

POLITICAS Y ESTRATEGIAS PARA LOS PROGRAMAS DE CONTROL DE LA LEPROA¹

Arturo Romero²

Se analiza la política actual de los programas contra la lepra en América Latina y se discuten los componentes de un programa de control con el fin de plantear la estrategia más eficaz en la lucha antileprosa. Se actualizan algunos conceptos operativos para el control efectivo de esa enfermedad.

Introducción

El reto actual de extender la cobertura de servicios de salud a toda la población en el año 2000 ha traído consigo en todo el mundo amplias discusiones, inquietudes y estrategias nuevas dirigidas a lograr atención médica integral para la población no protegida, de escasos recursos económicos y que vive en áreas geográficas de difícil acceso. Los programas de control de la lepra constituyen un elemento más de este enfoque, si bien en la práctica tienen sus propias modalidades y características operacionales.

En 1976-1977 se notificaron a la Organización Mundial de la Salud 3 599 949 casos de lepra provenientes de 154 países de las seis Regiones (cuadro 1), lo que daría una tasa promedio de prevalencia registrada en 1,33 por 1 000 habitantes (1). Sin embargo el Quinto Informe del Comité de Expertos de la OMS (2) observa que "Las estimaciones revisadas de un número impor-

tante de países indican que el total de casos de todo el mundo puede exceder a los 12 millones". En las Américas, en ese mismo período, se había reportado un total de 241 248 casos y se estimaba en 400 000 casos la prevalencia, lo que permitiría concluir que sólo un 40% de los casos son conocidos por las autoridades y únicamente un pequeño porcentaje de ellos recibe tratamiento regular.

De acuerdo con las estimaciones de Béchelli y Martínez Domínguez (3) existía en el Istmo Centroamericano en el decenio de 1960-1970 un total de 1 550 casos de lepra pero se estimaba en 3 875 los pacientes reales, lo que daba una cobertura de sólo 40%. En 1974 los casos de lepra en el registro activo eran 1 638 pero apenas el 64% de ellos estaba bajo vigilancia en los servicios (4). El área geográfica más importante del Continente, desde el punto de vista de la frecuencia de la enfermedad, era América del Sur donde se reportaron en 1977 un total de 209 425 casos, de los cuales sólo estaban bajo control el 64,7% (135 656). A pesar del intenso trabajo realizado por algunos programas nacionales de control en esta zona

¹ Tema presentado en el curso de capacitación de leprología sanitaria, celebrado del 2 al 28 de marzo de 1981 en Santa Fe, Argentina.

² Organización Panamericana de la Salud, Area VI. Dirección postal: Marcelo T. Alvear 684, Buenos Aires, Argentina.

CUADRO 1— Número de pacientes de lepra registrados y estimados y tasas de prevalencia en diferentes regiones del mundo, 1976-1977.

Regiones	Países notificantes		Casos		No. países con estimaciones	Tasa de prevalencia por 1 000 hab.	
	No.	Población (en miles)	Registrados	Estimados		Casos registrados	Casos estimados
Africa ^a	38	305 157	1 398 220	162 466	12	4,60	10,10
Américas ^b	44	551 655	241 248	400 000	39	0,44	1,30
Mediterráneo Oriental	22	231 349	63 236	81 435	5	0,27	0,75
Europa ^c	20	450 527	20 452	—	—	0,05	—
Asia Sudoriental ^d	8	894 185	1 748 468	4 510 328	9	1,96	5,00
Pacífico Occidental ^a	22	265 632	128 325	195 400	6	0,50	3,38
Totales	154	2 699 505	3 599 949	5 349 629	71	1,33	—

Fuente: Organización Mundial de la Salud (1).

^a No incluye Mauritania ni Rodesia.

^b No incluye Canadá ni Estados Unidos de América.

^c No incluye la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas

^d No incluye China ni Laos.

del mundo, la cobertura de atención de los servicios sólo cubre a un reducido porcentaje de personas enfermas. Esta situación, en vez de mejorar, parece haber empeorado, en algunos países o áreas, por las razones siguientes:

1) Programas que funcionaban de manera totalmente vertical se integraron a las actividades de los servicios generales. Esta medida, muy loable en algunas circunstancias, no tuvo una estrategia adecuada, especialmente en aquellos países o áreas geográficas con una débil infraestructura de salud, lo que trajo consigo que esta integración prematura hiciera casi desaparecer las acciones antileprosas.

2) Desde el punto de vista práctico, los trabajadores de salud de las áreas "integradas" regularmente realizan acciones múltiples de salud relacionadas con diarreas, tuberculosis, vacunaciones, etc., a las que se concede más importancia que a las acciones antileprosas. El adiestramiento de este personal en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes leproso no es adecuado, y muchas de las técnicas y procedimientos propios de los programas antileproso son complejos y de difícil manejo, por lo que es ne-

cesario, cuando menos, mayor supervisión.

3) Algunas de las áreas endémicas están localizadas en zonas donde existe un escaso desarrollo de los servicios de salud. Por otra parte, el crear servicios especializados en esos lugares como algunos pretenden, puede ocasionar obstáculos mayores, que elevan los costos de los programas antileproso y dificultan la coordinación e incorporación metódica, racional, gradual y progresiva de los mismos a los servicios generales de salud. Se sabe que epidemiológicamente la lepra se caracteriza por diferencias marcadas en la incidencia entre áreas geográficas y entre grupos étnicos y familiares de la misma área (5). Esto exige cierto grado de creatividad en el diseño de los programas con el fin de combinar y coordinar estrategias con base en los servicios especializados, los servicios generales de salud, y la participación activa y consciente de las comunidades afectadas.

4) Las tasas de prevalencia registradas se basan en los registros de casos elaborados por los servicios especializados y generales. El evidente subregistro se debe, entre otros factores, a la baja cobertura de los servicios, al escaso interés del médico en

notificar, y a los malos diagnósticos por las variadas manifestaciones clínicas de la enfermedad. Browne (6) señala que la falta de un descenso significativo y sostenido en las tasas de prevalencia de la lepra en el mundo se debe a que sólo uno de cada tres pacientes reales recibe tratamiento; la atención médica no es adecuada, no existe, o es escasa la ayuda de laboratorio, y la aceptabilidad del programa por parte de la población es muy baja. Además, el tratamiento de los pacientes con formas precoces y contagiosas ocupa un lugar secundario en las prioridades establecidas; el considerable número de casos con lepra multibacilar hace que algunos esfuerzos bien llevados no repercutan en una disminución rápida de las tasas de prevalencia, si bien las medidas de control pueden reducir la incidencia a un nivel cada vez más bajo, aunque generalmente fracasan en erradicar la enfermedad; la lepra, que pareció ser en el pasado una epidemia rural, se está convirtiendo en urbana con las dificultades que esto trae para su control; las recaídas y las exacerbaciones agudas pueden permanecer sin descubrir por largos períodos; el grado de aceptación del programa por los pacientes es bajo y como consecuencia los ensayos para vigilar la administración regular de la depsona han dado resultados poco satisfactorios.

Política actual de los programas de control de la lepra

Actualmente se ha superado el concepto del aislamiento de los pacientes en los sanatorios o en los hogares gracias a los nuevos conocimientos epidemiológicos y terapéuticos. Asimismo son ideas del pasado aislar a los recién nacidos y a los niños ya expuestos en salas cunas y preventorios. Este tipo de atención médica es muy cara y en realidad ha sido culpable de la escasa cobertura y del fracaso de algunos programas con escasos recursos disponibles. Esquemáticamente podemos señalar los avances siguien-

tes, que constituyen la base de los programas modernos de control de la lepra:

- Un número importante de pacientes, en general las formas tuberculoideas e indeterminadas, no necesitan aislamiento en hospitales y sanatorios.
- Con la introducción de las sulfonas y otros medicamentos es posible tratar ambulatoriamente a los pacientes en las clínicas dermatológicas y en los servicios generales de salud.
- Es necesario hacer el diagnóstico precoz de la enfermedad, usando los métodos activos de búsqueda de casos.
- El control de contactos familiares debe dirigirse especialmente a los niños, más susceptibles, que conviven con pacientes con formas lepromatosas.
- La prioridad de tratamiento debe dirigirse a los pacientes con formas infecciosas o bacilíferas, sin por eso olvidar las demás formas.
- La enfermedad puede controlarse ambulatoriamente con la participación activa de los servicios generales de salud.

Componentes de un programa de control

El quinto Informe del Comité de Expertos de la OMS (2) establece ciertos principios generales para decidir la elección de las medidas más apropiadas de control. Definitivamente, el conocimiento de la importancia del problema y el balance de los recursos disponibles mediante encuestas epidemiológicas permitiría plantear la estrategia más apropiada. La identificación de los casos y su seguimiento exige un conocimiento de las características clínicas, bacteriológicas y epidemiológicas de la enfermedad. Debe tenerse en cuenta la necesidad de incorporar los métodos actuales de asistencia primaria de salud que quizás son los que pueden favorecer la obtención de coberturas más amplias del programa. Los programas bien llevados de control de la

lepra se basan, por consiguiente, en los componentes que se mencionan a continuación.

Búsqueda de casos

Se acepta que es operacionalmente imposible examinar a toda la población, lo que en las circunstancias de América Latina elevaría enormemente los costos del programa. Sin embargo, las tasas de prevalencia en la región son bajas (menos del $1 \times 1\,000$) y las acciones deben dirigirse a buscar los grupos de mayor riesgo, donde con recursos limitados pueda obtenerse mayor rendimiento. A ese respecto los Comités de Expertos han recomendado:

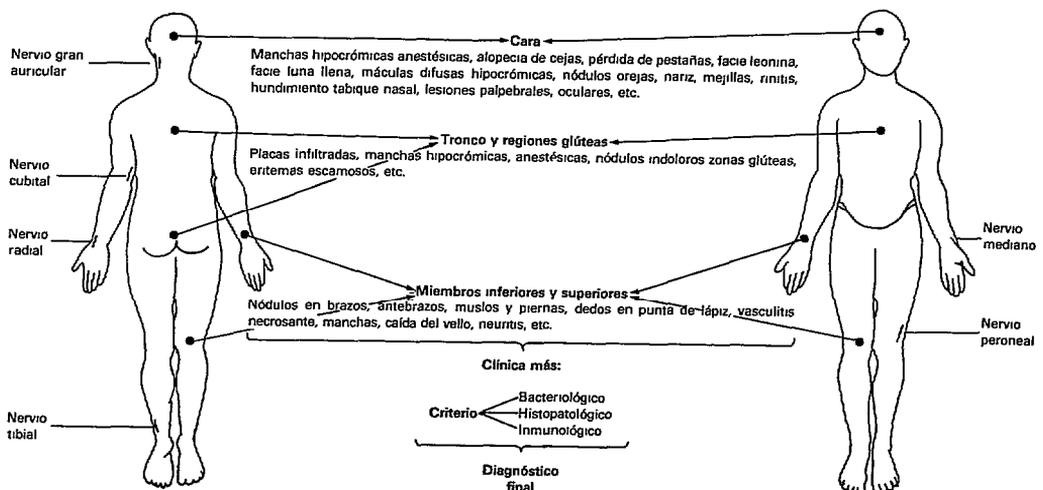
- Identificar a los individuos sintomáticos señalados como casos presuntos y notificados por las instituciones generales de salud, a los líderes naturales de la comunidad y a los propios enfermos.
- Reexaminar a los contactos de los casos abiertos una vez al año durante cinco años, excepción hecha de los que han esta-

do expuestos durante cinco o más años (7).

- Examinar a las personas contactos, especialmente a los niños que viven con casos contagiosos.
- Las encuestas en masa dirigidas a grupos organizados (escolares, trabajadores, militares, etc.) acarrear enormes gastos y sólo están indicadas en áreas de alta endemicidad. Quizás en localidades con focos endémicos valga la pena examinar a los escolares entre los 10 y los 19 años, grupo de edad en el cual parece iniciarse la enfermedad en países de baja prevalencia.

Si se acepta que el objetivo fundamental de un programa de control es reducir el reservorio de la infección mediante la prevención de la difusión de la enfermedad, debe prestarse atención especial a los pacientes que acuden a la consulta externa de los hospitales generales y los centros de salud, etc., con síntomas de enfermedad dermatológica compatible con la lepra. Además, los contactos familiares de todo caso, especialmente de formas lepromatosas, deben examinarse regularmente y su vigilancia ha de man-

FIGURA 1—La lepra es una enfermedad transmisible crónica que afecta especialmente la piel y el sistema nervioso periférico. Las lesiones de la piel pueden encubrir una variedad de enfermedades dermatológicas lo que hace importante un examen de piel meticuloso y sistemático, con buena luz y prestando especial atención al tronco, nalgas, cara y miembros.



tenerse entre cinco y diez años (dependiendo de la forma), de acuerdo con los criterios diagnósticos siguientes por orden de prioridades:

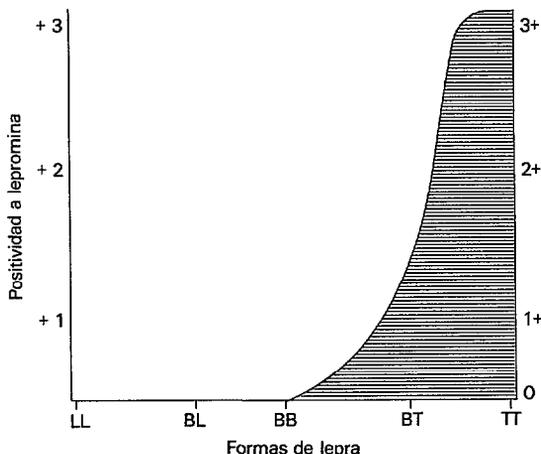
a) Examen dermatológico y clínico, con ayuda de buena luz y prestando especial atención a la observación del tronco, nalgas, cara y miembros (figura 1). Lamentablemente, el diagnóstico, sobre todo en las primeras etapas de la enfermedad, no es fácil y necesita en algún momento del consenso de un médico adecuadamente entrenado y con experiencia. Quizás el método de atención primaria más útil a través del personal auxiliar o de la comunidad, es el de la identificación temprana de los pacientes con sintomatología precoz de piel en áreas endémicas, su captación y envío a lugares de diagnóstico, por lo general localizados en centros o puestos de salud rurales o urbanos.

b) Examen bacteriológico obligatorio para todos los casos sospechosos o confirmados. El Quinto Informe del Comité de Expertos de la OMS (2) recomienda tomar por lo menos un frotis a todos los casos nuevos. Sin embargo, cuando se trate de lepra tubercu-

loide cuyo diagnóstico esté garantizado se puede obviar este requisito. Para el procesamiento de los frotis tomados de lugares del cuerpo adecuados (bordes de las lesiones, lóbulo de la oreja, secreción nasal), puede utilizarse la red de laboratorios de los servicios generales de salud, previo adiestramiento del personal en el uso del método Ziehl-Neelsen y en la comprensión de los índices bacteriano y morfológico para evaluar la población bacilar y lograr la evaluación indirecta de la acción de la quimioterapia. Es necesario normar mediante manuales de campo los procedimientos o todas las posibles modificaciones de los métodos bacteriológicos. Estos manuales deben incluir:

- *Recolección de las muestras.* Las instituciones móviles o fijas específicas que la realizarán y los laboratorios a los cuales se enviarán las muestras, así como un registro de los exámenes realizados por el laboratorio y la técnica de recolección de la muestra.
- *Almacenamiento y transporte de las muestras.* En los lugares en donde los servi-

FIGURA 2—La respuesta a la prueba de la lepromina varía con la forma clínica de la lepra. La parte sombreada indica el grado de positividad de acuerdo con las diferentes clasificaciones de la lepra.^a



^a Adaptado de Bryceon, R. P. *Leprosy*, Churchill Livingstone, 1979.

cios locales de salud no cuenten con laboratorio las muestras deben recolectarse, guardarse y transferirse al laboratorio más cercano en una sola vez. Las muestras pueden recolectarse, extenderse y fijarse en el centro de salud y enviar después al laboratorio los frotis ya preparados.

- *Métodos bacteriológicos.* Recepción y registro de las muestras, preparación de los frotis, técnica de tinción, examen de microscopio, resultados del examen y despacho de los resultados de los exámenes.

En caso de duda, cuando la etiología de la lesión de la piel es desconocida y se sospecha la presencia de lepra tuberculoide precoz, o en casos de lepra clínicamente indeterminada, es útil el examen histopatológico. La contribución de los laboratorios de patología es importante, si bien estos laboratorios son escasos y por lo general se encuentran en las ciudades grandes. La práctica de la prueba histamínica se recomienda en el caso de dificultades para diagnosticar los casos indeterminados. La lepromina (extracto crudo semiestandarizado de bacilos provenientes de nódulos lepromatosos) no es una prueba diagnóstica, ya que muchas personas que nunca han estado expuestas a la infección con *M. leprae* pueden tener la reacción de Mitsuda positiva. El que la prueba sea positiva en los casos de lepra tuberculoide (TT) y lepra tuberculoide limítrofe o "borderline" (BT) y negativa en las formas de lepra lepromatosa (LL), y lepra lepromatosa limítrofe o borderline, puede ser útil para la clasificación y el pronóstico de los casos indeterminados, y debería practicarse sistemáticamente (figura 2). Como es conocido, la progresiva afluencia de población rural a las zonas marginales de las grandes ciudades ha modificado sustancialmente la distribución urbano-rural de la enfermedad. La estrategia de localización de casos es más o menos similar a la señalada con anterioridad. Sin embargo, la ausencia o la dispersión de pequeños servicios de salud que atienden a esta po-

blación en las ciudades, así como la progresiva depauperación y el creciente hacinamiento en las barriadas, plantean estrategias variadas con características especiales en cada caso. Es preciso comprender que el proceso de salud-enfermedad forma parte de una realidad determinada donde están en juego factores sociales, culturales y políticos, que en última instancia favorecen o impiden la presencia de lepra. Si se carece de una visión global del problema y no se le asocia con variables sociales, es difícil alcanzar el objetivo recomendado por la OMS (2) de reducir en una proporción significativa la incidencia de la enfermedad manteniendo la negatividad bacteriológica en el 75 %, como mínimo, de los presuntos casos lepromatosos y limítrofes.

Es probable que en muchas de las ciudades de las Américas existan clínicas o instituciones especializadas dedicadas fundamentalmente al control de la lepra. Estas instituciones deben planificar mecanismos de coordinación y referencia con los servicios de dermatología de los hospitales generales y con los servicios locales de salud adonde van precisamente los enfermos sintomáticos y en donde se encuentran los casos precoces. Se calcula que en algunos lugares hasta el 80 % de los casos que se diagnostican provienen o son enviados por dichos servicios.

Tratamiento y vigilancia de los enfermos

Hay suficientes pruebas científicas sobre la acción terapéutica de la dapsona y otros medicamentos como clofacimina, rifampicina, etionamida y tiacetazona; ahora bien, uno de los principios señalados por Browne (8) es que no debe tratarse a nadie de lepra mientras no se haya hecho el diagnóstico positivo del caso. Esta parece ser la conducta más aconsejable. Sin embargo, el tratamiento ambulatorio ha revolucionado los programas de control en el sentido operativo. El tratamiento puede ser autoadministrado, lo que da pocas seguridades de que

el paciente tome el medicamento, o bien puede proporcionarlo el auxiliar de enfermería, el personal de atención primaria o un dirigente comunitario, que se encargará de la administración oral o parenteral del medicamento y vigilarán sus efectos. Este tipo de tratamiento supervisado puede simplificarse mediante la administración oral de sulfonas dos veces por semana o de inyecciones mensuales de dapsonas de absorción lenta. Este sistema exige una supervisión ininterrumpida y permanente del personal responsable, así como el adiestramiento continuo del mismo. El personal auxiliar y paramédico debe saber interpretar la aparición repentina de reacciones lepróticas para enviar de inmediato al paciente al centro respectivo o a los hospitales centrales y especializados.

En general, el tratamiento hospitalario del paciente leproso (9) está indicado cuando se presenten ulceraciones neuropáticas de las extremidades, reacciones a los medicamentos, reacción aguda en la forma lepromatosa, eritema nudoso leproso, neuritis aguda, iridociclitis aguda, lagofthalmía y cuando sean necesarias amputaciones de pie, cirugía reconstructiva, fisioterapia o educación, etc. Sin embargo, es un reto permanente encontrar una solución a los problemas económicos familiares en los casos de pacientes que necesitan hospitalización y que en sus hogares están prácticamente abandonados. En programas con coberturas amplias no es posible hospitalizar a muchos pacientes, pues los elevados costos de hospitalización redundarían en una disminución de las acciones de búsqueda, control y vigilancia ambulatoria de los casos. En algunos lugares de África y Asia se han establecido como normas de 5 a 10 camas por 1 000 pacientes. Esta puede no ser la realidad en América Latina, ya que todos los países disponen de suficiente número de camas para enfermos leproso. El término "aislamiento permanente" debe proibirse aunque algunos aún creen que los casos de formas abiertas, bacilíferas o contagio-

sas, que constituyen la principal prioridad del programa, deben ser hospitalizados por corto tiempo. Es necesario recordar aquí la recomendación del X Congreso Internacional de Lepra (10) que planteaba que estos casos infecciosos no deberían ser hospitalizados ni siquiera en forma temporal.

Rehabilitación

La rehabilitación del paciente representa un problema real en América Latina, debido más que nada a factores socioeconómicos. Se impone encontrar soluciones prácticas al problema y todo intento de rehabilitación debe programarse cuidadosamente para decidir si es necesario sacar al paciente de su propio ambiente o se le debe enviar a lugares especiales de rehabilitación. Hay que encontrar el tipo de rehabilitación más adecuado para el país, el medio, las aptitudes del paciente y sus habilidades (11). De todas maneras es necesario disponer de recursos económicos para esta actividad.

Servicios de apoyo

Para el diagnóstico, formulación de programas, ejecución y evaluación es necesario disponer de personal de salud adecuadamente adiestrado a todos los niveles. Es urgente organizar sistemas de educación para el enfermo dirigidos a prevenir y tratar incapacidades, así como para la población general, a fin de obtener de ella una actitud razonable con respecto a la enfermedad y sus medidas de control.

Adiestramiento y capacitación de personal

Personal propio del programa. La formulación adecuada del programa de control permitirá conocer las necesidades reales de adiestramiento a nivel profesional (médico general y dermatólogos especialistas) y a nivel de personal auxiliar. Deben incluirse con diferentes grados de complejidad los elementos técnicos y operativos propios del pro-

grama. Teniendo en cuenta que el proceso del aprendizaje debe ser continuo, convenirá establecer programas de adiestramiento incorporados a las estructuras generales de salud existentes (Ministerios de Salud, Seguros Sociales, etc.).

Formación de personal profesional. Es inútil insistir en la necesidad de reimplantar estudios específicos de leprología de las Facultades de Medicina, Enfermería, etc. Las grandes corrientes de transformación y cambio han generado profundas crisis en las universidades. Los planes de estudios se formulan en la actualidad de manera que respondan a situaciones concretas y en congruencia con el tipo de producto que exige la sociedad. Toda inclusión de áreas específicas debe responder a claras necesidades sociales, las cuales deberán satisfacerse a través de una acción integrada y coherente con las demás áreas del conocimiento. Toda institución dirigida a la formación de recursos humanos constituye un centro generador de conocimientos que propiciará la transformación y el cambio social. Los conocimientos sobre la lepra pueden impartirse integrando las disciplinas de las ciencias biológicas (microbiología, clínica, inmunología) y las ciencias sociales (sociología, epidemiología, etc.).

Formación de posgrado en leprología. La OPS/OMS ha organizado cursos regionales de posgrado para médicos y enfermeras, que han sido de gran valor en el adiestramiento de personal nacional de salud pública, así como para intercambiar experiencias y opiniones sobre las estrategias y políticas de la lucha antileprosa. El escaso interés de los profesionales por este campo ha sido uno de los principales obstáculos para impartir los cursos.

Tecnología educativa. En el XI Congreso Internacional de Lepra (12) se revisó el material audiovisual disponible de acuerdo con los distintos niveles de complejidad para la enseñanza en el campo de la lepra teniendo en cuenta los nuevos adelantos de la tecnología educativa. Está en proyecto crear un

servicio de información internacional para proporcionar a los interesados información sobre literatura y medios audiovisuales en el campo de la lepra.

El papel de la educación

La educación en salud en materia de lepra debe llevarse a cabo respetando las características socioculturales de cada lugar sin olvidar que todo proceso educativo debe realizarse con la participación activa y consciente de la población, basarse en datos científicos comprobados y presentarse en una perspectiva adecuada.

No se trata de copiar al pie de la letra programas educativos de otras partes, basados en otras experiencias y producto de otro contexto social. La labor debe tener como objetivo suscitar primero en el enfermo y en sus familiares, y luego en la población en general, un cambio de actitudes en cuanto a la enfermedad y obtener su cooperación. No debe olvidarse que la población de enfermos en América Latina proviene de las capas inferiores de la sociedad, y que muchos de ellos son analfabetos y tienen prejuicios populares muy arraigados. Los principales aspectos que han de contemplarse en la educación del enfermo son:

- Conocimiento sobre las características de la enfermedad y su larga evolución.
- Tratamiento prolongado y la posible presencia de resistencia por terapia inadecuada.
- Presencia de incapacidades graves; su prevención y las posibles consecuencias sociales y económicas para el enfermo, así como actividades de rehabilitación.

Cada miembro del equipo debe iniciar el proceso educativo cada vez que se encuentre con el enfermo o sus familiares recordando tanto las necesidades totales del paciente (económicas, sociales, físicas y emocionales), como que goza de los mismos derechos que el resto de la población. La pér-

didada de confianza del paciente en el servicio y su personal debe ser motivo de preocupación y casi siempre se debe a negligencia, deshumanización y mal trato en la atención del enfermo.

Organización y formulación del programa

Existen numerosas guías de programación en lo que se refiere al control de la lepra. En general la programación es una exigencia destinada a racionalizar los recursos disponibles y responder a interrogantes epidemiológicos, operativos y administrativos. La planificación a corto, mediano y largo plazo debe basarse en un conocimiento del problema, así como en la determinación de las restricciones y factores limitantes, y la definición de los objetivos del proyecto y de las posibles alternativas y métodos operativos. Una vez seleccionados, hay necesidad de establecer los objetivos, las metas parciales y los criterios de evaluación, y preparar una relación de las actividades que habrán de realizarse y un plan de acción con sus componentes técnicos, financieros y administrativos. La Organización Mundial de la Salud (1) ha esquematizado este proceso de la manera siguiente:

a) Un análisis para determinar:

- El problema presente de la lepra y su posible extensión futura.
- Niveles de reducción del problema dentro de la factibilidad técnica y administrativa.
- Situación de los servicios de salud y su capacidad para aliviar el problema.
- Identificación de las restricciones del sistema de salud (población, servicios y ambiente) para controlar el problema.

b) Un diseño para especificar:

- Los cambios que se necesitan en el sistema de salud para lograr las metas propuestas.

- Las actividades necesarias para efectuar cambios en el sistema de salud.
- Los recursos disponibles para llevar a cabo las actividades.

Los reajustes y evaluaciones periódicas de los programas locales permitirían poco a poco llegar a un plan eficaz y adecuado a las realidades de cada "área programática". Es indispensable relacionar siempre los programas contra la lepra con los programas generales de salud, aun en situaciones en que estén francamente verticalizados.

Evaluación

Finalmente discutiremos brevemente la evaluación del programa. Todo sistema de información debe diseñarse en forma simple para cubrir las necesidades. No hay que olvidar que existen dos tipos de evaluación: la operacional y la epidemiológica.

Evaluación operacional. Incluye indicadores que permiten evaluar cuantitativamente los objetivos y metas propuestos. Bechelli y Martínez Domínguez (13) han propuesto una serie de indicadores de los cuales hemos extraído los más importantes y que a nuestro juicio, son posibles de utilizar con un sistema sencillo y ágil de vigilancia e información.

Búsqueda de casos. Proporción de contactos examinados anualmente y proporción de enfermos de acuerdo con la clasificación de Madrid; proporción de casos entre los sintomáticos referidos y su proporción de acuerdo con la clasificación de Madrid, y tiempo gastado en cada paciente para la confirmación diagnóstica.

Tratamiento. Proporción de pacientes bajo tratamiento anual en relación con los pacientes registrados, y proporción de pacientes bajo tratamiento anual por formas clínicas en relación con los pacientes registrados por dichas formas.

Inactivados y reactivados. Porcentaje de casos inactivos de lepra en relación al nú-

mero total de casos, y proporción de reactivaciones en relación con el tratamiento (regular o irregular) y luego por formas clínicas.

Recaídas. Proporción de recaídas en relación con el número de pacientes dados de alta.

Seguimiento en los controles (al menos una vez al año). Proporción de pacientes examinados una o dos veces por año en relación con el número de pacientes que requieran tratamiento.

Evaluación epidemiológica. El mejor indicador es la tasa anual de incidencia, es decir los nuevos casos registrados distribuidos por grupos de edad y sexo. Debe indicarse cuántos casos tuvieron confirmación bacteriológica (incidencia de casos confirmados bacteriológicamente), ya que este indicador proporciona una idea de la magnitud real de las formas infecciosas.

Otros casos indicadores son los siguientes: tasa y proporción anual de nuevos casos de lepra según formas clínicas; número y tasas de prevalencia de casos registrados en el programa; tasas de ataque anual de contactos examinados; tasas de ataque entre contactos de pacientes con formas lepromatosas y limítrofes examinados anualmente, así como de contactos de pacientes con formas indeterminada y tuberculoide; tasas de prevalencia en grupos seleccionados de la población (contactos, escolares, soldados); proporción de casos bacteriológicamente negativos entre las formas lepromatosa y limítrofe bajo tratamiento (en cohortes); proporción de casos reactivados en relación con las formas clínicas, y proporción de casos de formas lepromatosa, limítrofe, indeterminada y tuberculoide dados de alta por inactivos.

Todos estos componentes comprenden los indicadores más importantes para evaluar un programa de control de la lepra. Sin evaluaciones periódicas es imposible saber si el programa en realidad funciona adecuadamente, cumple con los objetivos propuestos y, finalmente, si se requieren cambios y reajustes.

Investigación

Dentro del Programa Especial de la OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) se incluyó la lepra como una de las enfermedades prioritarias. El propósito general de este programa es estimular y promover la investigación en América Latina y, en la actualidad, las áreas principales de investigación en relación con la lepra pueden sintetizarse así:

Inmunología. Desarrollo de una vacuna antileprosa; desarrollo de métodos inmunológicos específicos para respuesta inmune frente a *M. leprae*, y mayor conocimiento de los mecanismos inmunopatológicos que intervienen en la lepra.

Quimioterapia. Utilizar los medicamentos existentes de mejor manera; promover el desarrollo de nuevos medicamentos, y evaluar las necesidades destinadas a mejorar los resultados quimioterapéuticos.

Otras áreas. Epidemiología de la resistencia a la dapsona, epidemiología de la lepra multibacilar y de las reacciones leprógenas, vigilancia de los contactos, epidemiología de la inmunodeficiencia frente a *M. leprae*, transmisión de la enfermedad, identificación de los grupos de alto riesgo, y factores socioculturales que favorecen la difusión de la lepra.

Pese al escaso interés que generalmente se da a la investigación epidemiológica, es necesario insistir en promover por todos los medios posibles este tipo de estudios. Sin un enfoque epidemiológico adecuado no será posible diseñar estrategias ni encontrar soluciones a los múltiples problemas que se presentan. No son necesarios estudios socioepidemiológicos complejos que sean inaccesibles para el personal de salud a cargo del programa; se trata principalmente de promover la investigación a nivel operativo de manera que pueda saberse algo más acerca de la historia natural de la lepra. Si se desconoce cuáles son los mecanismos reales de transmisión no podrán determinarse

con certeza los grupos de alto riesgo. Es frecuente, por ejemplo, que en zonas de baja endemia los médicos se quejen del escaso rendimiento de los exámenes periódicos de contactos realizados a los familiares de los enfermos. El análisis de factores ecológicos, biológicos, genéticos, demográficos y socioeconómicos mediante estudios transversales, longitudinales o en poblaciones definidas permitiría desarrollar y formular hipótesis bien fundamentadas, que después de comprobarse en estudios analíticos podrían determinar y evaluar los factores de riesgo más importantes. Aun con los registros locales de lepra llamados por algunos "registros muertos o sin vida"; es posible comenzar a interpretar multidisciplinariamente los factores socioepidemiológicos causales y proporcionar contribuciones sustanciales para el control de la enfermedad. La tendencia a separar de manera tajante la investigación epidemiológica de las consideraciones socioeconómicas únicamente imposibilita conocer las costumbres y los hábitos reales de la población, las actitudes y la percepción de la enfermedad, lo que anula el objetivo final, es decir, la determinación de los factores reales que ejercen influencia sobre la transmisión y el control de la lepra.

Conclusiones

En un futuro más o menos cercano es posible vislumbrar la obtención de una vacuna (14) que produzca cambios persistentes en la reactividad inmunológica de los individuos. Mientras tanto, un programa efectivo de control de la lepra depende de la esterilización bacilar de todo individuo in-

fectado. Para llevar a cabo este objetivo y superar los problemas que restringen su ejecución, es necesario superar inmensos problemas administrativos y técnicos. Los primeros son, en especial, los que hacen imposible la interpretación y apreciación de los nuevos descubrimientos técnicos. Más que en cualquier otra enfermedad, el miedo y la ignorancia pueden producir daños irreparables y obstaculizar de manera definitiva el éxito de un programa de control de la lepra.

Resumen

El presente artículo analiza la política actual de los programas de control de la lepra en América Latina y señala los avances que se han logrado en ese campo a la luz de los nuevos conocimientos epidemiológicos y terapéuticos. Se discute la importancia que tienen el conocimiento del problema de la lepra en todos sus aspectos y la disponibilidad de recursos para elegir las medidas más apropiadas para un programa de control eficaz. Se propone un programa basado en la identificación de casos y su seguimiento, y en un conocimiento de las características clínicas, bacteriológicas y epidemiológicas de la enfermedad. Asimismo, se señalan también otros factores importantes que deben considerarse en la elaboración de un programa de control de la lepra en América Latina, tales como rehabilitación, servicios de apoyo, adiestramiento de personal, educación en salud en materia de lepra, organización, formulación y evaluación del programa y el papel de la investigación, como una de las actividades prioritarias. ■

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. *Guía para la lucha antileprosa*, Ginebra, 1980.
2. Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos de la OMS en Lepra, Quinto Informe. Ginebra, 1977. (Serie de Informes Técnicos 607.)
3. Bechelli, L.M. y Martínez Domínguez, V. The

- leprosy problem in the world. *Bull WHO* 34: 816-826, 1966.
4. Brubaker, M.L. Estado de la lepra en las Américas. In: *IV Seminario Panamericano sobre el Control de la Lepra*, Washington, D.C., 1977. (Publicación Científica 344.), pp. 84-98.
 5. Shepard, C.C. Leprosy a World Health Problem. Informe CDC, 1976.
 6. Browne, S.G., Kellesberg Memorial Lecture, 1978. Leprosy Control. Present and Future Prospects. XI Congreso Internacional de Lepra, México, 1978.
 7. Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos de la OMS en Lepra. Tercer Informe. Ginebra, 1966. (Serie de Informes Técnicos 319.)
 8. Browne, S.G. Memorandum on leprosy control. Oxford Leprosy Missions, 1976.
 9. Browne, S.G. The diagnosis and management of early leprosy. 50, Portland Place, London WIN 306.
 10. Organización Panamericana de la Salud. *IV Seminario Panamericano sobre el Control de la Lepra*. Washington, D.C., 1977. (Publicación Científica 344.)
 11. XI Congreso Internacional de Lepra. Ciudad de México, 1978. Informe del Comité No. 6.
 12. XI Congreso Internacional de Lepra. Ciudad de México, 1978. Informe del Comité No. 7.
 13. Bechelli, L.M. y Martínez Domínguez, V. Evaluation of leprosy control programmes: Some suggestions for operational and epidemiological assessments. *Bull WHO*, 42: 631-634, 1970.
 14. Vaccination in leprosy. Editoriales. *Int J Leprosy* Vol. 48 No. 1, marzo 1980.

Policy and strategy for leprosy-control programs (Summary)

This article provides an analysis of current policy in leprosy-control programs in Latin America, and describes the achievements that have been accomplished as a result of recent epidemiological and therapeutic advances. The importance of being familiar with the leprosy problem in all its aspects and the availability of resources for selecting the most appropriate measures for an effective control program are discussed. A program based on the identification of patients and their follow-

up, as well as on the knowledge of the disease's clinical, bacteriological, and epidemiological characteristics is put forward. Also, other important factors to be considered in preparing a leprosy-control program in Latin America are pointed out, such as: rehabilitation; support services; personnel training; health education in the field of leprosy; organization, preparation and evaluation of a program; and the role of research as a priority activity.

Políticas e estratégias para os programas de controle da lepra (Resumo)

O presente artigo analisa a política atual dos programas de controle da lepra na América Latina e aponta os avanços conseguidos nesse campo à luz dos novos conhecimentos epidemiológicos e terapêuticos. Discute-se a importância do conhecimento do problema da lepra sob todos seus aspectos e a disponibilidade de recursos para escolher as medidas mais adequadas para um programa de controle eficaz. Propõe-se um programa baseado na identificação de casos e seu seguimento bem como no conhecimento das

características clínicas, bacteriológicas e epidemiológicas da doença. Indicam-se também outros fatores importantes que devem ser levados em conta para a preparação de um programa de controle da lepra na América Latina, como por exemplo: a reabilitação, serviços de apoio, treinamento do pessoal, educação sobre saúde em assuntos relacionados com a lepra, organização, formulação e avaliação do programa, e o papel da pesquisa como sendo uma das atividades de mais alta prioridade.

Politiques et stratégies pour les programmes de contrôle de la lèpre (Résumé)

Dans cet article on analyse la politique actuelle suivie pour les programmes de contrôle de la lèpre en Amérique latine et on signale les progrès qui ont été faits dans ce domaine à la lumière des nouvelles connaissances épidémiologiques et thérapeutiques. On y discute l'importance qu'il y a à connaître le problème de la lèpre sous tous ses aspects et la nécessité de disposer de ressources afin de pouvoir choisir les mesures les plus appropriées pour un programme de contrôle efficace. On y propose un programme basé sur l'identification et la suite des cas, et

sur une connaissance des caractéristiques cliniques, bactériologiques et épidémiologiques de la maladie. On y signale aussi d'autres facteurs importants qui doivent être considérés dans l'organisation d'un programme de contrôle de la lèpre pour l'Amérique latine, tels que la réhabilitation, les services d'appui, la formation de personnel, l'éducation touchant à la santé en matière de lèpre, l'organisation, la formulation et l'évaluation du programme, et l'on insiste sur le rôle de la recherche comme une des activités prioritaires.

33° CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE ALCOHOLISMO Y DROGADICCION

Del 10 al 15 de octubre de 1982 se celebrará en Tánger, Marruecos, el 33° Congreso Internacional sobre Alcoholismo y Drogadicción. Los objetivos del Congreso son los siguientes: 1) Estudio de los problemas del alcohol y la adicción y la puesta en marcha de programas en este campo con referencia especial a sus relaciones con la atención primaria de salud, y factores socioculturales relevantes; 2) Estudio de conceptos y métodos de prevención, tratamiento y rehabilitación incluida la salud pública y la política social y los programas relacionados; 3) Difusión y utilización de conocimientos en interés de la salud pública y del bienestar personal y social. El Congreso proporcionará a los participantes información sobre estrategias internacional, regional, nacional y comunitaria empleadas para prevenir o aliviar los problemas del abuso del alcohol y las drogas.

Los temas de las sesiones plenarias son los siguientes: 1) Naturaleza, uso y efectos del alcohol y las drogas; 2) Estrategias de tratamiento y rehabilitación; 3) Prevención y educación; 4) Convenciones y problemas legales de las medidas de prevención y control y, 5) Políticas de lucha contra el alcoholismo y el abuso de las drogas.

Los idiomas oficiales del Congreso serán francés, inglés y árabe. Las personas interesadas pueden dirigirse a: International Council on Alcohol and Addictions, P.O. Box 140, CH-1001 Lausanne, Suiza. Telex 26666 Wlgam ch.