

La lepra en Cuba. Estado actual y programa de control.

ESTADO ACTUAL

1. —Consideraciones generales

Progresos considerables se han alcanzado en los últimos años en el campo de la leprología, gracias a merítisima investigaciones realizadas, sobre todo en los aspectos científicos, que permiten clasificar a la lepra como una enfermedad trasmisible 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 un clima psicológico 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 endemicidad 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 1965.

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 el control definitivo de la enfermedad.

II. —Infecciosidad y diseminación de las diferentes formas de lepra

Los conocimientos al efecto son muy limitados, ya que el *Mycobacterium 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.¹ en su segundo reporte considera tres factores fundamentales:

- a) El grado de infección del paciente.
- b) 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,² Doull,³ Lampe y

⁴ Trabajo presentado al X Congreso Médico Nacional celebrado en La Habana, Febrero 17 al 24 de 1963.

Boenjamin⁴ y otros autores obtuvieron resultados similares al estudiar el riesgo de exposición de familiares de casos leproniosos. Sin embargo, la alta prevalencia de la enfermedad en ciertos países con un bajo número de casos leproniosos indican el cierto grado de contagiosidad de los tipos: biforme, tuberculoide reaccional e indeterminado, a pesar de que Davidson.⁵ Mac Donald⁶ y Braun⁷ 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,¹ 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 este programa, 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 los tipos lepromatoso, 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 tuberculoide o indeterminado no bacilíferos.

Los casos llamados por los leprologos hindúes máculoanestésicos 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.

b) *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.

Chaussinand⁸ calcula una proporción de 3 a 64% y Fernández⁸ en la observación por un período de 16 años de 87 contactos de casos abiertos reportó que sólo 32 adquirieron la dolencia. Gay Prieto y Contreras⁸ 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 Wade 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 Rotliberg en la anergia lepromatosa (Etcheverry[^]) abren optimistas horizontes en la lucha contra la lepra.

c) *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 prolongado sin duda alguna favorece de la transmisión de la infección.

III.—*Historia:*

En el acontecer histórico de nuestra patria, los albores del Siglo XVII marcan la primera evidencia en Cuba de enfermos de lepra.

Con anterioridad historiadores como A. Gordon y S. Picaza en sus estudios sobre Medicina Indígena de Cuba y estudios médicos del Indio Cubano, no señalan a la lepra entre las enfermedades que padecen nuestros indígenas. Fray Bartolomé de las Casas, Velázquez y Colón tampoco identifican esta enfermedad en Cuba la cual no pasó desapercibida para ellos en otras regiones.

El desarrollo en gran escala de la trata de negros, procedentes en su mayoría de Guinea y el aumento de la inmigración europea de Islas Canarias, focos leprógenos de magnitud, son los dos grandes factores que dan origen a la endemia leprosa en nuestro país.

El primer indicio sobre el hallazgo de casos de lepra en Cuba¹⁰ data del 17 de Enero de 1613, según documento que obra en las oficinas del historiador de la Ciudad de la Habana que dice:

“Los Sres. Regidores e Procurador General en nombre de ésta Ciudad e vecinos de ella dijeron que a su noticia ha venido que en ésta ciudad hay cuatro o seis personas tocadas del mal de San Lázaro que han venido de fuera, las cuales se andan paseando por las calles en gran daño o perjuicio de ésta ciudad o vecino de ella por ser enfermedad contagiosa, que su Señoría se sirva de atento a que en ésta Ciudad no hay Hospital de la dicha enfermedad provea e mande que las personas que padecieran estar tocadas de la dicha enfermedad salgan fuera de ésta Ciudad e Isla o se envíen a la parte que más cercana tuviese un Hospital de dicho mal.”

Dos años más tarde los vecinos de la Habana cuya primera queja en relación

con los enfermos del mal de San Lázaro no fue atendida, denuncian que *muchos* enfermos deambulan por las calles y piden se tomen medidas y posteriormente en 1629 solicitan sean segregadas las personas afectadas de esta enfermedad y no expulsadas lo que hace pensar se trate de naturales del país.

El número de enfermos continúa aumentando sin que las autoridades sanitarias tomen medidas hasta que en el año 1662 se construyen en la Caleta de San Juan Guillén, hoy Parque Maceo de la Habana, bohíos para la atención de estos enfermos y es a fines del siglo xviii cuando se edifica el primer Centro Hospitalario dedicado al tratamiento de la enfermedad de “*Hansen*”.

Este Hospital fue situado en la Habana fabricándose posteriormente uno en la Ciudad de Camagüey y otro en la Ciudad de Santa Clara.

El incremento de enfermos en forma lenta y progresiva se pone de manifiesto en el año 1900 cuando las estadísticas de lepra en las Antillas deparan para Cuba, cifras que alcanzan a 1000 enfermos y cuyo acrecentamiento continuo lleva a 4500 casos la cantidad censada en el año 1961.

IV. —*Censo o Registro Nacional de Enfermos.*

En los albores del siglo actual, como señalamos en la reseña histórica, el estimado de enfermos de “*Hansen*” alcanzaba ya la cifra de 1900, pero no es hasta el año 1944 cuando se efectúa el primer censo oficial de enfermos de lepra que arroja la cantidad de 2010 enfermos.

En los años siguientes continúa elevándose y si bien es cierto que no es hasta el presente año cuando se realiza una depuración del Censo ofrecemos a continuación las cifras oficiales por estimar de importancia un estudio de las mismas.

El análisis de estas cantidades muestra un aumento progresivo en el número de enfermos hasta llegar a la cantidad de 4500. lo que significa un incremento de 223% sobre el guarismo del año 1944.

También la tasa de prevalencia nacional se eleva gradualmente de 0.41 en 1944 a 0.65 en el año de 1961.

Pudiera estimarse que estas cifras fueran el resultado de un mejor método epidemiológico y no un aumento real de la endemia leprosa en nuestro país. Esto sería aceptable en los primeros años de lucha contra la enfermedad pero el acrecentamiento incesante durante más de 15 años con los mismos medios diagnósticos y epidemiológicos demuestran el fracaso del programa de control anterior y plantean la necesidad de su revisión.

V. —Distribución geográfica.

En Cuba la endemia leprótica presenta un ordenamiento casi uniforme alcanzando a todos los Municipios con la única excepción de Consolación del Norte en Pinar del Río.

Del total de 4500 enfermos censados, el 14.8% se encuentran hospitalizados con una cifra de 667, el resto de 3,833 se

encuentran distribuidos en las distintas Regionales en la forma siguiente:

Provincia	No. de enfermos
Pinar del Río	103
La Habana.....	1,049
Matanzas.....	185
Las Villas.....	523
Camagüey.....	599
Oriente.....	1,416

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

Habana	655
Santiago de Cuba.....	639
Guantánamo.....	445
Camagüey.....	287
Marianao	135
Santa Clara	109
Santiago de las Vegas. ...	58
Holguín.....	55
Ciego de Avila	54
Florida	54
Guanabacoa.....	51
Cienfuegos.....	49
Matanzas.....	46
Sancti Spíritus	42

Año	Población	Enfermos	Prevalencia
1944	4,883,627	2010	0.41
1946	5.093,075	2802	0.55
1948	5.303,803	3001	0.56
1955	6.126,855	3944	0.64
1961	6.914,123	4500	0.65

VI.—Distribución por grupos de edades y formas clínicas.

Edades	Lepromatosa	Indeterminada	Tuberculoides	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	202	111	1,158	25.72
31-40	550	124	175	104	953	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	17	21	14	80	1.80
Total:	2,373	798	864	465	4,500	100%
(%)	52.74	17.73	19.20	10.33	100	

VII.—Distribución por naturalidad, raza, estado civil y sexo.

N A T U R A L I D A D		%
Cubanos	4,227	93.93
Extranjeros	273	6.07
R A Z A S		%
Raza	No. de pacientes	%
Blanca	2,766	61.51
Negra	708	15.60
Mestiza	997	22.15
Amarilla.....	35	0.74
E S T A D O C I V I L		%
Solteros	2,561	56.91
Casados.....	1,652	36.71
Viudos	234	5.20
Divorciados	53	1.18
S E X O		%
Masculino	2,568	57.06
Femenino.....	1,932	42.94

VII.—Características de la endemia leprosa cubana.

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 endemidad: por debajo de H. 2 x 1.000 habitantes.

Mediana endemidad: entre 0.2 y 1 x 1.000 habitantes.

Alta endemidad: por encima de 1 x 1,000 habitantes.

índice de prevalencia nacional: 0.65.

Los índices de prevalencia en orden decreciente, son:

Camagüey . . .	0.9 x	1,000 habitantes
Oriente. . .	0.7 x	1.000 habitantes
Habana. . . Las Villas	0.6 x	1.000 habitantes
Villas . . .	0.4 x	1,000 habitantes
Matanzas . . .	0.4 x	1.000 habitantes
Pinar del Río	0.2 x	1,000 habitantes

Citaremos por provincia los tres términos municipales de mayor prevalencia:

Pinar del Río:

Consolación del Sur	0.6
Artemisa	0.3
Guane.....	0.3

Habana:

Santiago de las Vegas. ...	1.7
Regla	1.2
Habana.....	0.8

Matanzas:

Guamacaro.

Perico

Cárdenas . . .

Las Villas:

Camajuaní 0.9

San Juan de los Remedios . . 0.8

Santa Clara. .

Camagüey	1.2
Nuevitas . . .	1.1
Florida. . .	0.9

Oriente:

Guantánamo .	
Santiago de Cuba.....	2 4.
Yateras	0.8

2.—**Densidad:**

Los índices de densidad de la enfermedad por 100 Km.² de superficie por Regional son:

La Habana	12 76
Oriente.....	3 g
Las Villas.....	2.44
Camagüey	2.12
Matanzas	2.19
Pinar del Río.....	0.75

3.—**Difusión :**

El potencial de difusión nacional el siguiente

Taza de lepromatosis . . .	0.3
Casos lepromatosos	52.74
Casos indeterminados . . .	17.73
Casos tuberculoides	19.20
Casos sin clasificar	10.33

4.—**Tendencia de la epidemia:**

La distribución porcentual por edades es como sigue:

Edades	No. de pacientes	Por ciento	Año 1961 A	Año 1916
0- 5 años	32	0.75		
6-10 años	118	2.70	9.45	9.74
11-15 años	305	6.80		
16-20 años	425	9.45	35.17	35.49
21-30 años	1,158	25.72		
31-40 años	953	21.20		
41-50 años	717	15.93		
51-60 años	412	9.15		
61-70 años	300	6.65		
71-80 años	80	1.80		

La provincia que tiene mayor índice de prevalencia es Camagüey, con 0.9 por 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.² es la Habana con 12.73.

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 dependerán los caracteres de la endemia y determinarán la acción epidemiológica.

B) PROGRAMA DE CONTROL

I. —Objetivo.

La finalidad fundamental del programa es la reducción de la prevalencia e incidencia de la enfermedad mediante la localización y control del mayor número de enfermos, con preferencia de los casos abiertos para evitar la diseminación, sin olvidar los casos cerrados por la importancia de prevenir la evolución hacia las formas malignas y contagiosas.

II. —Normas generales.

El control de la lepra, beneficiado con la eficiencia de la terapéutica Sulfónica, gravitará en las siguientes medidas:

- a) Descubrimiento de casos.
- b) Tratamiento de todo enfermo registrado.
- c) Protección de los contactos.
- d) Rehabilitación.

a) Descubrimiento de casos.

Puede hacerse:

1. —Mediante el examen en masa de la población, media aconsejable en países de alta endemicidad.
2. —Por la selección de núcleos de la 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 endemicidad. Como complemento debe establecerse la obligación del examen dermatoneurológico en el Carnet de Salud y la observación de la notificación obligatoria confidencial.

El descubrimiento de casos descansará principalmente en:

- 1) Diagnóstico precoz.
- 2) Examen bacilosκόpicó.

1) Diagnóstico precoz.

El ideal del programa 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 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.

1) *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 H. M. S.

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

En el Symposium sobre Epidemiología de la Lepra¹¹ 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 negativiza más rápidamente.

Es de señalar para su correcta interpretación y para el método a utilizar en la obtención de muestras, la opinión de Doull,¹⁸ 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 aún 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 escapen por los conductos sudoríparos y sebáceos.

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

- !• Negativo: ningún bacilo en 100 campos.
2. —Una cruz: (+) : Raros bacilos.
Dos cruces (++) : Algunos bacilos en todos los campos.
- 4- Tres cruces (+++) : abundantes bacilos en todos los campos.

a) *Tratamiento de todo enfermo registrado.*

Se instituirá tratamiento extensivo gratuito, administrándolo en los propios focos leprógenos.

Será suministrado en forma ambulatoria sin necesidad de hospitalización salvo en casos especiales.

El medicamento de elección será la diaminodifenilsulfona.

b) *Protección de los contactos.*

Se aplicará la resultante de los criterios del Congreso de Tokio, Seminario de Bello Horizonte y O.M.S. resumiéndolo en lo siguiente:

1) *Profilaxis de la exposición:*

Protección de los contactos directos en los focos, vigilancia médica periódica de todos los contactos y quimioprofilaxis de los contactos lepromino - negativos convivientes de casos abiertos.

A los contactos recién nacidos debe separárseles de los enfermos ubicán

dolos con preferencia en el seno familiar no afectado. (Concepto en discusión.)

Se aplicarán en los focos medidas médico - sanitarias y educativas.

2) Profilaxis de la disposición:

Aún cuando no existe criterio uniforme sobre la eficacia de los medios capaces de elevar la resistencia contra la lepra (B.C.G. Lepromina, etc.) se reconoce su importancia y se recomienda su uso con las precauciones debidas.

c) *Rehabilitación.*

Consciente de la enorme importancia que tiene la Rehabilitación en una enfermedad de terribles secuelas físicas y psíquicas y graves desajustes sociales, el Ministerio de Salud Pública elabora un plan que contempla la solución a estos problemas.

II. —*Fundamentos técnicos:*

Los fundamentos técnicos del programa son los siguientes:

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

a) *Características de la endemia:*

Las características de la endemia leprótica en Cuba fueron descritas anteriormente en el Estado Actual de la Lepra en Cuba.

b) *Principios en que se orienta:*

En ellos se basa la ejecución del programa de control y son las siguientes.

- 1) Proscripción del aislamiento compulsorio.
- 2) Integración de las actividades del programa en los servicios generales de Salud Pública.
- 3) Localización y control de focos.
- 4) Criterio de alta.
- 5) Atención preferente a la niñez.
- 6) Educación sanitaria.
- 7) Adiestramiento de personal.
- 8) Notificación confidencial.

c) *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 permita 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 Diniz¹³) y Souza Lima¹⁴ en el Seminario de Bello Horizonte.

El plan de trabajo se coordinará con todos los departamentos y direcciones del Ministerio de Salud Pública, y se recabará la ayuda de las Organizaciones de Masas 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.

c) *Evaluación de los resultados del Programa:*

A fin de evaluar los resultados del Programa 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 descubiertos por la vigilancia de contactos.

6. tiempo probable de enfermedad.
7. —Distribución porcentual por grupo de edad y formas clínicas.

IV—*Educación sanitaria.*

Tendrá como objetivos:

1. Lograr la afluencia a los Centros de Tratamiento de enfermos no censados y los que han abandonado su tratamiento.
2. 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) Personal para médico.
- E) Población en general.

C) ACTIVIDADES DESARROLLADAS

1. —*Conferencia Nacional sobre Normas de Control de Lepra.*

Patrocinada y organizada por el Consejo Científico del MINSAP en colaboración con la Sociedad Cubana de Dermatología, se celebró en la Habana el día 22 de Junio de 1962, la Conferencia Nacional sobre Normas de Control de Lepra a la cual concurrieron especialistas de todo el país con el fin de elaborar las normas que el MINSAP aplicará en su Programa de Control. Para la mejor organización de la Conferencia se acordó dividir el temario en cuatro comisiones de trabajo que fueron las siguientes:

- 1.—Comisión de Terapéutica y Criterio de Alta.
2. —Comisión de Epidemiología y Profilaxis.
3. —Comisión de Aislamiento. Función del Hospital Especializado y Rehabilitación.
4. —Comisión de Control y Organización de la Lucha Antileprosa.

Las conclusiones fundamentales de la Conferencia Nacional sobre Normas de Control fueron elevadas a la consideración del Sr. Ministro de Salud Pública para si lo estimare procedente aplicarlas en el Control de la lepra en Cuba.

II. —Servicios de Control.

De acuerdo con la estructura señalada se establecieron las bases de organización siguientes:

a) *Designación de Responsables.*

- 1) Nacional.
- 2) Regionales.
- 3) Zonales.

b) *Extensión a nivel distrital y zonal de los Servicios de Control, selectivamente en relación con la prevalencia como son:*

- 1) Stgo. de las Vegas, Bejucal y Aguacate en la Habana.
- 2) Sagua la Grande, Remedios y Sancti Spíritus en las Villas.
- 3) Nuevitas, Florida y Ciego de Avila en Camagüey.
- 4) Manzanillo en Oriente Sur.

c) *Reorganización de Servicios especializados imprimiéndole carácter integral asistencial - epidemiológico.*

III. —Integración en los servicios generales de Salud Pública.

Mediante la coordinación e íntima conexión con:

- a) Servicio médico Social Rural.
- b) Subsecretaría de Higiene y Epidemiología.

- c) Departamento de Tuberculosis, mujer, niño, etc.
- d) Empresa mutualista.
- e) Organizaciones de masa.

IV. —Adiestramiento de personal.

Consecuencia inmediata a la aprobación por el Ministerio de Salud Pública de las conclusiones de la Conferencia Nacional fue el adiestramiento de personal para médico. Se procedió inmediatamente a preparar técnicamente al personal que se utilizaría en este programa de control.

Los aspirantes fueron seleccionados entre los expacientes de lepra que no tuvieran deformidades físicas y que hubieran mantenido la negatividad de sus exámenes baciloscópicos durante los últimos 5 años.

Las razones que determinaron la utilización de los expacientes fueron las siguientes:

1. —Proporcionar a estos enfermos un medio de rehabilitación socioeconómico que le permitiera reintegrarse a la sociedad.
2. —La confianza que inspirarán a los enfermos, lo que no se lograría de emplearse personal sano.
3. —El ejemplo viviente que ofrecen de los beneficiosos resultados de la terapéutica que hoy disponemos.
4. —Su condición de enfermo curado rompe los prejuicios ancestrales que pesaban sobre estos desdichados y facilita la incorporación de los enfermos al programa de control.

Para este fin se programaron cursos de adiestramiento de 3 meses de duración donde se explicaron temas teóricos sobre historia, epidemiología, clínica, medios de diagnóstico, tratamiento y

curabilidad de la lepra y trabajos prácticos de tomas de muestras de linfa para remitir al laboratorio y nociones de enfermería para inyecciones intramusculares, endovenosas, etc. Estos cursos se celebraron en los Hospitales especializados de San Luis de Jagua y San Lázaro expidiéndose a la terminación de los cursos y después de efectuados los exámenes correspondientes a los aspirantes de mejores calificaciones, diplomas de Auxiliares Especiales.

Las funciones de estos Auxiliares Especiales son las siguientes:

1. —Remitir casos sospechosos.
2. —Registrar enfermos.
3. —Persuadir a los enfermos a continuar tratamiento.
4. —Persuadir a convivientes a examinarse.
5. —Labores de auxiliares de enfermería.
6. —Tomas de muestras para exámenes baciloscópicos.

Los graduados fueron ubicados en las diferentes Regionales teniendo en cuenta la intensidad de la endemia.

Una dificultad para el desarrollo de este programa es la escasez de personal médico 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 óe 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:

—Personal de trabajo en el interior:
Cursos de 3 meses divididos en trabajo de Dispensarios especializados, leprosorios y pesquisaje de focos en el terreno.

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.

V. —*Depuración del censo.*

De imperiosa necesidad para conocer la realidad numérica de nuestra endemia y la localización de nuestros enfermos. Esta tarea fue encargada a los Auxiliares Especiales.

Hemos señalado que en el año 1944 fue efectuado el primer censo de enfermos de lepra. Sobre la cifra producto de este censo se fueron acumulando los nuevos casos registrados, sustrayendo del mismo en raras ocasiones a fallecidos y altas, sin que existiera un verdadero control a nivel de los centro asistenciales ni personal paramédico que visitara rutinariamente a los enfermos morosos al tratamiento por lo que nos hemos encontrado fallecidos o dados de alta desde hace más de 20 años.

Aspiramos ahora a conocer exactamente nuestra tasa de prevalencia y a tener localizado domiciliariamente a todos nuestros enfermos sea cual fuere el lugar de su residencia.

Esta labor sumamente fatigosa la han efectuado con éxito los Auxiliares Especiales a pesar de la enorme dificultad de localizar direcciones de hace 20 años y en algunos casos falsas, con cambios de nombre y numeración de las calles,

sin embargo a fuerza de paciencia y trabajo ha culminado felizmente.

En el futuro los Auxiliares Especiales mediante la persuasión y el ejemplo mantendrán la asiduidad del enfermo a su plan terapéutico haciendo efectiva la meta del Ministerio.

(^ue no quede un solo enfermo sin tratamiento.

VI. —Control de focos.

Después de localizados los pacientes nuestras actividades se dirigen a controlar y atender los focos leprógenos.

El control de los focos tiene dos aspectos:

1. —Control de los focos urbanos.
 2. —Control de los focos rurales.
1. —Los focos urbanos serán controlados por los centros asistenciales de la localidad utilizando a los Auxiliares Especiales para lograr la mayor asistencia de los enfermos a la consulta médica. En los casos de imposible asistencia se encargará a los Auxiliares Especiales bajo la supervisión médica de hacer cumplir las indicaciones médicas en los propios domicilios de los enfermos. Esta labor se facilita utilizando la D.D.S. en vehículos de acción lenta o retardada.
 2. —En los focos rurales el Programa se desarrollará en coordinación con el Servicio Médico Social Rural. Visitas periódicas del leprólogo para examinar enfermos, casos sospechosos y convivientes, orientando al médico rural en el tratamiento y observación de los casos serán suficientes para poner el control del foco, bajo la asistencia

directa del Servicio Médico Rural.

En las zonas rurales se ubicarán cantidad adecuada de Auxiliares Especiales para realizar idéntica función a la de las zonas urbanas y además tomar muestras para exámenes bacteriológicos que serán enviados a los centros especializados regionales.

D) CONCLUSIONES

En el presente trabajo se analizan las condiciones generales actuales, se detallan las normas 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 del personal mediante el adiestramiento en Cursos especiales.

En las normas 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 esa ponencia se menciona: la proscripción 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 Masas.

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.

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.

B I B L I O G R A F I A

1. —Export Committee on Leprosy. Second Report. W. H. O. Technical Report Series No. 189.
2. —Love, J.; Dharmendrn y Sen. NR; Epidemiological and clinical studies of Leprosy in the Bankura District of Bengal, Leprosy in Indian 13:127-134, 1941.
3. —Doull, J. A.; Guínto, R. S., Rodríguez S.N. 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 Boenjamin, R.: Social Intercourse with lepers and the subsequent development of manifest leprosy. Doc Neer et Indoraésica Morb Tron. 1:289-346, 1949.
5. —Davidson, A. R.: Infectivity of meural leprosy Int. Jon leprosy, 17:247-252, 1949.
6. —MacDonald, A. B.: Leprosy Rev. 22:36- 38, 1951.
7. —Brotten, J. A. K.: The incidence and epidemiology of leprosy in Uganda Trans. Rev. Soc. Trop. Med.; Ano Hug, 49:241- 252, 1955.
8. —O. M. 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. —González Prendes, Miguel A.: Consideraciones acerca de la lepra 1962.
11. —Asoc. Brasileira de leprología: Sympho- siura sobre epidemiología de lepra. Rev. Brasil, Leprol. 28 :H, 1960.
12. —Doull, James A.: El valor del aislamiento y el control de la Lepra. Boletín de O. S. P. Vol. XLV, No. 6, 1958.
13. —Diniz, Orestes: Organización de los Programas de Control de la Lepra. Boletín de O. S. P. Vol. XLV, No. 6.
14. —Souza Lima, Lauro de: La lepra en las Américas. Boletín de la O. S. P. Vol. XLV No. 6.