

# *Control de la lepra. Organización de servicio de control*

Ponetuda por los Dres.:

BARTOLOMÉ SAGARÓ, CARLOS CASTAÑEDO, MARCOS A. HERRERA, NICOLÁS

RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, JORGE GUTIÉRREZ DE LA SOLANA, José Entenza

## —CONSIDERACIONES GENERALES:

Progresos considerables se han alcanzado los últimos años en el campo de la leprología gracias a meritísimas investigaciones realizadas sobre todo en los aspectos de la patología, inmunología y terapéutica, cimentando nuevos conceptos científicos que permiten clasificar a la lepra como una enfermedad trasmisible más y de las menos contagiosas. Pero no es menos cierto que para el hombre común la lepra continúa siendo la más terrible y temible de las enfermedades.

Factores ideológicos y en especial un acentuado prejuicio ancestral determinan un singular estado para estos enfermos que obliga a la sociedad en que viven a crearle el clima psicobiológico propicio a su curación y rehabilitación: estableciendo relaciones humanas normales para estos desdichados que han sufrido y sufren profundas repercusiones sociales, económicas y psicológicas.

El derecho de los enfermos a la asistencia médica y hospitalaria proclamado en la primera Declaración de la Habana y la convicción general del aumento de la incidencia de la lepra en nuestro país, a pesar de las cifras oficiales de endemidad media, han determinado la inclusión de un

programa de control de la enfermedad en las metas señaladas por el Ministerio de Salud Pública para el cuatrienio de 1962 a 1966.

Estamos seguros que adaptando las normativas científicas trazadas internacionalmente y aplicando métodos de trabajo correctos, nuestra Patria en tensión Revolucionaria es capaz de suministrar la energía y elementos necesarios para lo que en lo que a contagiosidad se refiere declarar a Cuba, Territorio libre de lepra.

## 1. —INFECCIOSIDAD Y DISEMINACION DE LAS DIFERENTES FORMAS DE LEPRAS

Los conocimientos al efecto son muy limitados ya que el *M. Leprae*, supuesto agente etiológico, no cumple los postulados de Koch y la falta de un animal de experimentación receptivo han impedido los progresos en este sentido.

En el estudio de la infecciosidad y diseminación de la lepra el Comité de Expertos en Lepra de la O.M.S.<sup>1</sup> en su segundo reporte considera tres factores fundamentales:

- a) El grado de infección del paciente. 1>) La susceptibilidad de la persona expuesta a la infección,
  - c) El tipo de contacto,
  - a) El grado de infección del paciente.
- Hansen, Roger, Muir y otros leprólogos demostraron hace tiempo la mayor contagiosidad del tipo lepromatoso.

Recientemente Lowe, DouLP, Lampe y Boenjamin<sup>4</sup> y otros autores obtuvieron resultados similares al estudiar el riesgo de exposición de familiares de casos lepromatosos. Sin embargo, la alta prevalencia de la enfermedad en ciertos países con un bajo número de tipos lepromatosos indican el cierto grado de contagiosidad de los tipos: dimorfos, tuberculoide reaccional e indeterminado, a pesar de que Davidson<sup>u</sup>, Mac Donald<sup>u</sup> y Braun<sup>T</sup> han hecho fuertes objeciones a clasificar el tipo tuberculoide como no infeccioso, existen evidencias sugestivas de que este tipo polar no es normalmente infeccioso. La experiencia estadística altamente significativa de Fernández<sup>1</sup> con la no observación de infección en niños contactos de este tipo de lepra y el examen de 40,000 contactos en el Brasil sin un solo caso positivo refuerzan notablemente este concepto.

Es de enorme interés, epidemiológico sanitario y a los objetivos de esta campaña, la clasificación en: formas abiertas y cerradas.

Formas abiertas son las que constituyen un reservorio de infección en las cuales el bacilo puede ser encontrado en examen de rutina comprendiendo todo caso bacilífero y todo caso en potencia de serlo como son: tipos lepromatosos, tuberculoide reaccional y dimorfo e indeterminado bacilífero.

Formas cerradas las que no son reservorios de infección y en las cuales el bacilo no puede ser encontrado por tales métodos, como son: los tipos tuberculoides o indeterminados no bacilíferos.

Los casos llamados por los leprólogos hindúes máculo-anestésicos y que en el VII Congreso Internacional de Leprología fueron declarados de difícil clasificación como tuberculoide o indeterminado, no comportan problemas sanitarios por ser reconocidos generalmente como casos cerrados.

a) Susceptibilidad de las personas expuestas a la infección.

Ha sido considerable el adelanto de los conocimientos alérgico-inmunitarios ayudando a interpretar las manifestaciones de sensibilidad y resistencia en la lepra. Es de gran importancia el rol de la susceptibilidad natural a contraer la enfermedad. Su combinación con la resistencia caracterizan la endemia en distintos países y explican las observaciones de personas expuestas a contactos íntimos con casos abiertos, que no son infectados.

Chaussinand<sup>\*</sup> calcula una proporción de 3 a 64% y Fernández<sup>s</sup> en la observación por un período de 16 años de 87 contactos de casos abiertos reportó que solo 32 adquirieron la dolencia. Gay Prieto y Contreras<sup>8</sup> citan un caso inoculado 11 veces con material rico en bacilos que 8 años después de la última inoculación estaba sano. Por el contrario, ejemplos de numerosos enfermos sin contactos íntimos con fuentes de infección valorizan las susceptibilidades o sensibilidad a contraer la enfermedad.

Debe destacarse la mayor susceptibilidad natural de los niños.

Los estudios inmunológicos experimentales (Fenómeno de Uade y Olmos Castro), las investigaciones realizadas con el B.C.G. y la Lepromina y los argumentos en contra de la teoría del Factor N. de Rothberg en la anergia lepromatosa (Etcheverry<sup>9</sup> abren optimistas horizontes en la lucha contra la lepra).

b) El tipo de contacto.

El tipo de contacto conviviente domiciliario o extra domiciliario juega un importante papel en la diseminación de la lepra.

El contacto íntimo y repetido sin duda alguna favorece la transmisión de la infección.

1.—Objetivos de las Campañas de Control.

El propósito fundamental de toda Campaña de Control es tornar o convertir en no infeccioso los casos abiertos evitando de este modo la aparición de nuevos casos y reduciendo progresivamente la endemidad.

Para ellos son necesarios las siguientes medidas.

- a) Descubrimiento en lo posible de todo caso de lepra.
- b) Tratamiento de todo paciente registrado.
- c) Protección de los contacto.
- d) Rehabilitación.

#### I. —CONTROL DE LA LEPROSA

##### a) *Directrices generales.*

Las posibilidades del control de la lepra ha cambiado totalmente gracias a la eficiencia de la terapéutica sulfónica descansando actualmente en:

- a) Diagnóstico precoz.
- b) Descubrimiento de casos.
- c) Examen bacteriológico.

##### a) *Diagnóstico precoz*

El ideal de toda campaña es realizar el diagnóstico de todo enfermo. Es de capital importancia el diagnóstico precoz puesto que los casos incipientes son más pronto y fácilmente curados. Debe ser realizado por personal entrenado y previo examen clínico completo de toda la piel.

El diagnóstico precoz constituye la base para el descubrimiento de nuevos casos, pero nunca será objeto de especificidad sino logro de examen dermatológico integral evitando con ello la estigmatización de los enfermos sometidos a examen.

##### b) *Descubrimiento de casos.*

Puede hacerse:

1.—Mediante el examen en masa de la población, medida aconsejable en países de alta endemidad. 2. —Por la selección de núcleos de población. Recomendamos en Cuba realizarlo conjuntamente con la

investigación de otras enfermedades endémicas y no en forma exclusiva. Entendemos conveniente iniciarlo con el examen de contactos de enfermos registrados extendiéndolo en forma progresiva a becados, escolares, fuerzas armadas, obreros, y a las zonas rurales de mayor endemidad. Como complemento debe establecerse la obligación del examen dermatoneurológico en el Carnet de Salud y la observación de la notificación obligatoria confidencial.

#### *Censo*

Se conoce su gran utilidad.

En nuestro país aparecen censados un total de 4,500 enfermos y aún reconociendo los defectos de que adolece nuestro censo constituye sin duda alguna base importante para el desarrollo ulterior de la campaña que nos proponemos ejecutar.

A continuación, un estudio analítico del mismo, realizado por los Dres. Herrera Rodríguez, Hernández, Gutiérrez de la Solana y Entenza.

#### C E N S O

Como primera parte de este estudio sobre Epidemiología y Censo en el Control de la Lepra en Cuba, nos parece oportuno hacer una breve reseña histórica sobre la incidencia de la lepra en nuestra patria desde la época de la colonización española hasta nuestros días.

Nuestros aborígenes siboneyes y tainos que poblaban la Isla en número variable (100,000 según Ramiro Guerra) en ningún momento padecieron las calamidades de la endemia leprosa que un siglo después del descubrimiento iba a iniciar su lenta pero progresiva marcha. Así lo atestiguan los primeros historiadores como Picaza en su monografía "Estudio Médico del Indio Cubano", como también las opiniones de Fray Bartolomé de las Casas, Velázquez, Colón, etc.

El origen y desarrollo de la endemia leprosa en Cuba comienza a principios del siglo XVII debido al incremento que toma en esta época el comercio de negros esclavos traídos de África, así como la inmigración de europeos principalmente españoles a nuestra patria.

La primera noticia de esta enfermedad se tiene el día 17 de enero de 1613 cuando un grupo de vecinos de la Habana, se dirigen al Cabildo para informarle que hay “4 ó 6 personas tocadas del Mal de San Lázaro que han venido de fuera. Es bueno señalar que en esta época era muy fácil saber en Cuba cuando un individuo estaba enfermo, pues la población de la ciudad de la Habana que era la más poblada, era de 600 vecinos y 400 soldados de la guarnición.

En las actas de los siguientes cabildos habaneros no se hace mención de esta enfermedad hasta el 11 de marzo de 1615 en que encontramos que los vecinos dicen “que andan por las calles públicas muchos enfermos del Mal de San Lázaro” y se acuerda por el Cabildo mandar embarcar a dichos enfermos para Santo Domingo donde hay hospitales para estos casos.

como se ve no fueron escuchadas iat> quejas de los vecinos en el año 1613 y como el número de enfermos parece haber aumentado, así como tampoco fueron atendidas las peticiones esta vez, ni las presentadas en Cabildos posteriores.

Desde el año 1613 en que los vecinos de la Habana denuncian la existencia de “4 ó 6 enfermos que han venido de fuera estos han aumentado lenta pero progresivamente encontrando casos de esta enfermedad en casi todos los Municipios y en el año 1900 las estadísticas de lepra en las Antillas señalan a Cuba con 1,000 enfermos de lepra.

Estos datos históricos han sido tomados de trabajos realizados por los doctores Miguel A. González Prendes y Ramón Ibarra, publicados en la Revista de la Sociedad Cubana de Dermatología.

La lucha y las investigaciones contra esta enfermedad no comienzan hasta el año 1943 con las primeras investigaciones realizadas por el Patronato para la Profilaxis de la Sífilis, Lepra y Enfermedades Cutáneas. (PSLEC.)

A continuación, vamos a dar unos datos de los Censos realizados en los últimos años:

En febrero de 1944 .....	Total: 2.010
En 1946 .....	2,166 enfermos ambulatorios 636 enfermos hospitalizados .....
En 1947 .....	2,198 enfermos ambulatorios 642 enfermos hospitalizados .....

La distribución de los 2,198 enfermos ambulatorios, según la forma clínica de la enfermedad, sexo, estado civil, raza, edades es la siguiente:

Lepromatosos .....	1,092 —	46.6%	Blancos .....	69.43%
Indeterminado .....	423 —	19.2%	Mestizos .....	16.44%
Tuberculoide .....	314 —	14.2%	Negros .....	13.57%
Sin clasificar .. .:	371 —	16.8%	Amarillos .....	0.56%
Hombres .....	56.88%	Viudos.....	4.13%	
Mujeres .....	43.12%	Divorciados .....	0.47%	
Cubanos .....	94.29%	Menores de 14 años.....	9.74%	
Extranjeros .....	7.71%	De 16 a 30.....	35.49%	
Solteros .....	53.32%	De 31 a 50.....	37.22%	
Casados .....	42.08%	De 51 a 70.....	16.15%	
		Más de 70 años.....	1-4 %	

En cuanto a nivel de vida encontramos que por cada 482 obreros agrícolas hay un enfermo de lepra, mientras que por cada 7,300 propietarios hay un caso de lepra. Todos estos datos se refieren al censo de 1947.

En 1948.....	2,358 enfermos ambulatorios		
	643 enfermos hospitalizados	.....	Total: 3,001
En 1955.....	796 enfermos hospitalizados		
	903 enfermos atendidos en dispensarios		
	246 casos nuevos		
	24 fallecidos		
	2,245 enfermos sin asistencia médica		
En 1961.....	3,833 enfermos ambulatorios		
	677 enfermos hospitalizados	.....	Total: 4,510-

La distribución por provincias y del número de enfermos es el siguiente:

Provincia	Núm. de enfermos		
Pinar del Río .....	103	Santiago de Cuba .....	655
La Habana .....	1,049	Guantánamo.....	639
Matanzas.....	185	Camagiiey .....	445
Las Villas .....	523	Marianao .....	287
Camagiiey .....	559	Santa Clara .....	135
Oriente .....	1,416	Santiago de las Vegas...	109
			58
			55
		Ciego de Avila.....	54
		Florida.....	54
		Guanabacoa .....	51
		Cienfuegos .....	49
		Matanzas .....	46
		Sancti Spíritus .....	42

Los términos municipales más afectados en número total de enfermos son los siguientes:

OCCIDENTAL	Extensión (Km.í)	Habitantes	Núm. de Enfermos
Pinar del Río-Habana			
Matanzas .....	30.165	2.382.800	1,335
CENTRAL			
Las Villas - Camagiiey..	47.757	1.648.960	1,082
ORIENTAL			
Oriente .....	36.002	1.797.253	1,416
REGIONES		Indice de prevalencia por cada 1,000 hab.	Incidencia por cada 100 km. <sup>2</sup>
Occidental.....		0.56	4.4
Central .....		0.66	2.2
Oriental .....		0.79	3.8

#### DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDADES Y FORMAS CLINICAS (1961)

Edades	Lepromntosa	Indeterminada	Tubercnloide	S/C	Total	%
0-3	4	16	9	3	32	0.71
6-10	34	42	25	17	118	2.79
11-15	157	70	54	24	305	3.89
16-20	218	90	81	36	425	9.45
21-30	653	192	<b>202</b>	111	1156	25.72
31-40	550	124	175	104	951	21.20
41-50	394	106	141	76	717	15.93
51-60	199	76	79	58	412	9.15
61-70	136	65	77	22	300	6.05
71-80	28 2,373	17	21	14	80	1.80
Total:	o: 52.74	798	864	465	4.496	100%
Por cienti		17.73	19.20 ]	10.33	100	

Resumiendo, estos datos estadísticos tenemos:

Años	Enfermos
1900	1,000
1944	2,010
1946	2,802
1947	2,840
1948	3,001
1955	3,944
1961	4,496

Aunque estos datos de los censos realizados anteriormente no están completos y la cifra de enfermos en la actualidad según los expertos en esta materia es bastante superior a los 4.496 del censo de 1961, podemos apreciar el aumento lento pero progresivo de la endemia leprosa en Cuba y la urgente necesidad de realizar una intensa campaña antileprosa en nuestra patria, que por ser una Isla puede aspirar en un futuro a verse libre de esta enfermedad.

De la observación de las cifras expuestas salta a la vista en primer lugar el aumento progresivo del número de casos a partir del primer censo realizado. Este hecho nos plantea el problema de si ha habido un aumento real de la endemia leprosa en Cuba o si solamente ello se debe al perfeccionamiento de los medios utilizados para hacer los censos, así como a la cooperación ofrecida por los mismos enfermos y familiares. Pensamos que estas dos posibilidades están presentes en estas cifras estadísticas.

En segundo lugar, observamos que los enfermos de lepra no están distribuidos uniformemente en el territorio nacional, sino que predominan en forma de focos leprógenos en determinadas zonas geográficas del país. Esto reafirma la opinión generalmente admitida de ser la lepra una enfermedad familiar y que se extiende en núcleos de población que tienen contacto con personas enfermas. Además, los núcleos o focos leprógenos indudablemente se producen entre aquellas personas de más bajo nivel

económico que los lleva a vivir en estado de incuria sanitaria por lo que debemos clasificar esta enfermedad como enfermedad social.

Es de observarse también la baja incidencia de la enfermedad de los niños de 0 a 12 años a pesar de vivir en un núcleo familiar de enfermos. Este hecho lo interpretamos de acuerdo con los conocimientos generales que sobre la lepra existen en la actualidad como una consecuencia del largo período de incubación de la misma, es decir que probablemente dichos menores contraen la enfermedad fácilmente en los núcleos familiares de enfermos, pero no la traducen clínicamente hasta la edad adulta.

En cuanto a las formas clínicas podemos señalar en primer lugar el mayor número de casos de lepra lepromatosa en los individuos de 21 y 30 años. Si tomamos como índice de declinación de la endemia la disminución del número de casos lepromatosos indudablemente que tenemos que considerar que en Cuba existe un aumento de la misma.

Estas observaciones se hacen tomando como base el censo de 1961, el cual consideramos incompleto, así como en relación con la clasificación de las formas clínicas desconocemos si han sido realizadas sobre la base del estudio anatómo- patológico de las lesiones o sobre la observación clínica. De ahí que se sugiera que antes de iniciar una campaña seria de control de la lepra en Cuba la necesidad de realizar un nuevo censo utilizando todos los recursos disponibles, así como agotando la investigación personal, familiar y de los contactos de cada caso tomando como base:

c) *Examen bacteriológico.*

Elemento de gran interés para el diagnóstico y clasificación, esencial para la evaluación de los resultados del tratamiento y de alto valor epidemiológico y sanitario en la clasificación de casos abiertos y cerrados. En orden de

importancia debe efectuarse siguiendo las orientaciones de la O.M.S. en:

1. —Lesiones cutáneas evidentes.
2. —Lóbulo de la oreja.
3. —Mucosa nasal.

Para la evaluación de la infecciosidad de un caso positivo debe practicarse antes y después del tratamiento exámenes de más de una lesión cutánea y también del lóbulo de la oreja y de la mucosa nasal.

Es importante que exámenes durante y después del tratamiento sean repetidos en las mismas lesiones, ya que el número de bacilos varía de una lesión a otra.

En el symposium sobre Epidemiología de la lepra<sup>10</sup> de Sao Paulo en mayo de 1960, se consideró de escaso valor epidemiológico la baciloscopia de la mucosa nasal indicando que en los casos abiertos la positividad es posterior a la lesión cutánea y además que después del tratamiento se negativita más rápidamente.

Es de señalar para su correcta interpretación y para el método a utilizar en la obtención de muestras, la opinión de Doull<sup>11</sup> en la propagación del bacilo que dice: para la liberación del bacilo en la piel es preciso que exista ulceración, siendo corriente la ulceración en las vías respiratorias superiores aun cuando no es esencial para la descarga de bacilos.

En los tipos lepromatoso y tuberculoide reaccional se encuentran bacilos en las células epidérmicas descamadas. En el lepromatoso la infección de los folículos pilosos es normal y los bacilos pueden salir con los pelos no siendo probable que escape por los conductos sudoríparos o sebáceos.

El sistema de clasificación más aceptado, continúa siendo el recomendado en la II Conferencia Panamericana de Lepra de 1946, que es el siguiente:

1. —Negativo: ningún bacilo en los 100 campos.

2. —Una cruz ( + ) : raros bacilos.

3. —Dos cruces ( + + ) : algunos bacilos en todos los campos.

4. —Tres cruces ( + + + ) : abundantes bacilos en todos los campos.

B. —*Fundamentos*

*técnicos:*

Los fundamentos técnicos de toda campaña de lucha son los siguientes:

- a) Características de la endemia.
- b) Principios en que se orienta.
- c) Organización de servicios de control.
- d) Evaluación de los resultados de la campaña.

a) *Características de la endemia.*

Para el conocimiento de la endemia debe estudiarse:

1. —Extensión.
2. —Densidad.
3. —Difusión.
4. —Tendencia.

1. —*Extensión:* Para la clasificación de la extensión de la endemia tomamos los índices y cifras recomendadas por la O.M.S. y nos basaremos en el censo oficial reconociendo sus deficiencias. Consideremos las cifras siguientes: *Baja endemicidad:* por debajo de 0.2 por 1,000 habitantes.

*Mediana endemicidad:* de 0.2 a 1 por 1,000 habitantes.

*Alta endemicidad:* por encima de 1 por 1,000 habitantes.

Índice de prevalencia nacional = 0.7 Los índices de prevalencia por provincia en orden decreciente son:

	Habitantes
Camagüey .....	0.9 X 1,000
Oriente .....	0.7 X 1,000
Habana .....	0.6 X 1,000
Las Villas .....	0.5 X 1,000
Matanzas .....	0.4 X 1,000
Pinar del Río .....	0.2 X 1,000

Citaremos por provincia los tres términos municipales de mayor incidencia.

<i>Pinar del Río</i>	
Consolación del Sur .....	0.6
Artemisa .....	0.3
Guane .....	0.3

R. C. M.  
Nov. - Dic. 1962

<b>Habana</b>	
Santiago de las Vegas .....	1.7
Regla .....	1.2
Habana .....	0.8
<b>Matanzas</b>	
Guamacaro .....	1
Perico .....	0.8
Cardenas .....	0.6
<b>Las Villas</b>	
Camajuaní .....	0.9
San Juan de los Remedios .....	0.8
Santa Clara .....	0.7
<b>Camagüey</b>	
Camagüey .....	1.2
Nuevitas .....	1.1
Florida .....	0.9
<b>Oriente</b>	
Guantánamo .....	4.
Santiago de Cuba .....	2.

Edades
0 — 5 años
6 — 10 años =195 lepromatosos
11 — 15 años
16 — 20 años
21 — 30 años =871
31 — 40 años
41 — 50 años
51 — 60 años
61 — 70 años
71 — 80 años Tendencia := 0.22 (no grave)

La provincia que tiene mayor índice de prevalencia es Camagüey, con 0.9 x cada 1,000 habitantes.

El término municipal de mayor prevalencia es: Guantánamo con un índice de 4.4. La provincia de mayor densidad endémica por 100 km.<sup>2</sup> es la Habana con 12.78.

El término municipal de mayor densidad es Regla con 35 enfermos.

La prevalencia aumenta muy ligeramente de Occidente a Oriente.

Esta cifra es aproximada, basada en el censo- actual.

Los índices de extensión, densidad, difusión y tendencia deben ser relacionados en conjunto y de sus resultados dependerá los caracteres de la ende-

**Yateras** ..... 0.8

2. *Densidad:* Los índices de densidad fñe Ja endemia por 100 kms- de superficie por provincia son:

Íñ. Hat)ana ..... 12<76

**Oriente** ..... **3 g**

Las Villas ..... 2 44

Camagiiey ..... 2 12

Matanzas ..... 219

Pinar del Río ..... 0 75

3. *Difusión:* el potencia] de difusión nacional es el siguiente:

Casos lepromatosos ..... 52.74

Casos indeterminados ..... 17.73

Casos tuberculoides ..... 19.20

Casos sin clasificar ..... 10.33

Índice de contagiosidad = 0.5.

*tendencia de la endemia:* la distribución porcentual por edades es como sigue:

Núm. de paciente	Por ciento	1946 - 1961
32	0.75% )	
118	2.70% \	= 9.74 — 9.45
305	6.00% J	
425	9.45% )	= 35.49- -35.17
1,158	25.72% J	
953	21.20%	
717	15.93%	
412	9.15%	
300	6.65%	
80	1.00%	

mia y determinará la acción epidemiológica.

b) *Principios en que se orienta.*

En ellos se basa la ejecución de los programas de profilaxis y son los siguientes :

1. —Prescripción del aislamiento compulsorio.
2. —Integración de las actividades antileprosas en los Servicios Generales de Salud Pública.
3. —Descubrimiento de casos y diagnóstico precoz (señalados en las directrices generales).
4. —Investigación epidemiológica de los focos.
5. —Profilaxis de la exposición y de la disposición.
6. —Vigilancia de los contactos.



1. —Tratamiento ambulatorio extensivo gratuito.
2. —Criterio (de alta y observación ulterior.
3. —Evaluación epidemiológica de la endemia.
4. —Atención preferente a la niñez.
5. —Asistencia social y rehabilitación.
6. —Educación sanitaria.
7. —Adiestramiento de personal.
8. —Notificación obligatoria confidencial.

En los referentes a epidemiología y profilaxis, tratamiento y alta, aislamiento y rehabilitación por ser objeto de ponencias bajo la responsabilidad de otros compañeros no entraremos en su estudio y solo señalaremos algunos detalles en íntima relación con este trabajo.

b) *Organización de los Servicios de Control y su integración en los Servicios Generales de Salud Pública.*

Los métodos de organización serán determinados por el carácter de la endemia leprótica en nuestro país y los efectivos de personal que contemos, programando las metas progresivas que nos permitirá el desarrollo ulterior, que alcancemos de acuerdo con nuestra planificación.

Adaptaremos las normas recomendadas por la O.M.S. y el VII Congreso Internacional de la Lepra y aprovecharemos las experiencias del hermano país del Brasil reportadas por Denis<sup>12</sup> y Souza Lima<sup>13</sup> en el Seminario de Bello Horizonte.

El plan de trabajo se debe coordinar con todos los departamentos y direcciones del Ministerio de Salud Pública, y se recabará la ayuda de las Organizaciones de Masa cuando fuere necesario.

Estará basado en:

1. —Concepto moderno de aislamiento.

2. —Función dinámica asistencial y epidemiológica de los servicios especializados.
3. —Extensión a zonas rurales por intermedio del Servicio Médico Rural.
4. —Conexión con Unidades Médicas no especializadas.
5. —Coordinación con el Mutualismo Integrado.
6. —Adiestramiento de personal.

La resultante de estas proyecciones nos permitirá un comienzo rápido con mayor difusión y penetración.

La organización de los Servicios de Control se estructura en la forma siguiente:

1. —Departamento central a nivel nacional.
  2. —Departamentos regionales.
  3. —Unidades ejecutoras en número adecuado relacionadas con la prevalencia de las distintas zonas.
  4. —Unidades médicas polivalentes (Policlínicos, Hospitales, Mutualismo integrado).
- Estas instituciones integradas en la campaña tendrán funciones no especializadas de vigilancia y tratamiento y quedarán bajo la orientación y supervisión de leprologos.
5. —Atención especial para la infancia en coordinación con el Departamento Materno Infantil.

1. —*Departamento Central a nivel nacional.*

Tendrá un responsable con experiencia en administración pública o leprología con las siguientes funciones:

- a) Dirigir y organizar la campaña antileprosa.
- b) Seleccionar, entrenar y distribuir el personal.
- c) Mantener relaciones con entidades internacionales.
- d) Coordinar con los otros departamentos de Salud Pública.

- e) Orientar la distribución de medicamentos.
- f) Organizar la divulgación y propaganda de la campaña.
- g) Mantener Archivo Central de datos estadísticos remitidos por los regionales mensualmente, así como registro de las actividades de los regionales que le permitan evaluar el desenvolvimiento de la Campaña.
- h) Establecer un record anual de las actividades.
- i) Variar los métodos de trabajo previa consulta, cuando sea necesario.

A nivel nacional se cuenta con dos hospitales especializados, uno en Oriente Sur, el San Luis de Jagua y otro en la Habana, el del Rincón, cuyas funciones se deben transformar actualizándolos en el concepto moderno del leprosorio.

## 2. —Departamentos regionales.

Con un responsable preferentemente con experiencia en leprología con las siguientes funciones:

- a) Dirigir un Hospital, Policlínico o Servicio de leprología.
- b) Llevar el Archivo con los datos estadísticos mensuales que le sean remitidos y elevarlos mensualmente al departamento central.
- c) Llevar un mapa con distribución numérica de casos descubiertos.
- d) Recorrer Ja región cada 3 meses para controlar los Centros de Tratamiento y revisar diagnóstico.
- e) Distribuir los medicamentos necesarios.
- f) Hospitalizar enfermos con reacciones agudas.
- g) Orientar la separación de los niños convivientes de lepromatosos durante el tiempo necesario.
- h) Fomentar y mantener servicios de entrenamiento de personal.

- i) Controlar periódicamente el movimiento de los Centros de Tratamiento de su región.
- j) Supervisar el personal, corrigiendo sus defectos y ayudando a la pesquisa de casos y orientando la propaganda y divulgación.
- k) Mantener buenas relaciones con las Organizaciones de Masa.
- 1) Establecer medidas para la protección del niño.

Estos departamentos regionales tendrán a su cargo:

- 1—Atención hospitalaria para tratamiento temporal de pacientes con reacciones agudas.
2. —Un Dispensario con función dinámica, asistencial y epidemiológica para pacientes ambulatorios residentes en sus proximidades.
3. —Laboratorio bacteriológicos e histopatológicos.
4. —Centro de rehabilitación.
5. —Servicio de catastro regional de pacientes y convivientes, registrando los resultados de exámenes periódicos y el tratamiento.
6. —Centros de estudios epidemiológicos.
7. —Centro de distribución de medicamentos.
8. —Unidades móviles. De utilidad en las zonas donde no existen médicos especializados. Deben realizar labor de pesquiasaje y control de foco pero es indispensable que su labor sea integrada con otros servicios de salud para evitar la estigmatización y consecuente ocultación de enfermos.
9. —Centros de atención a la infancia.

Estos departamentos se están estableciendo prácticamente en todas las regionales del Ministerio de Salud Pública.

3. —*Unidades ejecutoras.*  
Tendrán un Jefe o Responsable con la siguiente función:

- a) Diagnosticar correctamente los casos nuevos.
- b) Reconocer las reacciones terapéuticas.
- c) Tomar muestra para biopsia y baciloscopía.
- d) Mantener el registro de enfermos y de asiduidad al tratamiento.
- e) Elaborar mensualmente los datos estadísticos.

Estas unidades están siendo ubicadas en la provincia de Santa Clara, en Cienfuegos, Saneti Spíritus, Sagua la Grande y Remedios y en la provincia de Camagüey, en Florida y en Nuevitás.

4. —*Personal auxiliar.*  
A. —*Visitadores:*  
tendrán la siguiente función:

- a) Visitar en sus casas los enfermos y persuadirlos a continuar tratamiento.
- b) Persuadir a los convivientes a examinarse.
- c) Hacer educación sanitaria respecto a la curabilidad de la enfermedad, convencer de la necesidad de examen frente a cualquier síntoma sospechoso.

B. —*Personal:* dedicados a las labores en lugares apartados donde tendrán las funciones siguientes:

- a) Registrar enfermos.
- b) Supervisar el cumplimiento del tratamiento.
- c) Remitir casos sospechosos.

Estas labores pueden ser realizadas por enfermos dados de alta.

C. —*Personal no directamente ligado a la campaña.*  
a) Médicos de Poli clínicos, Hospitales y Mutualismo integrado.  
b) Médicos rurales y enfermeros.  
e) Responsables de educación para la salud.

5. —*Atención especial a la infancia.*

En íntima coordinación con el Departamento Materno-Infantil y el Departamento de Tuberculosis se establecerán todas las medidas para la infancia, siguiendo siempre las normas profilácticas de exposición y disposición, desarrollando campañas de vacunación con el B.C.G. evitando fundamentalmente la estigmatización y cuando fuere necesaria la separación, efectuarla ubicándolos con predilección en el seno familiar indemne.

6. —*Asistencia social.*

En íntima relación con la función rehabilitadora objeto de otra ponencia señalaremos que el Departamento de Dermatología del Ministerio de Salud Pública en unión con las Organizaciones de Masas, Ministerio del Trabajo y otras dependencias del Estado elaboran un plan para brindar toda clase de apoyo a los enfermos, sin descuidar a su familia, estudiándose el establecimiento de instituciones ocupacionales para los mutilados e incapacitados a nivel regional.

7. —*Educación sanitaria.*

Tendrá como objetivos: 1º lograr la afluencia a los Centros de Tratamiento de enfermos no censados y los que han abandonado su tratamiento; 2º borrar los prejuicios existentes mediante un mejor conocimiento de la enfermedad.

Comprenderá la educación de:

- A) Enfermos.
- B) Contactos.
- C) Personal médico no especializado.
- D) Población en general.

8. —*Legislación sanitaria.*

Se evitará la legislación específica incluyéndola dentro del cuadro general de las enfermedades transmisibles.

9. —*Adiestramiento de personal.*

La mayor dificultad para el desarrollo de este plan de trabajo es la escasez de personal especializado, producto del sistema social anterior donde el dermatólogo y en especial

el leprólogo no encontraban el estímulo adecuado lo que actualmente plantea la necesidad de orientar a jóvenes compañeros recién graduados a la dedicación de esta especialidad, a intensificar la preparación de personal y a elevar los niveles de conocimientos básicos en leprología para médicos generales.

Para superar estas dificultades se elaborarán planes en coordinación con la Universidad y la Dirección de Docencia y Divulgación que en líneas generales pueden orientarse de la forma siguiente:

1. —Personal de trabajo en el interior: Cursos de 3 meses divididos en trabajo de dispensarios especializados, leprosorios y pesquisaje de focos en el terreno.
2. —Personal no especializado: (Médicos de Policlínicos y Hospitales y estudiantes). Cursos de extensión universitaria en las Cátedras de Dermatología en forma intensiva de 30 días de duración y con un programa de estudio especial de leprología.
3. —Personal subalterno: Cursos de Mínimo Técnico adecuado a sus funciones.

C. —*Evaluación de los resultados de la campaña:*

A fin de evaluar los resultados de la Campaña de Control y juzgar la eficacia de los servicios resulta indispensable establecer los siguientes índices y coeficientes.

1. —Índice de incidencia anual.
2. —Distribución de los casos según la forma de lepra.
3. —Curvas de distribución porcentual.
4. —Índice de focos.
5. —Número de casos nuevos descubiertos por la vigilancia de contactos.
6. —Tiempo probable de enfermedad.

7- Distribución porcentual por grupo de edad y formas clínicas.

Es evidente que en la actualidad no disponemos de todos esos informes, pero expondremos los datos siguientes:

- 1- —Gráfica del censo actual.
  - 2- Gráfica sobre las distintas formas clínicas, cerradas y abiertas.
  3. —Gráfica sobre la edad de los enfermos.
  4. —Gráfica sobre la curabilidad.
- En el futuro inmediato estableceremos sistemáticamente las normas antes señaladas.

### III.—CONCLUSIONES

En el presente trabajo se analizan las condiciones generales actuales, detallan las directrices generales y fundamentos técnicos de control, y se expone la organización de un programa de control de la lepra en nuestro país.

En las condiciones generales actuales se destaca la escasez de personal especializado, recomendando la intensificación del estudio de la leprología en las universidades y preparación de personal mediante el adiestramiento en cursos especiales.

En las directrices generales se señala la importancia del diagnóstico precoz, descubrimiento de casos y el examen bacteriológico.

Se resalta la clasificación en formas abiertas y cerradas, fronteras sanitarias de la lepra, de gran importancia.

En los fundamentos técnicos la necesidad del conocimiento de:

- 1.—Características de la endemia.
2. —Principios que orientan la campaña.
- 3.—Organización de los servicios médicos.
- 4.—Evaluación de los resultados de la campaña.

No siendo tema de esta ponencia se menciona: la prescripción del aislamiento

compulsorio, investigación epidemiológica, profilaxis de la exposición y disposición, tratamiento intensivo y rehabilitación.

En el programa de control se considera esencial: la integración de los servicios en los Organismos Generales de Salud Pública, coordinación con otros departamentos, direcciones y la conexión con los Organismos de Masa.

Se adaptan las normas internacionales, a la construcción de una estructura de organización, poniendo énfasis en la acción

dinámica asistencial epidemiológica de los dispensarios especializados.

Se reconoce unánimemente la importancia de la educación sanitaria a todos los niveles.

Se recomienda evitar una legislación específica sobre lepra.

Estas medidas incrementarán el dinamismo, difusión y penetración de la lucha contra la lepra, facilitará la coordinación con los otros servicios de Salud Pública y permitirá un comienzo rápido proyectando los efectivos actuales hacia las metas enunciadas.

#### BIBLIOGRAFIA

1. —*Export Committee on Leprosy*. Second report. IV.H.O. Technical Report Series No. 189.
2. —*Love, J.; Dharmendra y Sen. NR*; Epidemiological and clinical studies of Leprosy in the Bankura District of Bengal. *Leprosy in Indian* 13:127:13f, 1941.
3. —*Doutt, J.A.; Guinto, R.S.; Rodríguez S/V y Bancroft*: The incidence of leprosy in Córdova and Talesay. *Cebú P.I. Int. Jour. Leprosy* 10: 107-128. 1942.
4. —*Lamps, P.H. J. y Boenjamín. R*: Social Intercourse with lepers and the subsequent development of manifest leprosy. *Doc Neer et Indomésica Morb Trop.* 1:289. 346, 1949.
5. —*Davidson, AR*: infectivity of malarial leprosy. *Int. Jour. Leprosy*, 17:247-252, 1949.
6. —*MacDonald, AB*: *Leprosy Rev.* 22:36-38-1951.
7. —*Brotten, JAK*: The incidence and epidemiology of leprosy in Uganda. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med; Alio Hug.* 49:241-252: 1955.
8. —*O.W.S.*—Guía para el Control de la Lepra. *Revista Brasileña de Leprología*. Vol. 28 No. 1-1960.
9. —*Etcheverry, Virgilio P.*; La Paz en sombra de la Leprología. *Leprología*. Vol. V, No. 1, 1960.
10. —*Asoc. Brasileiro de Leprología*—Symposium sobre epidemiología de lepra. *Rev. Brasil, Leprol.* 28:11, — 1960.
11. — *Doiill. James A*—El valor del aislamiento y el control de la lepra. *Boletín de O.S.P.* Vol. XLV No. 6. 1958.
12. —*Diniz Oréstez*; Organización de los Programas de Control de la Lepra. *Boletín O.S.P.* Vol XLV No 6 — 1958.
13. —*Souza Lima, Lauro de*:—La lepra en las Américas, *Boletín de la O.S.P.* Vol. XLV No. 6. 1958.