TEMA DE REVISIÓN

REVISIÓN HISTÓRICA DEL CONTROL DE LA LEPRA EN EL PERÚ*

Zuño Burstein A**

** Profesor emérito de la UNMSM (Dermatología y Medicina Tropical). Académico de Número, Academia Nacional de Medicina. Asesor del Ex-Programa Nacional de Control de la Lepra, MINSA.

RESUMEN

Se hace una sumaria revisión cronológica de los hechos más destacados en la historia y el control de la lepra en el Perú, hasta llegar a la situación actual, señalándose las bases doctrinarias y las perspectivas futuras del Programa Nacional de Control de la Lepra, con el propósito de lograr la eliminación de esta enfermedad en el país como problema de salud pública. Finalmente, se brinda información de la situación epidemiológica de esta endemia al año 2000.

Palabras clave: Lepra/historia; Lepra/epidemiología; Lepra/prevención&control; Perú *(fuente:BIREME).*

ABSTRACT

A summary chronological overhaul becomes of the most outstanding facts in the history and the control of the leprosy in Peru, until arriving at the present situation, being indicated to the doctrinarias bases and the future perspective of the National Program of Control of the Leprosy, in order to obtain the elimination of this disease in the country like problem of public health. Finally, epidemiologist of this offers information of the situation endemia to year 2000.

Key words: Leprosy/history; Leprosy/epidemiology; Leprosy/prevention&control; Peru *(source:BIREME).*

INTRODUCCIÓN

La lepra en América no existía antes de la llegada de los conquistadores europeos. Los españoles trajeron esta enfermedad a América Central, América del Sur y, en Norteamérica, a México y parte de los Estados Unidos. El primer lazareto se fundó en 1520 en Santo Domingo y, posteriormente, se establecieron en toda la América colonial. En Brasil, los portugueses introdujeron la enfermedad desde 1496; los grandes contingentes de esclavos africanos fueron un factor muy importante en la América portuguesa, Caribe y América Central. En Norteamérica, además de los focos traídos por los españoles, se sumaron los procedentes de Francia, Noruega y China, principalmente.

HISTORIA DE LA LEPRA EN EL PERÚ

La historia de la lepra en el Perú ha sido exhaustivamente estudiada por el Dr. Hugo Pesce y publicada en su tesis de doctorado el año 1961, con el nombre de "La epidemiología de la lepra en el Perú"[1]. En este monumental trabajo, que debe servir de valiosa fuente informativa para todo médico y sanitario peruano, se afirma que la lepra en nuestro país se desarrolló de manera independiente en las tres grandes regiones del país (costa, sierra y amazonía). En la costa tiene una historia remota y pobre, en la amazonía una historia reciente y explosiva, y en la sierra un curso escaso y asolapado.

La lepra fue importada a la costa peruana por los colonizadores procedentes de España, país que era asiento de una apreciable endemia, con unos 3000 leprosos y decenas de leprocomios. Por ello, 28 años después de fundada Lima, se hizo necesario un leprocomio y es así que, en 1563, se fundó el Hospital de San Lázaro, en el barrio de Pescadores, en la margen derecha del río Rímac, en donde se brindó asistencia a los leprosos durante la época colonial.

Según Pesce, la lepra en nuestra amazonía apareció manifiestamente en el presente siglo. Respecto a su procedencia, la tesis más antigua refiere su origen en Brasil, en tanto otra tesis postula su origen ecuatoriano. La investigación de Ponce de León tuvo el mérito de demostrar que la infección leprosa de algunos sectores de la selva alta se procesó anteriormente a la de la selva baja y que ella ha tenido, muy probablemente, origen ecuatoriano no muy remoto y de muy escaso volumen. Aunque Pesce dice que "no es dable comparar la peligrosidad de la fuente pequeñísima de la selva alta con la fuente brasileña, que debía asumir el carácter de marejada, dada la "vis a tergo" que la impelía y, dada la

Correspondencia: *Zuño Burstein Alva.*
Dirección: Apartado Postal 110318. Lima 11 - Perú.
E-mail: zburstein_2000@yahoo.com

* Parte del trabajo presentado por el Dr. Zuño Burstein en la ceremonia de su incorporación como Académico de Número a la Academia Nacional de Medicina. Lima-Perú, 2001.

circunstancia propicia de la migración masiva de 15 a 20 mil peruanos y algunos cientos de brasileños con motivo del auge del caucho, que duró nada menos que 20 años.

La selva baja sucumbió rápidamente a partir del 1910, cuando se hizo patente el impacto de los focos brasileros masivos, probablemente explicado por las diferentes condiciones ambientales y a que el habitante de la selva alta estaba expuesto en mucha menor medida a la desnutrición, la hipoproteinemia, las helmintiasis intestinales agresivas, con el estado anémico derivado y la consiguiente baja del nivel de la inmunidad fisiológica general.

De 1901 a 1905 se comenzaron a relatar casos de lepra en ciertos lugares de la amazonía y, el 17 de marzo de 1905, se emitió una Resolución Suprema autorizando la construcción de un lazareto en Iquitos para los leprosos del departamento de Loreto; la Prefectura mandó construir, entre 1906 y 1907, un Asilo de Emergencias para leprosos en la Isla Padre, frente a la ciudad de Iquitos. A fines de 1917 se habilitó en Iquitos el segundo lazareto y por ley N°5020, del 28 de enero de 1925, se dispuso la creación de una leprosería en San Pablo, en el río Amazonas, hacia la frontera con Brasil, asilo que comenzó a funcionar el 15 de mayo de 1926. En 1940, el gobierno creó la Supervisión de Sanidad de Loreto y San Martín que, prontamente, se elevó a la condición de Supervisión del Nor- Oriente, a cargo de Maxime Kuczinsky, quien, después de fundar el año 1941 un Dispensario Antileproso en Iquitos, reconstruyó el Asilo de San Pablo, como colonia agrícola, obteniendo un notable avance en lo que concierne a la exploración de varios ríos, especialmente el Ucayali, realizando valiosas encuestas leprológicas. En 1944, con la creación del Servicio Nacional Antileproso, se constituyó, a los pocos meses, el Servicio Antileproso del Nor-Oriente, asumiendo las funciones de supervisión en la zona.

Hugo Pesce afirmó que el foco de lepra infantil de Loreto era uno de los más severos del mundo. Todos los datos recogidos sobre las formas clínicas de lepra infantil en esa zona revelaron un proceso caracterizado por la ausencia de signos apreciables de defensa por parte de la población, lo que equivalía decir que se trataba de una endemia bastante reciente, severa y con caracteres de desarrollo. Pesce refirió que los primeros casos de lepra entre los selváticos genuinos observados en Sur-América fueron reportados por Maxime Kuczinsky (tribus Cambo y Cocama) y por él (tribu Piro); los sucesivos casos fueron objeto de estudio en 1953 por H. Pesce y R. Montoya. Todos los casos fueron formas sumamente malignas, lo que indica el gravísimo y perdurable peligro al que estaría expuesta toda la población del Nor-oriente si penetrase la lepra en el seno de las tribus selvícolas, cuyo número de componentes ha sido estimado en 141 mil habitantes, alejados de toda posibilidad de control sanitario.

HISTORIA DEL CONTROL DE LA LEPRA EN EL PERÚ

Hugo Pesce, en Andahuaylas, detectó los primeros casos de lepra andina y creó, en 1937, el Servicio Antileproso de Apurímac. Asimismo, el 1 de enero de 1944 creó la Campaña Nacional Antileprosa, como organismo sanitario encargado oficialmente de la lucha antileprosa a nivel nacional, naciendo así, en torno a este maestro, la escuela leprológica peruana, constituyéndose el mismo año el Servicio Antileproso del Nor-oriente.

El rasgo estructural de la campaña antileprosa que en 1954 pasó a denominarse Servicio Nacional Antileproso, estaba dado por ser un organismo unitario, con una jefatura y diversos servicios periféricos. La jefatura, denominada Departamento de Lepra, tenía funciones directivas, normativas y de control, con secciones especializadas. Los servicios periféricos tenían a su cargo la ejecución de la campaña antileprosa en el territorio de su jurisdicción; así, en cada región leprógena se construyeron unidades funcionales, denominadas Servicios Antileprosos Regionales, con su propia organización.

Esta organización, metódicamente planeada y puesta en marcha, permitió, en un corto plazo, realizar un diagnóstico de la realidad leprológica peruana y obtener un beneficio efectivo para los pacientes y el país. Desgraciadamente, el 14 de enero de 1963, el Departamento de Lepra, transformado previamente en División de Lepra, fue disuelto por el gobierno de aquel entonces, desarticulándose la estructura tan meticulosamente montada, pasando sus diferentes elementos constitutivos a otros organismos y, desde 1965, los niveles periféricos fueron integrados a otros servicios de salud de cada zona del país.

La desarticulada y deteriorada actividad de las acciones de salud relacionadas con la enfermedad de Hansen en los diferentes niveles de responsabilidad, tanto técnico-normativas centrales, como ejecutivas periféricas de base, así como en investigación, capacitación de personal y otros, sensibilizó al Ministro Teniente General FAP, M. Campodónico, que ocupaba en 1977 la cartera de Salud Pública, para disponer la actualización del Programa de Control de la Enfermedad de Hansen, considerando que el diagnóstico, tratamiento y la investigación en dermatoleprología era una responsabilidad multiinstitucional de trascendencia nacional, acogiendo las recomendaciones del Seminario Regional de Hanseniasis, realizado en setiembre de 1971 en la ciudad de Pucallpa. Desgraciadamente, cambios sucesivos de autoridades y otros factores imponderables postergaron largamente la ejecución de las medidas dispuestas.

Entretanto, el esfuerzo unipersonal y pionero del Dr. Víctor Noria, a cargo de la Unidad de Lepra, organismo técnico-normativo del nivel central del Ministerio de Salud, era el único que mantenía bajo absoluta responsabilidad la conducción de un programa en base a los proyectos, ideas propias y a su gran experiencia como epidemiólogo y leprólogo clínico, así como a su indesmayable mística.

Zuño Burstein, en 1980, publicó un trabajo sobre la "Quiebra del Programa de Control de la Lepra en el Perú por la descentralización e integración a los programas generales de salud"[2], haciendo un detallado análisis de la organización sanitaria del control de la lepra, concluyendo en el Perú, pormenorizando su evolución, su estado actual que existía un serio quebrantamiento de las acciones sanitarias de control de esta afección provocado, en gran medida, por una inadecuada, inoportuna y prematura

política de descentralización e integración a los programas generales de salud, no adecuados a la realidad nacional. Además señaló, que era indispensable poner en vigencia un bien articulado Programa de Control de la Enfermedad de Hansen, adecuadamente financiado, ya que es un problema sanitario de particular gravedad en zonas endémicas, con repercusión nacional.

En 1963, con la desaparición del Servicio Nacional Antileproso y su Departamento de Lepra, el diagnóstico especializado de laboratorio, la preparación de lepromina, la realización de investigaciones especiales y la capacitación del personal profesional y técnico quedó, teóricamente, en manos del Departamento de Lepra y Micología Médica, ubicado en la estructura organizativa de los Institutos Nacionales de Salud, organismo descentralizado del Ministerio de Salud. Este Departamento derivaba del Laboratorio Central de Lepra, parte constitutiva de la Sección de Leprología del fenecido Departamento de Lepra, organismo de comando del Servicio Nacional Antileproso, ubicado a nivel del organismo central del Ministerio de Salud. Al desaparecer el Servicio Nacional y su Departamento de Lepra, el Laboratorio fue incorporado al Instituto de Salud Pública, conservando teóricamente su función y estructura establecidos desde 1944. Sobre la base de esta estructura, el Ministerio de Salud tiene vigente, desde 1975, un convenio -ratificado sucesivamente- con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a través de su Instituto de Medicina Tropical "Daniel A. Carrión", para realizar una labor conjunta de investigación, servicio a la comunidad y capacitación de personal, en relación con la Hanseniasis y otras afecciones, que son objeto de la dermatología sanitaria.

Burstein, en una comunicación publicada en 1972, con el título "Nuestro aporte al diagnóstico de la Lepra en el Perú"[3] refirió que de 2366 biopsias enviadas desde el año 1944 a 1971 para diagnóstico de lepra, al Departamento de Lepra y Micología Médica del Instituto Nacional de Salud a su cargo, 1119 (47,3%) correspondieron a lepra lepromatosa, 619 (26,2%) a lepra indiferenciada, 233 (9,4%) a lepra tuberculoide y 18 (0,8%) a lepra dimórfica. Valiéndose de las biopsias seriadas a través del tiempo, se estudiaron los virajes histopatológicos de estos pacientes y se estableció la concordancia entre el diagnóstico clínico y la verificación histopatológica. No se han hecho estudios ulteriores similares a éste.

En 1980, el Dr. Samsaricq, Jefe del Programa de Lepra de la Organización Mundial de la Salud (OMS), visitó el Perú, recomendando la conformación de una comisión permanente que se ocupe del Programa de Control de Hanseniasis, promoviendo, evaluando y recomendando nuevas acciones, además de la creación de un comité científico nacional para promover y evaluar las investigaciones sobre la enfermedad.

Hasta 1985, la Dirección de Epidemiología, consideró dentro de su estructura programática el Control de la Tuberculosis y Lepra en forma integrada en la Dirección Técnica de Coordinación de Programas Especiales, a pesar de que la OMS consideraba el control de estas enfermedades en forma independiente. Por ello, en 1987, se expide el D.S. N° 017-87-SA que aprobó únicamente el Programa de Control de la Tuberculosis, desvinculándose, en consecuencia, del de Lepra.

En enero de 1988, se resolvió aprobar el Programa Nacional de Control de la Hanseniasis como integrante de los Programas Especiales de Salud, a cargo de una Dirección General, designándose al Dr. Augusto Reátegui como Director General del Programa Nacional de Control de la Hanseniasis[4]. El Decreto Supremo Nº 003-88-SA (de fecha 22 de enero de 1988), estableció que "el Perú, como país miembro de la Organización Mundial de la Salud, ha adoptado el compromiso de la 40ava Asamblea Mundial de la Salud, del 15 de mayo de 1987, para organizar programas activos hacia la eliminación de la lepra, como parte de su objetivo de salud para todos en el año 2000".

En octubre de 1988, se aprobaron las Normas y Procedimientos para el Control de la Hanseniasis en el Perú, de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional en sus componentes técnico, administrativo, educativo, social y de investigación; y, en 1992, se aprobó el documento normativo denominado "Doctrinas, Normas y Procedimientos para el Control y Eliminación de la Lepra en el Perú".

En el Perú existe actualmente, a nivel del Ministerio de Salud, una estructura técnico administrativa denominada Dirección del Programa Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles, en las que se incluye el Programa de Control de Tuberculosis y Lepra, y que cuenta con la colaboración comprometida eventual de un Comité Asesor, en el que se encuentran médicos tropicalistas, leprólogos y dermatólogos.

POLÍTICA ACTUAL DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA LEPRA Y PERSPECTIVAS PARA EL AÑO 2000

El marco doctrinario adoptado por el Programa Nacional de Control de la Lepra en el Perú[5] se basa en el principio de que "las enfermedades transmisibles, entre ellas la lepra, están ligadas a factores culturales, sociales, y económicos de compleja solución" y que "los programas de control son de alcance nacional, permanentes y continuos, usan tecnologías apropiadas, realimentan y hacen más eficiente su operación mediante el monitoreo y evaluación y en su versión actual han adoptado la estrategia de incorporar e integrar sus actividades a la atención general de salud, desapareciendo, por lo tanto, por ineficientes, los programas verticales con ejecución especializada de sus actividades al margen de los servicios de salud".

Con este marco doctrinario el programa actual considera que "la lucha por el control de la lepra se inscribe y articula en el reconocimiento de la dignidad de las personas, sus derechos universales y la búsqueda de la liberación de sus capacidades para alcanzar la realización plena", concluyendo que esta nueva doctrina se basa en una concepción moderna que "tiene un sustento bioético en el desarrollo de los principios de equidad, subsidiaridad, universalidad, solidaridad y autonomía; ellos desarrollados a través de una interacción en el campo médico, educativo y social". El programa se sustenta doctrinariamente en

que la lepra en el Perú es factible de ser controlada y eliminada mediante determinados ejes de gestión.

La OMS define que la lepra ha sido eliminada como problema de salud pública cuando la tasa de prevalencia es menos de un caso por cada 10000 habitantes; sin embargo, esta situación no ocurre en determinadas regiones identificadas y estratificadas del país. Por ello, para lograr el control y eliminación de esta enfermedad es necesario fortalecer el desarrollo de una serie de actividades, basados en la difusión de los siguientes principios: la lepra se cura, el paciente se trata en su domicilio y no requiere aislamiento, ni reclusión en leprosorios, la lepra diagnosticada precozmente no produce necesariamente deformidades o incapacidades, luego de iniciada la poliquimioterapia (PQT) el enfermo de lepra no contagia y, si el enfermo no recibe tratamiento, sufre deformaciones de las manos y pies que permanecen como secuela para toda la vida a pesar del tratamiento posterior.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA LEPRA EN EL PERÚ

El comportamiento epidemiológico de la lepra en el Perú se circunscribe a las zonas endémicas, donde viven aproximadamente 3218109 personas, de ellos 1255062 son menores de 15 años. Según las tasas de prevalencia de lepra correspondientes al año 2000 y teniendo en cuenta las publicaciones de la OMS, podemos concluir que la lepra en el Perú constituye un problema de salud pública, fundamentalmente en el departamento de Ucayali, lugar con una prevalencia de la enfermedad que supera la tasa de 1 x 10000 habitantes. Esta información nos permite priorizar las actividades del control de la enfermedad, buscando el compromiso de las autoridades locales y comunidad en general para desarrollar acciones coordinadas que permitan diagnosticar y tratar precozmente todos los nuevos casos de lepra, logrando prevenir las discapacidades y disminuir efectivamente el impacto social de esta enfermedad (Tablas 1 y 2 y Figura 1).

Tabla 1. Tasas de prevalencia y de detección de Lepra en el Perú, 2000.

Tasas de Prevalencia y Tasas de Detección de Lepra en el Perú - Año 2000

Departamentos endémicos	Población 1999	Total de casos	Tasa de Prevalencia x 10,000 hab.	Casos nuevos	Tasa de Detección x 10,000 hab.
1. Loreto	889 471	83	0,9	29	0,3
2. Ucayali	424 410	60	1,4	14	0,3
3. Amazonas	143 981	0	0	0	0
4. Apurímac	243 852	1	0,04	0	0
5. Huánuco	776 727	2	0,02	0	0
6. San Martín	743 668	3	0,04	0	0
Lima Norte (Hospital Nacional Cayetano Heredia)		15*		0	0
Lima Sur (Hospital de Apoyo María Auxiliadora)		1*			
Total de casos	3 218 109	165	0,5	43	0,1

** Casos procedentes de las zonas endémicas*
** Fuente: Programa Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles - Control de Lepra - MINSA*

Tabla 2. Casos de Lepra notificados en el Perú, 1990-2000.

Casos de Lepra notificados en el Perú de 1990 al 2000

Años	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Multi-Bacilar	1205	672	220	245	202	195	227	237	221	151	126	3701
Pauci - Bacilar	649	362	57	59	39	45	37	25	45	29	39	1386
Total	1854	1034	277	304	241	240	264	262	266	180	165	5087
Casos Nuevos					79	90	90	63	107	63	43	535
Discapacitados (Grado 1 y 2 - OMS)					17	12	10	4	6	7	6	62

Fuente: Programa Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles - Control de Lepra - MINSA

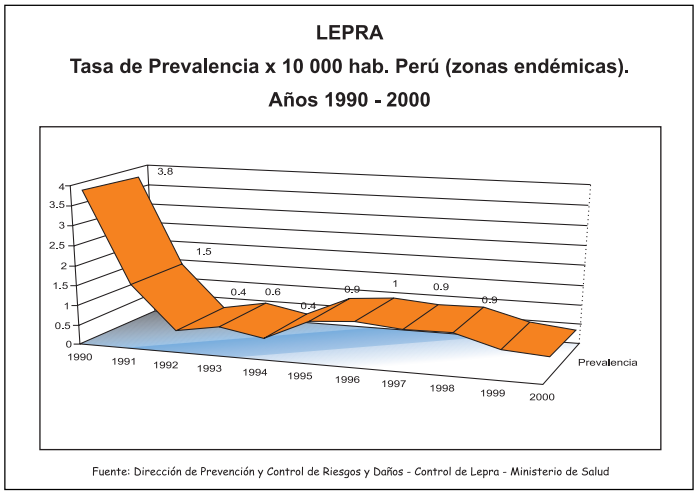

Figura 1. Tasa de prevalencia x 10 000 habitantes en el Perú, 1990-2000.

REFERENCIAS

1. **Pesce H.** La epidemiología de la lepra en el Perú. (Tesis de Doctorado). Lima: UNMSM, Facultad de Medicina; 1961.
2. **Burstein Z.** Quiebra del Programa de Control de la Lepra en el Perú por la descentralización e integración a los programas generales de salud. Arch Arg Dermatol 1980; 30: 173-80.
3. **Burstein Z.** Nuestro aporte al diagnóstico de la lepra en el Perú. En: Actas del I Congreso Argentino de Dermatología. Buenos Aires, Argentina; 1972
4. **Ministerio de Salud.** Manual de normas y procedimientos del Programa Nacional de Control de la Hanseniasis. Lima: MINSA; 1988.
5. **Ministerio de Salud.** Situación de la lepra en el Perú, año 2000. Programa Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles: Control de Lepra. Lima: MINSA; 2000.