas partes de Africa o Asia, es sin embargo necesario tomar las enérgicas medidas que se requieren para resolver este problema.

Antes de planear cualquier programa racional de control, ya sea al nivel nacional o internacional, es esencial conocer con mayor precisión la magnitud y las características epidemiológicas de la lepra en las Américas. En muchos países no se han hecho censos de pacientes, y en otros estos censos son sólo parciales e incompletos.

Sin embargo, una revisión cuidadosa de la literatura médica referente al problema y de otra documentación a nuestro alcance, permite reunir una cierta cantidad de datos sobre el problema y sobre los recursos que se vienen utilizando en las Américas para abordarlo.

Los datos obtenidos, aunque algo incompletos y en ciertos casos no totalmente al día, permiten sin embargo, formarse una idea bastante aproximada de la importancia del problema y de la urgente necesidad de darle solución utilizando los recursos que las técnicas epidemiológicas y terapéuticas han puesto recientemente a nuestra disposición.

\* Basado en el Documento CD9/15 de la IX Reunión del Consejo Directivo, VIII Reunión del Comité Regional de la OMS, Antigua Guatemala, Guatemala, septiembre, 1956.

En las páginas finales de este artículo revisaremos brevemente las actividades que la Oficina Sanitaria Panamericana ha venido realizando en relación con el control de la lepra en las Américas.

### EL PROBLEMA Y LOS RECURSOS EXISTENTES

En el cuadro No. 1 consta el número de casos de lepra notificados en 37 países y territorios de las Américas en el período 1950-1953, según los informes de los Gobiernos a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

En el cuadro No. 2 se resume la información que ha podido recogerse con respecto a la prevalencia de la lepra y a las facilidades existentes para su tratamiento y control en las Américas.

El análisis de estos datos muestra que la difusión de la endemia no es uniforme en los distintos países ni dentro de cada país. Tampoco lo es el nivel de la lucha antileprosa, que, en general, no ha alcanzado aún el grado de eficiencia que sería de desear.

En algunos países la endemia leprosa está limitada aún a ciertas regiones en donde la enfermedad, relativamente reciente, asume un carácter grave y presenta altos índices de prevalencia. En otros países la endemia leprosa se encuentra distribuída en gran parte del territorio y presenta índices de prevalencia de intensidades media y elevada. Finalmente, en un pequeño grupo de países la lepra no existe o el número de casos es tan escaso que no constituye un problema de importancia sanitaria.

De la misma manera, la organización de los servicios antileprosos en los diferentes países ha alcanzado distintos grados de desarrollo. En algunos, la lucha antileprosa está recién comenzando y su organización es incipiente. En otros, los servicios existentes,

CUADRO No. 1.—Número de casos notificados de lepra, 1950-1953 (1).

Entidades políticas	Número de casos			
	1950	1951	1952	1953
<i>Países</i>				
Argentina . . . . .	323	552	404	288(a)
Bolivia(b) . . . . .	53	10	8	36(c)
Brasil (d) . . . . .	4.690	4.829	5.044	5.306(e)
Canadá (f) . . . . .	—	3	—	2
Colombia (b) . . . . .	498	635	705	903
Costa Rica . . . . .	59	31	25	8
Cuba . . . . .	127	72	99	...
Ecuador . . . . .	10	6	—	..
Estados Unidos . . . . .	44	57	57	60
Guatemala . . . . .	5	7	3	...
Haití . . . . .	8	10	2	...
México . . . . .	—	301	248	..
Nicaragua . . . . .	...	...	..	11
Panamá . . . . .	—	2	4	9
Paraguay (b) . . . . .	317	375	340	...
Perú (b) . . . . .	86	79	92	91(g)
República				
Dominicana . . . . .	..	37	35	..
Uruguay . . . . .	6	10	13	10
Venezuela (a, b) . . . . .	912	923	616	836
<i>Otras entidades</i>				
Guayana Británica . . . . .	6	9	10	15
Guayana Francesa . . . . .	..	72	5	48
Jamaica . . . . .	28	24	24	10
Martinica . . . . .	139	110	98	112
Puerto Rico . . . . .	2	14	14	12
Trinidad y Tabago . . . . .	371	438	420	..
Otras Islas del área del Caribe (h) . . . . .	19	18	21	26

... No hay información.

— No hubo casos.

(a) Provisional.

(b) Corresponde a las áreas de notificación.

(c) Informe revisado.

(d) Casos del territorio nacional notificados a las autoridades sanitarias del Distrito Federal y de las capitales de estados.

(e) Incompleto.

(f) Excluyendo Yukón y los Territorios del Noroeste.

(g) Hasta noviembre.

(h) Comprende: Barbada, Bermuda, Guadalupe, Islas Bahamas, Antigua, Montserrat, San Cristóbal y Nieves, Islas Vírgenes, Dominica, Granada, Santa Lucía y San Vicente.

si bien de mayor envergadura, no se han desarrollado suficientemente en cuanto a volumen y a equilibrio de sus componentes.

Por último, en unos pocos países se ha alcanzado una organización a tono con el volumen e importancia de la endemia, se conoce satisfactoriamente su localización, sus índices y características, y se han instalado servicios modernos de aislamiento y control, cuya ubicación, número y capacidad son adecuados. Estos servicios cuentan con una valiosa cooperación social.

El disponer de una legislación apropiada sobre profilaxis de la lepra, es un arma esencial en la lucha contra esta enfermedad.

Casi todos los países de América poseen legislación sobre este tema (4). Sin embargo, en la mayoría de los casos se aprobó con anterioridad a la adquisición de los nuevos conocimientos y conceptos acerca de los métodos de control de esta enfermedad. El progreso alcanzado en el tratamiento de la lepra hace necesario ajustar la legislación de tal manera que los viejos métodos, que se basaban fundamentalmente en controles de carácter administrativo y policial, se ajusten a los conocimientos modernos y a las condiciones sociales presentes.

Con el objeto de ampliar la información consignada en los cuadros anteriores, a continuación se presentan, por países, algunos datos considerados de importancia.

En *Argentina* (5, 6), el aumento creciente del número de enfermos de lepra que se registran en las estadísticas procedentes de las regiones donde la lepra es endémica, y la denuncia de focos nuevos en zonas consideradas hasta hace poco indemnes, son factores que destacan la gravedad de este problema.

Al 30 de diciembre de 1945 se habían censado en el país 5.714 enfermos de lepra, lo que representaba un índice de prevalencia de 0,42 por mil, en tanto que en 1954 el número de los enfermos censados ascendió a 8.975, lo que implica un índice de prevalencia de 0,56 por mil.

Es indudable que estos datos estadísticos señalan que la endemia leprosa alcanza en Argentina un nivel bastante alto, en especial si se considera que, probablemente, los casos denunciados constituyen sólo una mitad de la cifra real. Por otra parte, el aumento que

CUADRO No. 2.—Prevalencia de lepra y facilidades existentes para su tratamiento y control en las Américas.\*

Entidades políticas	Población calculada para mediados de año, 1953 (2)	Casos de lepra			Leprosarios y colonias		Dispensarios	Fecha de la información	Referencias
		Total conocido	Segregados	Total calculado	Número	Capacidad			
<i>Países</i>									
Argentina.....	18.379.000	8.975	.	16.000	5(g)	2.785	4	1954	5, 6
Bolivia.....	3.127.603	610	35	1.400	2		3	1954	7
Brasil.....	55.211.268	62.010	22.381	80.938	36(h)	24.000	80	1950-55	8, 9
Canadá.....	14.756.000(a)	16	10	17	..	..	..	1952	10, 11
Colombia.....	12.107.810	9.155	6.507	12.000	2(i)	..	11	1950-56	12, 40
Costa Rica.....	881.313	211	164		1	200	1	1950	13, 14
Cuba.....	5.394.396(b)	3.623	736	6.000	2	..	10	1952	15, 16, 17
Chile.....	6.024.981	37(f)	13	37	1	40	..	1954	18
Ecuador.....	3.439.000(c)	150	..	2	2	..	1	1955	19, 20
El Salvador.....	1.929.779	62	..	..	..	..	..	1953	12, 21, 22
Estados Unidos.....	158.306.000	..	400	1-2.000	6	..	..	1955	23
Honduras.....	1.555.664	40	5	..	—(j)	..	..	1955	24, 25
México.....	28.052.513	11.378	..	50.000	1(k)	..	19	1953	20
Paraguay.....	1.504.246	1.990	400	10.000	1(l)	..	1	1954-56	28
Perú.....	8.591.300	1.245	..	3.400	3	550	7	1951-55	12, 29
República Dominicana.....	2.290.805	268	188	..	..	..	..	1950	30
Uruguay.....	2.523.000(c)	62	500-1.000	..	—(m)	..	..	1954	31
Venezuela.....	5.377.508	8.872	866	..	2	1.000	175	1956	35
<i>Otras entidades</i>									
Antillas Neerlandesas.....	161.000(e)	13	13	..	1	32	—	1955	36, 37, 38,
Barbada.....	221.000	66	28	..	1	175	1	1953	27
Belice.....	75.782	1	1	..	—	—	—	1955	27
Guadalupe.....	314.460	1.085	100	1.155	1	100	2(o)	1955	20
Guayana Británica.....	441.000(d)	1.292	268	..	1(l)	400	8	1950-55	27
Guayana Francesa.....	29.555	1.304	120	..	1	160	3	1953	20, 26
Islas Bahamas.....	85.000	14	14	..	—(n)	—	—	1954	27
Islas Leeward:									
Antigua.....	48.953	96	32	131	1	49	1	1954	27
San Cristóbal y Nieves.....	52.023	50	30	150	1	54	—	1953	27
Islas Windward:									
Dominica.....	57.000	15	15	..	1	24	—	1953	27
Granada.....	82.794	7	7	..	1	16	—	1955	27
Santa Lucía.....	83.905	22	14	..	1	14	—	1953	27
San Vicente.....	72.711	20	20	..	1	20	—	1953	27
Martinica.....	292.435	1.348	148	1.548	—	(p)	1	1954-56	27
Surinam.....	219.000(e)	1.270	599	..	3	735	..	1954	32, 33
Trinidad y Tabago.....	678.300	884	229	..	1	..	5	1953	34

\* No se obtuvo esta información para Guatemala, Haití, Jamaica, Nicaragua y Panamá.

— Ninguno

.. No hay información.

(a) Excluyendo Yukón y los Territorios del Noroeste. Población al 1° de junio, 1953.

(b) Población calculada para mediados de 1952.

(c) Calculado por la OSP.

(d) Excluyendo los amerindios.

(e) Población calculada a mediados de 1950 (3).

(f) No hay casos de lepra en Chile continental. Estos se encuentran en la Isla de Pascua (población: 800).

(g) Más 5 hospitales de tránsito y 1 preventorio.

(h) Más 31 preventorios.

(i) Estos son en realidad "lazaretos", que tienen una población mixta de enfermos y personas sanas.

(j) Se dispone de 8 camas para leproso en el hospital de Tegucigalpa.

(k) Más 4 salas especiales en hospitales generales, con 105 camas. Hay además 3 preventorios.

(l) Más 1 preventorio para niños sanos, hijos de leproso.

(m) Los pacientes están internados en un hospital general.

(n) Hay 25 camas para leproso en el hospital de Nassau.

(o) También se proporciona tratamiento en otros 34 policlínicos generales.

(p) Hay 4 pabellones para leproso en el Hospital Departamental A. Clarac, con una capacidad de 120 camas.

muestran estas cifras puede indicar también una mejor cooperación del cuerpo médico y del público en general, reflejada en un aumento del número de notificaciones.

El 81 % de los casos proviene de una zona formada por Buenos Aires, Capital Federal, Santa Fe, Entre Ríos, Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones. Se observa una predominancia neta de las formas menos contagiosas (tuberculoideas e indeterminadas) sobre las lepromatosas.

En Buenos Aires existe un preventorio para la protección de los hijos sanos de enfermos de lepra. Después de la segunda infancia, los niños son albergados en la colonia-hogar del Patronato de Leprosos.

En *Bolivia* (7), de acuerdo con el censo leproológico llevado a cabo desde la creación del servicio de lucha antileprosa, sólo se ha comprobado la existencia de lepra en el valle central y en la región tropical. Los departamentos más afectados son: Beni (prevalencia 2,32 por mil), Pando (prevalencia 0,63 por mil) y Santa Cruz (prevalencia 0,40 por mil). De los 610 casos conocidos, 315 (52 %) corresponden al tipo lepromatoso; los restantes son del tipo tuberculoide o del indeterminado.

La capacidad de los dos leprosarios existentes no basta para aislar todos aquellos casos que lo requieren.

En *Brasil* (8, 9) la lepra es todavía un grave problema sanitario, aunque en gran parte se halla bajo control. De los 60.967 pacientes conocidos, 22.954 estaban internados en leprosarios, 443 aislados en sus domicilios y 23.946 bajo la vigilancia de los dispensarios. Fuera del control de los servicios estaban 13.624 enfermos.

La región más afectada es la del Norte, donde el índice de prevalencia es de 3,7 por mil habitantes. Las regiones Sur, Centro-Oeste y Este acusan índices de 1,5, 1,2 y 1,0, respectivamente. La región menos afectada es la del Nordeste, cuyo índice de prevalencia es de 0,3 por mil.

El estado de San Pablo es el que tiene mayor número de enfermos, aunque el índice más alto es el correspondiente al estado de Amazonas (4, 2 por mil).

La incidencia general de formas contagiosas para el país es del 60,7 %, lo que indica que Brasil es aún un foco en actividad.

En la administración de los servicios anti-leproso participan en estrecha colaboración el Gobierno Federal, los gobiernos de los estados y las instituciones particulares.

La acción del Gobierno Federal se ejerce a través del Servicio Nacional de Lepra, órgano del Departamento Nacional de Salud, y tiene como finalidades principales orientar y coordinar las actividades de los servicios públicos y privados empeñados en la campaña contra la lepra, prestarles ayuda técnica y material y procurar la uniformidad de los métodos de trabajo. Además, a través del Instituto de Leprología, el Servicio Nacional de Lepra realiza estudios e investigaciones sobre la patología, terapéutica y epidemiología de la lepra. Corresponde también al Gobierno Federal planear, controlar y ampliar o instalar leprosarios, dispensarios y preventorios.

Los estados son responsables de la ejecución de las medidas establecidas por la legislación, incluyendo el sostenimiento y funcionamiento de los leprosarios y dispensarios.

Las instituciones particulares se encargan de prestar asistencia social a los pacientes y a sus familias.

La administración pública del Brasil dedica un porcentaje relativamente alto de sus rentas a la lucha contra la lepra. El promedio, en 1950, de lo gastado por los estados en dicha lucha fue de 1,2 % de sus presupuestos, pero en algunos, como el estado de Amazonas, ascendió al 8,3 %. El Gobierno Federal destina el 0,2 % de los ingresos a este fin.

En conjunto, los gobiernos de los estados contribuyen con 71 %, el Gobierno Federal con el 27 % y la iniciativa particular con el 2 % del total de gastos para la campaña anti-leprosa. La contribución municipal es insignificante.

En 1955 existían 31 preventorios localizados en las capitales de los estados y en las principales ciudades del interior. En ellos se alojaban 4.572 niños.

Se han organizado regularmente, en varios puntos del país, cursos de formación y perfeccionamiento para médicos leprólogos dedicados a tareas profilácticas y asistenciales. De 1936 a 1950 se realizaron 29 de estos cursos, en los que se diplomaron 398 médicos.

Recientemente el Servicio Nacional de Lepra ha iniciado una nueva política, tendiente a usar en la lucha contra la lepra los recursos y facilidades existentes en las 1.220 unidades locales polivalentes de salud (consultorios externos, hospitales, centros de salud, estaciones sanitarias, clínicas, etc.), ya dependan del Gobierno, sean autónomas o privadas; estos servicios estarán encargados del tratamiento de los casos de su jurisdicción respectiva, del reexamen periódico de los contactos y de la vigilancia y educación sanitaria de los casos y contactos bajo su control, todo ello bajo la supervisión y guía de leprólogos regionales. Se espera que este método permita acelerar grandemente la campaña y obtener resultados favorables a corto plazo.

En *Colombia* (12) la prevalencia de la enfermedad varía mucho de unas regiones del país a otras. El 53 % de los casos provienen de la región Centro-Oriental, el 16 % de la Sud-Oriental, y el 10 % de la Centro-Occidental. El 21 % restante está distribuido por el resto del país. Aunque el total de casos se estima oficialmente en unos 12.000, según algunos especialistas su número real ascendería a 20 ó 30 mil.

No hay en Colombia leprosarios propiamente dichos. Los llamados "lazaretos" ("Agua de Dios" y "Contratación") tienen una población entre 8 mil y 10 mil habitantes, compuesta en partes quizá iguales de leprosos e individuos sanos. Estas ciudades son intensos focos de lepra, donde los habitantes viven en condiciones que facilitan grandemente la infección.

Hay tres tipos de establecimientos preventivos: los preventorios, las salas-cunas y las escuelas-hogares. El Gobierno mantiene también algunos niños como pensionistas en hogares privados.

De los 43.000.000 de pesos colombianos a

que asciende el presupuesto del Departamento de Salud, siete millones se gastan en la lucha contra la lepra. La mayor parte de este dinero se destina a pagar subvenciones vitalicias de \$1.50 diarios a cada leproso, las que se elevan a \$2 diarios cuando el paciente "está enfermo" por cualquier otra causa.

Existe el propósito de construir un nuevo centro de adiestramiento en lepra, con el objeto de preparar el personal que se necesita para iniciar un buen programa de control. Con este objeto, el Gobierno de Colombia ha requerido la asistencia de la Oficina Sanitaria Panamericana.

De los 211 casos conocidos de lepra en *Costa Rica* (13, 14) el 64,4 % eran de lepra lepromatosa, el 17,1 % tuberculoide y el 18,5 % indeterminada.

En *Cuba* (15, 16, 17, 18), aunque la endemia está repartida con cierta uniformidad por todo el país, se observa una mayor frecuencia en la región oriental de la isla, donde también parece que sus focos tienen mayor actividad. El porcentaje más alto de enfermos se presenta entre las personas menores de 30 años. Las provincias de mayor concentración de enfermos son las de Oriente, Habana, Las Villas y Camagüey.

De los 3.623 pacientes conocidos, cerca del 48 % corresponden a la forma lepromatosa, 16 % a la tuberculoide y el resto son indeterminados.

La lucha contra la lepra en Cuba está a cargo del Patronato para la Profilaxis de la Sífilis, Lepra y Enfermedades Cutáneas.

No existe lepra en el *Chile* continental (19, 20). Sin embargo, en la Isla de Pascua, cuya población es de 800 habitantes, existen 37 casos de lepra.

Los datos de que se dispone sobre *Ecuador* (12, 21, 22) son escasos; se sabe, sin embargo, que la enfermedad no está muy difundida y que se encuentra limitada a la región Sur del país, a las provincias de El Oro, Loja y Azuay, aunque existen pequeños focos aislados en otras partes. La prevalencia más alta es la registrada en la provincia de El Oro, que es 1,1 por mil. El 72 % de los casos conocidos son de forma lepromatosa, el 26 % de

forma indeterminada y el 2 % de tipo tuberculoide.

En *El Salvador* (23) 29 de los 62 enfermos conocidos pertenecen al departamento de Chalatenango, que presentaba el índice más alto de prevalencia (0,26 por mil).

La prevalencia pasada y actual de la lepra en *Estados Unidos* (24, 25) es difícil de determinar. Entre los pacientes conocidos, el tipo lepromatoso es el más común y el tipo tuberculoide es relativamente raro.

La enfermedad ha estado concentrada en áreas restringidas de Florida, Louisiana, Texas y California, siendo Texas ahora el principal foco de lepra en el país. En 1955, se notificaron 24 casos nuevos, siendo todas personas que viven en la región Sur o Sudoriental de Texas.

Además del leprosario nacional, en Carville, Louisiana, se mantienen leprosarios en Hawaii, Puerto Rico, Islas Vírgenes e Islas Marianas. Hay también un leprosario en la Zona del Canal de Panamá.

La lepra es una enfermedad de notificación obligatoria en todos los estados y territorios, con excepción de Nueva York y Vermont. Es obligatorio el aislamiento de los enfermos, en un leprosario o en el hogar, en 35 estados y en el Distrito de Columbia.

En la *Guayana Británica* (20) aproximadamente el 50 % de los casos es de tipo lepromatoso, 40 % de tipo tuberculoide y 10 % de tipo indeterminado. Para la búsqueda de casos nuevos se realizan encuestas regulares en las escuelas y en grupos seleccionados de población.

La lepra es un gran problema en la *Guayana Francesa* (20, 26), aunque han estado en operación enérgicas medidas por un tiempo considerable.

De los 1.056 casos nuevos allí descubiertos entre 1939 y 1953, presentaron los primeros signos de lepra antes de la edad de 16 años 547 (54,5 %); 407 (39 %) los presentaron antes de los 10 años, y 102 (9,5 %) antes de los 5. La alta incidencia entre adolescentes y niños es prueba de la naturaleza endémica de la enfermedad en la Guayana Francesa. Es verdad que la búsqueda de casos es muy

activa y comprende exámenes sistemáticos de los niños antes y durante su asistencia a la escuela, exámenes de trabajadores, de empleados públicos, etc.

El número de casos de tipo lepromatoso es relativamente bajo, pues alcanzaba un 17 % en 1953, mientras que el tipo tuberculoide llegaba al 27 %, y el indeterminado al 55 %.

Los niños, hijos de leprosos aislados en el leprosario, son puestos en una sala-cuna y se proyecta la construcción en Cayena de una escuela-hogar más general.

Los niños en contacto con leprosos, especialmente de menos de dos años de edad, son vacunados con BCG.

Se sabe que la enfermedad existe en *Haití* (27) pero no se dispone de información completa sobre ella. Durante 1954 se notificaron 7 casos entre los pacientes tratados en los establecimientos médicos del país.

En *Martinica* (27) la lepra está repartida más o menos uniformemente en toda la isla. De los 1.648 enfermos reconocidos en el período 1934-54, el 29,2 % eran menores de 15 años y 70,8 % mayores de esa edad. Las formas clínicas en 821 casos recensados entre 1948-54, eran: 28,3 % del tipo lepromatoso, 15,9 % del tipo tuberculoide y 55,7 % del indeterminado.

En *México* (28) se han publicado los resultados de cuatro censos quinquenales; el primero (1930-1934) reveló la existencia de 2.449 leprosos, mientras que el cuarto (1945-1949) señaló 9.830. El número de casos oficialmente registrados en septiembre de 1953 fue de 11.378, y la prevalencia en todo el país alcanzó a 0,44 por mil habitantes. Según Núñez Andrade (28), "como no se ha hecho ninguna indagación especial en muchas regiones en que probablemente existen numerosos casos de lepra, es de estimarse que el número de hansenianos existentes en los Estados Unidos Mexicanos hasta hoy pase de 50.000".

La enfermedad predomina en los estados de la costa del Pacífico (Colima, Sinaloa, Jalisco, Michoacán y Nayarit), en el centro geográfico del país (Guanajuato, Querétaro y Aguas Calientes) y en Yucatán y Distrito

Federal. A este último acuden enfermos procedentes del resto del país y por ello presenta una prevalencia de 0,37 por mil.

El 90 % de los casos son adultos. El 65 % son de tipo lepromatoso, el 20 % de tipo tuberculoide y el 15 % de tipo indeterminado. Por iniciativa privada se han fundado tres preventorios, que pueden alojar a unos 60 niños sanos hijos de leproso.

De acuerdo con las estimaciones de médicos locales habría al presente alrededor de 10.000 leproso en *Paraguay* (12, 29) cifra muy alta que daría a este país uno de los más altos índices de prevalencia.

El Gobierno ha expresado su interés en el problema y ha requerido la colaboración internacional para mejorar los servicios de control, que actualmente son insuficientes frente a la magnitud del problema.

En *Perú* (30) el 80 % de la endemia leprosa está localizada en el Nor-Oriente del país, donde los índices de prevalencia varían entre 12 y 15 por mil habitantes.

De los casos conocidos, el 62 % es de tipo lepromatoso, el 11 % de tipo tuberculoide y el 27 % de forma indeterminada. La prevalencia del tipo lepromatoso es más acentuada en las regiones selváticas y menos frecuente en las de la costa y de la sierra.

La campaña antileprosa está a cargo del Departamento de Lepra, organismo central encargado de la planificación, orientación y dirección de la campaña, y de los servicios periféricos (regionales) encargados de las funciones ejecutivas en sus respectivos territorios. En los lugares donde existen unidades sanitarias bien organizadas, ellas son las que se hacen cargo de las actividades de la lucha antileprosa, manteniendo el Departamento de Lepra el control y la dirección técnica.

Algunos de los dispensarios tienen "Casa de Tránsito". Hay un preventorio de carácter provisional.

En la *República Dominicana* (31), la región más afectada es la meridional, con el 80 % de los casos conocidos. La enfermedad es más frecuente en el litoral, y los dos principales

focos leprógenos son San Pedro de Macorís y el distrito de Santo Domingo. El índice de prevalencia correspondiente a todo el país es de 0,14 por mil habitantes, y sube a 0,71 en la provincia de San Pedro de Macorís. El control de los casos se efectúa a través del personal médico de las unidades sanitarias.

La organización del servicio de lepra en *Surinam* (32, 33) es una de las más completas, y dispone de personal técnico de alta competencia. El servicio depende directamente del Director de Salud Pública. La frecuencia de lepra es alta. El 68,4 % de los 1.270 casos conocidos es de tipo lepromatoso, el 30 % de tipo tuberculoide y el 1,6 % del indeterminado.

Además de los tres leproso, hay una enfermería de leproso, con 10 camas, que funciona como anexo del hospital general, una escuela especial para niños que se sospecha presentan formas tuberculoideas o indeterminadas y a quienes se prohíbe por ley asistir a escuelas regulares, y una aldea construída por el gobierno en la que se albergan pacientes aislados procedentes de los leproso, incapacitados o indigentes.

No es posible evaluar exactamente el estado actual de la endemia de lepra en *Trinidad* (34). De los datos disponibles correspondientes a 1953, se deduce que el índice de prevalencia alcanza a 1,27 por mil; el índice anual de incidencia a 0,18 por mil; y el porcentaje de tipo lepromatoso de la incidencia anual llega al 21,2 %.

Las indicaciones son de que hay una prevalencia de lepra comparativamente alta en Trinidad con una incidencia relativamente más alta que la que pudiera esperarse; es de notar, sin embargo, que predominan las formas benignas de la enfermedad en la incidencia anual.

En *Venezuela* (36, 37, 38) la División de Lepra tiene registrados 8.872 enfermos, lo que da una prevalencia de 1,47 por mil para el país. De ellos, el 45 % son del tipo lepromatoso, 26,5 % del indeterminado y 28,5 % del tuberculoide.

Hay 7.961 enfermos bajo control (90 % de

los casos conocidos); en los sanatorios antileprosoos nacionales se encuentran hospitalizados 866 enfermos; el resto de los casos conocidos está bajo el control de los 175 dispensarios dependientes de los servicios antileprosoos, los que, además, tienen sometidos a medidas de control y protección a 20.504 contactos de los casos de lepra conocidos. Dichas medidas comprenden exámenes dos veces por año y vacunación BCG repetida, que se aplica de preferencia a las personas con reacción de Mitsuda negativa o débilmente positiva.

Los servicios antileprosoos han efectuado censos leprológicos principalmente en las áreas rurales de 12 estados, los que han abarcado 827.914 personas, en las que se han practicado 595.727 pruebas tuberculínicas, con la subsiguiente vacunación BCG de los negativos.

La protección dispensada a la población general de los focos se realiza de dos maneras:

a) Vacunación BCG cada 5 años de todos los habitantes de los focos leprógenos bajo control. Se hacen actualmente unas 200.000 vacunaciones por año.

b) Vacunación BCG de la población de 0-15 años, una vez al año, por cuatro años sucesivos. Se está vacunando a un ritmo anual de 250.000 personas de 0-15 años.

Se han realizado 7 cursos de preparación de médicos leprologos, de los que han egresado 35 médicos. Además se proporciona adiestramiento básico a los médicos rurales residentes en focos leprógenos, y se dan cursos para enfermeras auxiliares en los sanatorios antileprosoos nacionales.

El presupuesto total de la campaña antileprosa en Venezuela alcanza a 6.000.000 de bolívares por año, o sea aproximadamente 1.800.000 (dólares, E.U.A.).

#### ACTIVIDADES DE LA OSP/OMS EN EL CONTROL DE LA LEPRO

Las actividades de la OSP/OMS en este campo han estado hasta ahora orientadas a conocer mejor la magnitud y las característi-

cas del problema, así como los recursos, humanos y materiales, de los respectivos países, como base de los correspondientes programas de control.

El Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, durante su tercera reunión (Lima, 1949), aprobó una resolución recomendando que la Oficina estudiara el problema de la lepra, con el objeto de promover las medidas apropiadas para coordinar las actividades en contra de esta enfermedad.

Cumpliendo con esta recomendación, la OSP nombró un consultor, quien, en 1951, realizó encuestas en Paraguay, Bolivia, Perú, Ecuador y Colombia, con respecto a la situación en que se encontraba la lepra en esos países.

Encuestas similares se realizaron en 1955 en Trinidad y Surinam, y en 1956 en la Guayana Francesa, Guayana Británica, Guadalupe, Martinica, Santa Lucía y Granada.

En 1954, a raíz de una solicitud del Gobierno del Paraguay, y de una nueva visita del consultor, se elaboró un plan de operaciones para el control de la lepra en dicho país, donde el problema reviste especial gravedad. UNICEF ha aceptado colaborar, proveyendo los equipos, medicamentos y otros elementos necesarios. Se han otorgado becas a médicos paraguayos para su adiestramiento en leprología, y se proveerán los servicios de un consultor, por el término de un año, a partir de septiembre de 1956.

Se proyecta intensificar la acción de la Oficina en el importante campo del control de lepra. Para ello se han preparado, para su consideración en el Programa y Presupuesto de 1958, programas de colaboración con cuatro países (Bolivia, Perú, Ecuador, y Colombia) y la ampliación y extensión del programa regional inter-países ya existente.

En la preparación de dichos programas han servido de guía una serie de principios de control, preparados de acuerdo con las recomendaciones del Comité de Expertos en Lepra, reunido en noviembre de 1952 (39).



## REFERENCIAS

- (1) Oficina Sanitaria Panamericana: *Resumen de los Informes sobre las Condiciones Sanitarias en las Américas (1950-1953)*. Publicaciones Científicas No. 24, pág. 65, junio 1956.
- (2) *Ibid.*, pág. 33.
- (3) *Ibid.*, pág. 9.
- (4) World Health Organization: Leprosy: A Survey of Recent Legislation, *Int. Dig. Health Leg.*, 5:3-36, 1954.
- (5) Garzón, R.: La Lepra en la República Argentina: Plan de coordinación de la lucha antileprosa en Córdoba, *Memoria de la III Conferencia Panamericana de Leprología*, Vol. 2, págs. 106-122, 1954.
- (6) Rinaldi, D. R., y Khouri, E.: Estado actual de la campaña antileprosa en la República Argentina, *Ibid.*, págs. 101-105.
- (7) Suárez, J.: Estado actual de la campaña antileprosa en Bolivia, *Ibid.*, págs. 165-169.
- (8) Agrícola, E.: Situação actual da campanha contra a lepra no Brasil, *Ibid.*, págs. 11-25.
- (9) Souza, Araujo: O problema da lepra no Brasil, *Arg. Mineiros Leprol.* 14 (2):79-89, Série 1954.
- (10) News Items, *Int. Jour. Lep.*, 21 (2):260, 1953.
- (11) Brown, C. P.: Leprosy in Canada, *Canad. Jour. Pub. Health*, 43 (6):252-258, 1952.
- (12) Souza Lima, L.: *Informe sobre lepra en Paraguay, Bolivia, Perú, Ecuador y Colombia*. PASB Technical Information Bulletin No. 51-8, mzo. 1951.
- (13) Romero L., A. I.: Contribución al estudio de la clasificación de los sub-tipos de lepra, *Rev. Méd. Costa Rica*, 9 (199):234-243, 1950.
- (14) Romero L., A. I.: Organización de la campaña contra la lepra en Costa Rica, *Ibid.*, págs. 232-233.
- (15) Ibarra Pérez, R., et al.: La lepra en Cuba, *Rev. Sifilog. Leprol. y Derm.*, 8 (2):28-29, 1952.
- (16) González Prendes, M. A., e Ibarra Pérez, R.: Distribución geográfica y epidemiológica de la lepra en Cuba, *Ibid.*, 6(1):7-42, 1949.
- (17) Ibarra, R., y González Prendes, M. A.: Incidencia de la lepra en Cuba en relación con su extensión territorial, *Ibid.*, 2(4):261-264, 1945.
- (18) Pardo Castelló, V.: Dermatología y sifilografía. *Lepra*. F. R. Frank y J. J. Mestre, pág. 466, 3a. ed., Imp. Cultural, Cuba, 1945.
- (19) Camus Gundián, D.: La lepra en la Isla de Pascua, *Rev. Méd. Chile*, 68(2):135-140, 1950.
- (20) The Leonard Wood Memorial: *Leprosy Briefs*, 7(11):43, 1956.
- (21) Hernández, G. E.: Trabajo estadístico de la incidencia de la lepra en Ecuador, *Bol. Inf. Cien. Nac.*, 3(70):28-57, 1955.
- (22) "Informe del Gobierno del Ecuador a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana," pág. 8, 1954.
- (23) Reyes, E., et al.: Contribución al estudio de la lepra en El Salvador, C. A., *Arch. Col. Méd. El Salvador*, 6(4):403-412, 1953.
- (24) Badger, L. F.: Leprosy in the United States, *Pub. Health Rep.*, 70(6):525-535, 1955.
- (25) Kluth, F.: The Public Health Aspects of Hansen's Disease, *Texas Health Bull.*, 5(4):6-11, 1956.
- (26) Floch, H.: "Leprosy Control in French Guiana." Special Report to the PASB (Archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana, AMRO-58, D).
- (27) The Leonard Wood Memorial: *Leprosy Briefs*, 7(12):44-46, 1956.
- (28) Núñez, Andrade, R.: "La Lepra en los Estados Unidos Mexicanos en 1953." *Memoria del VI Congreso Internacional de Leprología*, págs. 1094-1097, octubre 1953, Madrid, España.
- (29) "Informe del Gobierno del Paraguay sobre el problema de la Lepra". Dirigido a UNICEF en 1954 (Archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana, Paraguay-9, D).
- (30) Pesce, H.: "Estado actual de la campaña antileprosa en el Perú." *Memoria de la III Conferencia Panamericana de Leprología*, Vol. 3, págs. 182-185, 1954.
- (31) Herrera, G.: Distribución geográfica de la lepra en la República Dominicana, *Rev. Méd. Domin.* 5:268-276, 1950.
- (32) Souza Lima, L.: "Report to the PASB on the Leprosy Problem in Surinam." (Archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana, AMRO-58, D).
- (33) "Request of the Government of Surinam to UNICEF." (Archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana AMRO-58).
- (34) Souza Lima, L.: "Report to the PASB on the Leprosy Problem in Trinidad." (Archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana, AMRO-58, D).
- (35) "Informe del Gobierno del Uruguay a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana," 1954.
- (36) Convit, Jacinto: Comunicación personal, julio, 1956.
- (37) Convit, Jacinto, y González, C. L.: Aspectos epidemiológicos de la lepra en Venezuela, *Rev. San. y Asist. Soc.*, 19(5-6):373-381, 1954.
- (38) Convit, J., González, C. L., y Rassi, E.: Estudios sobre lepra en el Grupo étnico alemán de la Colonia Tovar, Venezuela, *Int. Jour. Lep.*, 20(2):185-193, 1952.
- (39) World Health Organization: *Expert Committee on Leprosy: First Report*. WHO Technical Report Series No. 71, sbre. 1953.