**Artículo de Revisión**

**La lepra, un problema de salud global y su impacto en la historia**

Leprosy, a global health problem and its impact on history

**Yanet Guerrero Ballester**

**Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral, Especialista de 1er Grado de Farmacología. Instructor.**

**Facultad de Ciencias Médicas Bayamo. Granma, Cuba.**

Autor para la correspondencia. Correo electrónico. gballester@infomed.sld.cu

**Resumen**

**Introducción:** La Lepra (del griego lepis, que significa escama, costra) ha sido considerada una enfermedad mutilante, incurable, repulsiva y estigmatizante, lo que ha generado un trato inhumano hacia las personas que la padecen, constituyendo aún un problema de salud importante para algunos países.

**Objetivos:** Realizar una revisión sobre la lepra y su papel en el desarrollo histórico del hombre.

Método: Se realizó una búsqueda en Internet utilizando buscadores como el Google Académico, MEDLINE, LILACS y SciELO.

**Desarrollo:** No se conoce con exactitud el origen histórico de la Lepra, debido a la falta de conocimientos para diagnosticar y registrar las enfermedades en la antigüedad. En 1961, en censo efectuado, se obtiene la cifra de 4 500 casos de lepra, por lo que el Ministerio de Salud Pública de Cuba, incluye un Programa Nacional para el Control de la Lepra, que comenzó en 1962, y se ha ido modificando de acuerdo con los avances en el conocimiento científico de la enfermedad.

**Conclusiones:** La batalla contra la lepra está alcanzando ahora su fase crucial, pues la lucha se desarrolla en diversos frentes: el científico, el tecnológico, el asistencial y el social.

**Palabras clave:** lepra; historia; tratamiento

**Introducción**

La lepra existe desde tiempos inmemoriales, acompañando al hombre casi desde sus orígenes. Aunque la fecha en que se reconoció por vez primera es incierta, debido al cambio constante en su terminología, no hay dudas de que las denominaciones primarias tenían un significado mucho más amplio que el término empleado actualmente, refiriéndose a muchas más enfermedades, de las que hoy nosotros empleamos.1

Es una enfermedad transmisible, producida por el Mycobacterium leprae (bacilo de Hansen), descubierto por el medico noruego Gerhard Armauer Hansen en el año 1874 y a quien debe su nombre la enfermedad. Es probablemente la más antigua de todas las enfermedades y la segunda discapacitante después de la poliomielitis. Ataca la piel y los nervios periféricos, aunque otros órganos como hígado, ojos, testículos, laringe etc. pueden estar implicados en casos más severos, pero sus manifestaciones están en dependencia de la relación huésped parasito, es decir, de los procesos alergoinmunitarios y genéticos que determinan la resistencia del organismo a la agresión bacilar.2

Sin embargo, una definición más completa debería abarcar no solo la etiología bacteriana, los principales órganos involucrados, la debilidad genética heredada y la variable respuesta inmunológica de los mismos, y la frecuente aparición del daño neurológico que conduce a la pérdida de la sensibilidad y parálisis. Es indispensable añadir a esta definición, por su importancia, los factores sociales, psicológicos y económicos que tienen implicación de largo alcance tanto para el paciente leproso, como para la operatividad de los programas de control. Su origen antecede el registro histórico escrito y los testimonios que sobre ella perduran hoy en día, son vastísimos. A través de la historia y pasando por la Biblia, ha sido inspiración para leyendas, cuentos, miedos y embustes. Es la Europa Medieval donde la lepra cobra su mayor importancia histórica y médica.3

Tiene una distribución mundial desigual y representa un problema de salud de índole universal. Según cálculos de la OPS, la prevalencia estimada a principios del presente siglo era de 2,4 millones de casos para una tasa de 5,0 x 10 000 hab en zonas rurales de regiones tropicales y subtropicales, donde las condiciones socioeconómicas desfavorables pueden ser más decisivas que el mismo clima.Aunque endémica históricamente de estas regiones, es un error circunscribirla solamente a ellas, como plantean algunos autores. No obstante, en la actualidad mantiene niveles mayores de morbilidad en países del tercer mundo, donde subsisten los mayores índices de pobreza, hambre, analfabetismo, hacinamiento e insalubridad, superiores a los de otras regiones del mundo. 4

La lepra (del griego *lepis*, que significa escama, costra) ha sido considerada una enfermedad mutilante, incurable, repulsiva y estigmatizante, lo que ha generado un trato inhumano hacia las personas que la padecen, constituyendo aún un problema de salud importante para algunos países. Las principales zonas endémicas del planeta son el sur y sureste de Asia, África Central Tropical, Mesoamérica y la parte septentrional de Suramérica, donde según la OPS, para estas 2 últimas zonas, las tasas notificadas oscilan entre 0,1-14,0 x 10 000 hab.1-3

Una disminución de la incidencia, no será para nada, la eliminación en un futuro cercano de esta enfermedad, pues seguirán presentándose tasas elevadas en las regiones del tercer mundo, donde se encuentran los 16 países de mayor endemia, y viven en ellos el 91 % de los casos estimados de lepra en el mundo. Se estima aproximadamente en un millón y medio el número de casos concentrados en los 5 países de mayor endemicidad de estos 16 (India, Nepal, Sudán, Madagascar y Brasil).5

Teniendo en cuenta la importancia que el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) otorga a la salud del pueblo y a la calidad de vida de los ciudadanos y siendo la lepra una enfermedad curable pero cruelmente estigmatizante, que no ha dejado de estar en el cuadro de salud del país, es necesario incrementar los conocimientos sobre los orígenes de la misma y como ha impactado la historia en su evolución, con la finalidad de ayudar en alguna medida a desterrar los mitos que han acompañado a la enfermedad de Hansen durante su evolución en la historia.

**Desarrollo**

**Origen histórico**

No se conoce con exactitud el origen histórico de la misma debido a la falta de conocimientos para diagnosticar y registrar las enfermedades en la antigüedad, y a los pocos datos que dicha enfermedad deja en momias y esqueletos. Los casos comprobables más antiguos se encontraron en momias egipcias que datan del siglo II a.C., hace unos 2,200 años. Esto, sin embargo, no tiene mucha utilidad debido a que hay numerosas descripciones previas de manifestaciones clínicas que podrían ser causadas por la lepra. Aun cuando los registros de casos parecidos a lepra más antiguos se encuentran en el papiro de Berlín, que data de tiempos de Ramsés II, algunos autores insisten en que la lepra se originó en la India y fue llevada a Egipto por Alejandro Magno en su ya legendario viaje de exploración y conquista. Esto tiene sentido si analizamos la ruta de Alejandro desde Macedonia hasta la India y luego de regreso pasando por Egipto y por el Oriente próximo. Sea como fuere, en el siglo XX antes de Cristo, o sea hace 4,000 años, los egipcios probablemente ya habían observado algún caso aislado de lo que hoy conocemos como lepra.6, 7

Egipto era en esos tiempos casa de un pueblo errante, los judíos. Hay algunos registros que documentan que hasta 80,000 judíos de Egipto estaban infectados con lepra. Los hebreos contaban con una palabra que englobaba una serie de afecciones cutáneas que, en el marco religioso, representaban enfermedades «impuras» cuyos portadores debían ser alejados de la sociedad. Esta palabra era Tzaraat. Al mismo tiempo, los griegos utilizaban la palabra «lepra», para referirse también a una gran variedad de enfermedades cutáneas (probablemente la psoriasis, el vitíligo y algunos casos de acné). La enfermedad que hoy conocemos como lepra, en cambio, era llamada «elefantiasis» por los griegos. No muy lejos de allí, en el mundo árabe, los destacados médicos del Islam habían descrito una enfermedad que ellos llamaron Juzam y que era el equivalente de la «elefantiasis» de los griegos, o sea la lepra de hoy en día.7, 8

Cuando los eruditos de Alejandría tradujeron el Viejo Testamento al griego, Tzaraat fue traducida como «lepra». Sin embargo, la medicina griega llegó al occidente por medio de manuscritos arábigos y, cuando se tradujeron estos manuscritos al latín, la palabra arábiga que fue traducida como «lepra» no fue otra sino «Juzam», que era el término para definir la «elefantiasis» de los griegos. Esto propició que se estableciera una conexión que nunca debió haber existido entre la «lepra» de los latinos, el Juzam de los árabes, la «lepra» de los griegos y el Tzaraat de los hebreos.En parte gracias a este error de traducción se inició la discriminación y el miedo hacia los enfermos de lepra que marcaría la historia de esta enfermedad. La importancia de la Biblia en la sociedad medieval no puede relatarse con palabras ni medirse con números. La Biblia es, sin duda alguna, el libro en el que la lepra adquiere una mayor importancia histórica y social.8, 9

Se conoce que la enfermedad ha existido durante muchos siglos. Ya en el año 2000 a.n.e. en los libros sagrados de la India (*Rig Veda* y *Yagur Veda*) se encontraron descripciones detalladas de esta enfermedad, llamada entonces *Kostha*. Así mismo, en el año 1500 a.n.e., en los papiros *Ebers y Brosh*, en Egipto, se describe una enfermedad muy similar a la lepra. Hay también referencias de esta, en Japón, hacia el año 1000 a.n.e. en tratados de medicina japonesa, bajo el nombre de *Ishimpo*. En China hacia el año 300 a.n.e., en el libro *Su-Wan*, se describe una enfermedad llamada *Lai-Fom* que tenía características similares a la lepra. En la Biblia la enfermedad es mencionada en el levítico del Antiguo Testamento con la palabra *Zaraath,* y también la refieren en el Nuevo Testamento los libros de San Mateo y San Lucas, ya con el término de lepra.

Es probable que se haya propagado a Europa, específicamente a la región del Mediterráneo, bien por los fenicios, egipcios o hebreos, en sus viajes comerciales por el continente, o por las tropas del conquistador *Alejandro Magno*, a su regreso de sus campañas de la India, en el año 372 a.n.e., pudiendo haberse introducido en la península itálica por los soldados romanos de *Pompeyo* en el año 76 a.n.e., y de aquí se diseminó por toda la Europa Romana. 4-7

Su presencia en Europa occidental, ha sido bien registrada en documentos, comenzando por Italia en el año 62 de nuestra era, luego en Alemania en el 180, posteriormente en España en el 600, y finalmente en Francia, en el año 800. Se extendió más tarde por el resto de los países europeos, para constituir durante toda la Edad Media un terrible azote para el viejo continente; de ahí que la enfermedad se considerara un castigo o maldición del cielo, opinión reforzada durante toda esta época por la Iglesia, por lo que llegó, en algunos países, a celebrarse ceremonias religiosas en las que se declaraba civilmente muerto al enfermo de lepra (*separatioleprosorum*). Así se constata en edictos especiales de varios reyes y papas, donde se enumeran una serie de disposiciones encaminadas a combatir a los enfermos, pues la tónica de aquella época era combatir a los leprosos olvidándose de la enfermedad. Por ello es que vemos a los leprosos literalmente separados de la sociedad, pues además de ser expulsados de sitios públicos, maltratados físicamente, e incluso hasta asesinados, tampoco podían concurrir a ningún acontecimiento social familiar, pues al ser considerados muertos en vida, ni siquiera existían para su familia. Se les obligaba a llevar un vestuario especial y una campanilla que permitía reconocerlos, aún a larga distancia.4,5

En un texto de alrededor del siglo XI se recoge que diversas culturas como la cristiana, judía, árabe egipcia, persa e india, se incriminaban unas a otras, de ser las causantes y trasmisoras del mal. Hasta ahora no se ha podido determinar con certeza cuándo y dónde se originó, y todavía se discute el origen africano o asiático de la lepra; no obstante, la región septentrional de África Central, desde Mali hasta Somalia, región donde se encuentra la zona con más países afectados actualmente por la enfermedad, puede haber sido su foco originario.7

Hacia el año 1200, la enfermedad ya había alcanzado su máxima extensión en Europa, conociéndose entonces con el término de *Mal de San Lázaro*, expresión cuyo origen parece derivarse del antiguo Hospital de San Lázaro, fundado por el Rey Balduino II en Jerusalén en el año 1118 NE, donde se acogían a pacientes leprosos de diversos lugares. Fue difundido con este nombre en toda Europa por las cruzadas que regresaban de sus campañas en Tierra Santa. Por otra parte, también fueron ellos los que ayudaron a propagar aún más la enfermedad por el continente, y existen historiadores que plantean que las cruzadas fue el movimiento poblacional, que más influyó en la difusión de la lepra en el viejo continente.5,7

Otros historiadores refieren, sin embargo, que el nombre de *Mal de San Lázaro*, se debió a que, en la isla de San Lázaro, en el Golfo de Venecia, existió uno de los primeros leprosorios de Europa, surgidos por la necesidad de proteger a los enfermos de la población fanática y supersticiosa, que realizaba intensas persecuciones sobre ellos, con el ánimo de prohibirles su entrada en las comunidades, pues era casi demencial su miedo al contagio. Estos leprosorios fueron atendidos, durante muchos siglos de forma casi exclusiva, por diversas órdenes religiosas, que eran las únicas que se compadecían y ayudaban a estos enfermos.5,7 Para el año 1600 la epidemia había disminuido notablemente en Europa, y solo quedaban pequeños focos en los países escandinavos y Rusia.10

En la América no existía entre sus pueblos aborígenes, y fue introducida fundamentalmente por la trata de esclavos africanos, procedentes de Guinea, Senegal, Nigeria y el Congo, donde existían grandes focos leprógenos. A partir del año 1510 se introduce la infección en la costa atlántica, y a partir de 1840 en la costa del Pacífico, llevada por los siervos chinos. No obstante, se señala que los españoles también participaron en su introducción en América, lo que en menor medida, a partir de 1492, con su llegada al Nuevo Mundo junto a Cristóbal Colón. Se cree que las Antillas debió ser el primer asentamiento de la lepra en las Américas, y fue donde se crearon los primeros leprosorios a mediados del siglo XVI. En el siglo XIX, probablemente llevada por los chinos, aparece también de forma epidémica en Hawai y otras islas de Oceanía, incluyendo Australia, donde tampoco su población autóctona la conocía.11

A partir del siglo XIX tiene lugar el conocimiento científico de la lepra, y es en la ciudad noruega de Bergen, donde 2 grandes clínicos (*Danielssen* y *Boech)*, estudian bajo un punto de vista clínico y anatomopatológico la lepra, y ya en el año de 1847 la clasifican en 2 formas clínicas: la nodular y la anestésica. Para el año 1851 *Lucio* y *Alvarado* publican el primer tratado sobre lepra, y en el 1864 *Virchow* describe la forma clínica lepromatosa de la enfermedad. Para el año 1873 *Gerard Armauer Hansen* descubre el agente causal de la enfermedad: *Mycobacterium leprae,* una bacteria gram positiva, hecho que no fue aceptado como tal hasta 7 años después, gracias al médico alemán *Albert Neisser*, que logró teñir las micobacterias descubiertas, y clasificarlas como ácido alcohol resistente. Es de destacar que el descubrimiento del agente causal por *Hansen*, significó el primer hallazgo de una bacteria como agente causal de una enfermedad en el hombre. En 1895 *Hansen* y *Looft* denominan las anteriores formas clínicas descritas con los nombres de nodular y maculoanestésica. *Virchow* en el año 1897, describe la célula espumosa característica de la lepra lepromatosa.12

A principios del siglo XX, en 1905, ya *Jadassohn* describe la forma tuberculoide de la lepra, y el japonés *Mitsuda,* en 1919, describe la prueba intradérmica de la lepromina. En 1931, a fin de unificar criterios en la nomenclatura de la lepra, se acuerda dividir los casos teniendo en cuenta un criterio topográfico, en lepra cutánea (C) y lepra nerviosa (N). En 1938, durante el IV Congreso Internacional de Leprología en El Cairo, se acordó sustituir la denominación inicial de cutánea por la de leprótica con la inicial (L), y dejar para la otra forma clínica la denominación de neurítica (N). En el año de 1939, se acordó en el Congreso Latinoamericano de Leprología a propuesta de *Ravelo*, dividir la enfermedad en 2 grandes formas polares: la forma polar lepromatosa (L) y la forma polar tuberculoide (T), que comprendía a casos benignos con o sin bacilos y Mitsuda (+).4-6 También en 1939, *Fernández* aplica por primera vez la vacuna BCG con criterio de prevención para la enfermedad.6,7 En 1941 *Faget* inicia la sulfoterapia, que modifica, en alguna medida, el concepto de incurabilidad de la enfermedad.13

El V Congreso Internacional de Leprología celebrado en La Habana en 1948, tiene como hecho novedoso, que la forma neurítica desaparece con esa denominación, y es sustituida por acuerdo internacional por la de *tuberculoide* como planteaban los latinoamericanos, y que, además, apareciera una denominación para el grupo de casos con caracteres menos definidos inestables e inciertos, con respecto a su evolución, al cual se le nombraría indeterminado (I).8 Para 1953, año de celebración del VI Congreso Internacional de Leprología en Madrid, se adopta una clasificación, en la que se admiten 2 formas polares bien definidas: la lepromatosa y la tuberculoide, y se crean 2 grupos intermedios bien definidos: el indeterminado (ya aceptado) y el dimorfo (D) o *borderline* (B), denominado así por *Wade*. Así mismo se establecieron en este congreso, los criterios para el diagnóstico de la lepra, que son: clínicos, bacteriológicos, inmunológicos e histopatológicos. También hacia mediados de siglo *Famet* y *Podge* emplearon por vez primera las sulfonas madres en el tratamiento de enfermos de lepra. En 1960 *Shepard* inocula material leproso en las almohadillas plantares del ratón, produciéndose la enfermedad, con lo que se confirma experimentalmente el criterio de considerar al bacilo como agente causal de la enfermedad, algo muy útil para conocer el efecto antibacteriano de las drogas antileprosas y para reconocer las cepas resistentes. Esta experiencia marcó el inicio de la era de la lepra experimental en el mundo. 12, 14

En 1973, en el marco del centenario por el descubrimiento del bacilo causante de la lepra por *Hansen*, es aceptado mundialmente al armadillo de 9 cintas como el animal ideal para la experimentación de la lepra en los humanos, permitiendo este nuevo modelo experimental dar un salto de avance en el conocimiento de la lepra, y posibilitó investigaciones sobre la bioquímica, ultraestructura, genética e inmunología de la bacteria, al disponerse de grandes cantidades de *Mycobacterium leprae.*A finales de la década del 70 un nuevo esquema de tratamiento con multidrogas (TMD), preconizado por expertos de la OMS, cambió el sombrío destino de estos enfermos, así como la transmisión de esta antigua enfermedad, y permitió que con este se alcanzara la curación definitiva de estos pacientes.15

La reunión de expertos de la OMS realizada en Hanoi en el año 1994, propuso en aquel momento eliminar la lepra como problema de salud para el 2000, con el requisito indispensable de que los países alcanzaran tasas de prevalencia inferiores a 1 x 10 000 hab, tasa que se logró en 110 países como logro significativo entre los años de 1995 a 2002. Recientemente, a principios del presente siglo, *Gormuz* y otros, transmitieron lepra a monos mangabey, rhesus y verdes africanos, que adquirieron todos lepra multibacilar, con daños notables en nervios periféricos.16

**Antecedentes históricos en Cuba**

El 17 de enero de 1613 según documento que obra en la oficina del historiador de la ciudad de La Habana, se expresa: "Los señores regidores y procuradores General, en nombre de ésta Ciudad, hay 4 o 6 personas tocadas del mal de San Lázaro que han venido de fuera, las cuales se andan paseando por las calles en gran daño perjuicio de esta Ciudad y los vecinos de ella, por ser enfermedad contagiosa, que su señoría se sirva de antemano a que en esta ciudad no hay hospital para dicha enfermedad y que mande a las personas que la padecen salgan fuera de esta ciudad e isla y se mande a la parte que más cerca tuviera un hospital de dicho Mal" .Dos años más tarde al no ser atendida esta queja, los vecinos de la ciudad denuncian que muchos enfermos deambulan por las calles y piden que tomen medidas.En 1629 solicitan sean segregadas las personas y no expulsadas lo que hace pensar que se trate de naturales del País. No es hasta el año 1662 en la caleta de San Juan Guillen hoy parque Maceo de la Ciudad de La Habana que se construyen bohíos para la atención de éstos enfermos y es a fines del siglo XVIII cuando se edifica el primer centro hospitalario dedicado al tratamiento de estos enfermos de Hansen, el Hospital Anti leproso del Rincón, construyéndose posteriormente uno en Camagüey y otro en Santa Clara.

Este documento, considerado histórico, se refiere a la aparición de 4 a 6 enfermos de lepra en la villa, pero no es hasta agosto de 1629 que se tienen más referencias sobre la enfermedad. En un documento de la época aparece un enfoque distinto sobre la lepra al hasta entonces observado, que consistía en la no expulsión de los pacientes del territorio nacional, planteándose, además, la indicación de tratamiento y el aislamiento, con el fin de evitar la exposición al contagio de la población sana.16 No obstante, el número de enfermos continuó aumentando, sin que las autoridades sanitarias encontraran medidas efectivas para controlarlos.17

Por estas razones, en el año 1662 en la Caleta de San Juan Guillén (hoy Parque Maceo), se construyen en La Habana, bohíos para la atención de estos enfermos. En junio de 1714, se edifica por Real Cédula del Rey Felipe V el primer centro hospitalario dedicado al tratamiento de la enfermedad de *Hansen* en Cuba. Otras instalaciones con el nombre de *Hospitales Antileprosos* se construyeron en Camagüey en 1735, y en Santa Clara en 1843, ya que la enfermedad se había extendido por toda la isla. En 1798, en el gobierno de Luis de las Casas, como parte de sus mejoras sociales, se reconstruye el hospital, situándolo definitivamente en las inmediaciones donde se encontraban las anteriores edificaciones en la Caleta de San Juan Guillén, donde hubo de construirse a finales del siglo XVII el torreón de San Lázaro, por lo que este hospital comenzó a denominarse desde entonces, Hospital de San Lázaro.16,17 En el año 1836, en el curso de las mejoras sanitarias instituidas durante el gobierno de *Tacón*, se dispone su traslado hacia la periferia de la capital, ubicándolo en el poblado de El Rincón. En el año de 1917, se edifica un sanatorio del mismo nombre, donde actualmente se encuentra dicho hospital.

El incremento de los enfermos de forma lenta, pero progresiva, se pone de manifiesto en el año 1900 durante el gobierno de ocupación norteamericana, en que las estadísticas para la lepra, arrojaron una cifra de 1 000 enfermos para una población aproximada de 1 400 000 personas en la isla. La cifra anterior se fue acrecentando continuamente durante la república mediatizada, sin que existieran condiciones para una disminución efectiva. No obstante, en 1938, se crea el Patronato de la Lepra, que contaba con 10 dispensarios, distribuidos en la capital y provincias, para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos. En 1942 se realiza el primer censo de enfermos durante esta etapa, que arrojó la cifra de 1 900 casos, que eran tratados en ese entonces, con aceite de chaulmoogra, compuesto oleoso derivado de varias plantas de la familia de las Flacurcicaeas.

Como acontecimiento notable durante esos años, es de destacarse la celebración, en 1948, del V Congreso Internacional de Leprología en La Habana, bajo los auspicios de la Sociedad Cubana de Dermatología y Sifilografía y del eminente dermatólogo cubano *Vicente Pardo Castelló*, donde los leprólogos latinoamericanos obtuvieron una importante victoria al lograr que fuera aceptada definitivamente la clasificación por ellos propuesta, de 2 tipos fundamentales y un tipo intermedio menos definido.17

En 1961, en censo efectuado, se obtiene la cifra de 4 500 casos de lepra, por lo que el Ministerio de Salud Pública de Cuba, incluye un Programa Nacional para el Control de la Lepra, que comenzó en 1962, y se ha ido modificando de acuerdo con los avances en el conocimiento científico de la enfermedad. Previamente a la instauración del programa, se efectuó un censo en el mismo año, en el que se obtuvo una cifra depurada de 3 662 casos, lo que representaba una tasa de prevalencia de lepra de 0,5 x 1 000 hab. El tratamiento en esos momentos era efectuado con 2 drogas bacteriostáticas, la diaminodifenilsulfona (dapsone) y la difeniltiourea.

En ese primer programa nacional de control de la lepra, se establecía por norma, para el tratamiento de la enfermedad, utilizar solamente el dapsone ya antes empleado, e introducir la sulfametoxipiridoxina como medicamento de elección contra el mal de *Hansen*, y se atendían los pacientes en los servicios de dermatología de los hospitales clinicoquirúrgicos, y se comenzó así mismo a realizar una labor de terreno en busca de nuevos enfermos, fomentándose la realización de exámenes a los contactos.18

En los años siguientes el registro de enfermos ascendió gradualmente, notándose una pobre efectividad del programa implantado para el control de la enfermedad, pues aunque se incluía el criterio de alta para las formas clínicas indeterminadas y tuberculoides después de 3 y 5 años de tratamiento, las formas dimorfas y lepromatosas continuaban el mismo seguimiento de por vida. Es evidente que con estos criterios aún limitados, la prevalencia de enfermos por lepra, aumentaría progresivamente. Por ello, en 1972 se pone en vigor el segundo programa de control, que descentraliza las acciones hacia el área de salud e incluye la administración controlada de las drogas, la quimioprofilaxis y el trabajo de terreno, que comprendía la pesquisa a convivientes intradomiciliarios. Se cerraron así de forma definitiva los leprosorios a nivel nacional, y quedó solamente como tal una sola institución en el país, como centro de referencia: el Sanatorio Nacional del Rincón, en la provincia Ciudad de La Habana, destinado a la investigación sobre la enfermedad, así como a la rehabilitación y asilo de enfermos discapacitados o con problemas sociales.16-18 Este segundo programa fue novedoso en su enfoque epidemiológico, pues en él se determinaban los focos leprógenos, y se desarrollaba, además, un control progresivamente más profundo; sin embargo, en el aspecto terapéutico no modificó en nada al precedente.18

En el censo efectuado en 1976, se diagnosticaron 5 142 casos, lo que permitió conocer, con mayor exactitud, la prevalencia de esta enfermedad. Por ello, en 1977 se estructura un tercer nuevo programa basado en la introducción de la rifampicina (droga bactericida), que unida al hansolar, producía una mejoría clínica evidente en los pacientes, aunque no se pudo, como se esperaba, negativizar todos los casos, y por ende, hacerlos no transmisibles, pues aparecieron cepas de bacilos resistentes.19

Para 1986 el número de enfermos era de 5 638, con una tasa de 0,6 x 1 000 hab, por lo que en el año 1988 se pone en vigor el cuarto programa para el control de la lepra, que contempla el tratamiento controlado descentralizado con multidrogas, como el dapsone y la rifampicina, con la introducción, además, de la clofacimina, nuevo antibiótico bactericida.18 Esta descentralización se hizo factible en el ámbito comunitario a través del Médico y la Enfermera de Familia, que realizaban la búsqueda activa de casos mediante el concepto de población de riesgo y convivientes extradomiciliarios, enfatizándose también en el problema del diagnóstico precoz, que incluía el diagnóstico preclínico mediante el estudio sexológico (*test* de Elisa para el *Mycobacterium leprae*).19 Este cuarto programa, incluyó, como aspecto significativo, la prevención de las incapacidades, la educación sanitaria a la población basada en el criterio de curación de la enfermedad, la introducción de diferentes esquemas de tratamiento de acuerdo con las formas clínicas de la enfermedad, así como el acortamiento significativo del tiempo de tratamiento en las formas paucibacilares a 6 meses, y el criterio de alta clínica a los pacientes multibacilares después de 2 años de tratamiento.18

En el año 2003 se confeccionó un quinto programa de control de la enfermedad, atendiendo a las incidencias anuales presentadas en los últimos 5 años, que fluctuaron entre 625 y 250 casos. Este novísimo programa tenía como propósitos el diagnóstico clínico precoz, sobre todo el preclínico, basado en la utilización de estudios serológicos como el *test* de Microelisa y la Prueba de Absorción del Anticuerpo Fluorescente para la Lepra (FLA-ABS), así como la utilización de procederes terapéuticos recientes, como la inmunoprofilaxis y la inmunoterapia, sin desdeñar la importancia otorgada a las prevenciones de las incapacidades y a la reducción del tiempo de tratamiento en pacientes multibacilares en tan solo 12 meses.

Este último programa de control, está más enfocado a la fase del diagnóstico precoz de la enfermedad y al tratamiento profiláctico, pues la concepción de la terapia multidroga que se introdujo en el anterior programa, así como las herramientas epidemiológicas utilizadas en él, no fueron modificadas en el presente documento. Sin embargo, estos resultados que ahora se observan, no significan que pueda considerarse eliminada la enfermedad, ni mucho menos encontrarse en vías de erradicación, por el contrario, la observación de que está disminuyendo el diagnóstico precoz, y por ende, la reducción, no se expresa sobre la base de la detección temprana de casos, nos indica que debemos permanecer alertas, pues un enfoque en el problema de la lepra desde todos los ángulos, permitirá mantener la tendencia actual y lograr en un futuro relativamente cercano la eliminación de la lepra en Cuba, convirtiendo en una realidad tangible lo que hace tan solo unos pocos años atrás nos pareciera una tentadora quimera. 19

**Conclusiones**

La batalla contra la lepra está alcanzando ahora su fase crucial, pues la lucha se desarrolla en diversos frentes: el científico, el tecnológico, el asistencial y el social.

Este mal, que ha afligido a la humanidad desde tiempos inmemoriales, y que ha afectado en un momento dado a todos los continentes, ha dejado tras de sí una imagen terrible en la historia y memoria de los hombres.Tiene un gran impacto en la historia, ya que el conocimiento de su origen y evolución histórica ha permitido profundizar en el entendimiento de la misma y de este modo intervenir en que de alguna manera deje de ser una enfermedad estigmatizada.

**Referencias bibliográficas**

1. Estrategia mundial para la lepra 2016–2020. Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra. Guía de monitoreo y evaluación. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2017 [citado 25/6/2018]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254907/9789290225874-sp.pdf;jsessionid=F9F30C31F012767DBFE5FE5F2A82D8DD?sequence=11

2. OPS/OMS. Proyecto Lepra. Informe de la Reunión Técnica OPS-OMS de consulta sobre la eliminación de la lepra como problema de salud pública a nivel sub-nacional posteliminación de la lepra. La Habana: OPS/OMS; 1998.

3. OPS/OMS. Informe Conferencia OPS-OMS sobre la Eliminación de la Lepra en las Américas. Brasilia: OPS/OMS; 1996: 27-9.

4. Organización Mundial de la Salud. Lepra [Internet]. 2019 [citado 18 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leprosy

5. WHO. Global leprosy update, 2017: reducing the disease burden due to leprosy. Wkly Epidemiol Rec. 2018; 93(35): 445-56.

6. Mansur K, Díaz Almeida JG, Cortez Hernández M. Dermatología. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2002.

7. Naaz F, Mohanty PS, Bansal AK, Kumar D, Gupta UD. Challenges Beyond Elimination in Leprosy. Int J Mycobacteriol. 2017; 6:222-8.

8. Pardo Castelló V. Dermatología y sifilografía. La Habana: Ediciones Cultural SA; 1953.

9. Estrada Parra S. Algunos aspectos de la bacteriología del *Mycobacterium leprae*. Rev Cubana Med Trop. 1993; 45(1).

10. Ridley DS, Jopling WH. Clasifications acording to inmunity. Int Journal Lepra. 1966;34:255-6.

11. Cardona-Arias JA, Higuita-Gutiérrez LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev Cubana Salud Pública. 2014Jun; 40(2): 175-189.

12. Méndez Pérez S, Hinojosa Machado K, González Arguelles Y. Presentaciones de leprorreacción en pacientes asilados. Rev Inf Cient. 2015; 94(6): 1294-1305.

13. Moreira Rios I, Rivera Moreira A, Ochoa Clara I, Pérez Moreno N, Iglesia Romero DE. Prevalencia y pronóstico de la lepra en Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas. 2014 Feb;18(1): 57-65.

14. Gómez JR, Moll F. Lepra: enfermedad olvidada. Situación actual y trabajo en el terreno. Enf Emerg. 2005;7(2):110-9.

15. Álvarez Yabor V, Peña Pérez OR, Brígida A. Afectación familiar de la enfermedad de Hansen. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2014 [citado 2018/1/25]; 39(10): [aprox. 0 p.]. Disponible en: http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/download/148/262

16. González Prendes MA. Historia de la lepra en Cuba. La Habana: Empresa Consolidada de Artes Gráficas; 1963.p.39.

17. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Salud. Incidencia y prevalencia de lepra según provincias. [Internet]. La Habana: MINSAP; 2016 [citado el 9/1/2018]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario\_Estad%C3%ADstico\_de\_Salud\_e\_2016\_edici%C3%B3n\_2017.pdf

18. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa de control de la lepra. La Habana: MINSAP; 1988:1-18.

19. Beldarraín-Chaple E. Historical Overview of Leprosy Control in Cuba. MEDICC Rev. 2017; 19(1):23-30.

**Conflicto de intereses**

La autora declara que no existe conflicto de intereses para la publicación de este trabajo.