

# Estado actual de la lepra y sus repercusiones en la provincia de Jaén

M. I. Sillero Arenas

## Introducción

La lepra es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad. Está producida por el *Mycobacterium Leprae* y se caracteriza por una afectación, sobre todo de tegumentos, nervios periféricos y vísceras (aunque puede afectar cualquier órgano excepto SNC), y que cursa crónicamente con agudizaciones.

Es una enfermedad de declaración obligatoria nacional y se corresponde en la 9.<sup>a</sup> Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud con el código 030.

La importancia desde el punto de vista sanitario se ofrece porque permite la actuación preventiva a nivel primario, secundario y terciario, evitándose la enfermedad y el contagio y llevando al enfermo hacia la curación completa. Por contra, una falta de tratamiento o al tratamiento tardío trae consigo grandes deformaciones físicas y graves mutilaciones.

En la actualidad, la situación mundial es muy dispar en cuanto a su distribución y magnitud, siendo una enfermedad limitada fundamental-

**E**n este trabajo se contempla la lepra desde una óptica específicamente epidemiológica. Después de hacer un breve examen de la endemia leprosa a nivel mundial y europeo, se estudia su extensión en España, haciéndose luego especial enfoque hacia el problema en la comunidad andaluza y más en concreto en lo que concierne a Jaén, provincia destacada por su participación en la endemia hanseniana.

Se estudian prevalencia, incidencia y distribución por sexos, edades y formas clínicas. Se comentan los aspectos sociales de la enfermedad, aludiendo a la influencia de factores tales como situación laboral, nivel económico, vivienda, ubicación geográfica, etc.

Todo ello permite finalmente trazar un perfil-tipo del sujeto que con mayor frecuencia soporta este proceso infeccioso.

mente a países subdesarrollados y estando prácticamente ausente en los muy desarrollados. En nuestro medio, su prevalencia está circunscrita a grupos poblacionales reducidos y presenta valores importantes en algunas provincias de Andalucía y Cataluña. Asimismo, la incidencia de nuevos casos anuales muestra una clara tendencia a la baja

y al control de la enfermedad.

## Estado actual de la lepra a nivel mundial

La presentación de la enfermedad y de sus diversas formas a nivel mundial no es uniforme, encontrándose diferencias tanto continentales como nacionales, regionales o locales.

La Organización Mundial de la Salud considera que la lepra comienza a constituirse en un problema importante de salud pública cuando la tasa de prevalencia es superior a 1 caso por cada 10.000 habitantes (ó 0,1 por 1.000 habitantes) (1).

Así, atendiendo al grado de endemia leprosa (número de leprosos por 1.000 habitantes) los países se clasifican en:

— Gran Endemia: > 1/1.000 habitantes.

Palabras clave: Lepra. Endemia leprosa. Lepra en Andalucía y Jaén

Fecha de recepción: 1-2-94

— Moderada Endemia: 0,2-1/1.000 habitantes.

— Pequeña Endemia: < 0,2/1.000 habitantes.

Las últimas cifras disponibles de la OMS (1991) (2) señalan 5,5 millones de casos registrados en todo el mundo. En sólo diez años y a partir de la introducción de la multiterapia en 1981, las estimaciones de casos mundiales han pasado de 10-12 millones a los 5,5 actuales. La cifra más alta de enfermos corresponde al sudeste asiático con 3.801.343 casos censados y una prevalencia de 3,36 por 1.000 habitantes. El país con mayor censo del mundo es la India. Le sigue el continente africano con una prevalencia de 2,1 por 1.000 habitantes (3-4).

Respecto a Europa (2), los casos registrados en 1992 son 7.021, con una tasa de prevalencia de 0,08 casos por cada 10.000 habitantes. Persiste una endemia autóctona que fundamentalmente se centra en Rusia y países mediterráneos. En los países nórdicos, donde prácticamente se había erradicado, vuelven a registrarse nuevos casos por la inmigración. Otros países (como Francia e Italia) se encuentran en una situación intermedia, con un foco autóctono tradicional y la llegada de inmigrantes enfermos. En España actualmente, y según los datos del Registro Estatal (octubre 1992) (5), la tasa es de 0,36 por 10.000 habitantes (ó 0,036 por 1.000 habitantes); presenta, por tanto, una endemia débil en el conjunto nacional, aunque pasa a ser media o fuerte en focos muy localizados.

#### La lepra en España

La distribución de la Lepra en España es eminentemente periférica, correspondiendo las zonas endémicas sobre todo a las provincias lindantes con el Mediterráneo, Andalucía, Islas Baleares y Canarias y la región de Galicia, siendo escasos los casos en las regiones del interior y norte (excepto Madrid) (6).

Así clásicamente se han señalado cuatro focos (6):

1. Foco Andaluz: Andalucía y Extremadura.
2. Foco Levantino: Cataluña, Valencia y Murcia.

3. Foco Canario.

4. Foco Gallego.

De ellos, el más importante es el foco andaluz, fundamentalmente por la elevada prevalencia en las provincias de Jaén y Málaga, y además el que ofrece un mayor movimiento migratorio (fundamentalmente a Madrid y Barcelona). Por otra parte, el foco noroeste situado en Galicia es el menos endemizado, y el que ha tenido una mayor reducción de su incidencia y prevalencia, el Levantino.

La forma más habitual de presentación de la enfermedad en nuestro país (7) sigue un patrón endémico, aunque se han descrito brotes epidémicos en pequeñas comunidades en las que ha habido una introducción de algún caso de enfermedad y existen factores favorecedores de su rápida propagación.

Dentro del patrón endémico, se han observado variaciones recesivas en el número de casos indicativas de una disminución de la incidencia debido probablemente a las modificaciones de los factores de riesgo asociados a ella, tales como el desarrollo económico y la mejora del hacinamiento y las condiciones de la vivienda, y los factores de riesgo presentes en el huésped, como es la resistencia natural.

En consecuencia a estas modificaciones, se ha podido constatar:

1. Un aumento de la edad media de comienzo de la enfermedad.
2. Una reducción de los índices de incidencia por edad en cohortes sucesivas.
3. Un aumento de la proporción de formas lepromatosas entre los nuevos casos.

Hasta hace pocos decenios no se desarrollaron en España procedimientos aceptables de registro de enfermos que mostrasen el verdadero estado de la endemia.

En 1852 se encontraban censados 284 enfermos, cifra que se hizo claramente ascendente en los años sucesivos (tabla I) (8).

En cuanto a la incidencia de la enfermedad, ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, presentando picos en los años 50 y 60 (tabla II) (8-9).

**La lepra en Andalucía y en la provincia de Jaén**  
Andalucía continúa siendo la Comunidad Autó-

**Tabla I. La lepra en España**  
Endemia leprosa (prevalencia)

Año	Casos prevalentes
1852	284
1903	522
1914	898
1924	579
1932	833
1950	2.234
1960	4.054
1971	5.095
1982	5.109
1991	2.232

noma con mayor número de enfermos y como consecuencia de la emigración ha contribuido en gran parte a la constitución de focos en otras zonas de la geografía española (10).

En la actualidad presenta una *prevalencia* de 1.325 enfermos registrados en 1992 (11), lo que viene a determinar una tasa de 0,191 por cada 1.000 habitantes de muestra región. Éstos se distribuyen de manera irregular, ya que aproximadamente el 75% de los casos corresponden a la mitad Oriental, mientras que el 25% restante a las provincias occidentales.

La *prevalencia* estudiada por provincias (tabla III), destaca por los valores de Jaén (tasa 0,41 por 1.000) y de Málaga (tasa 0,33 por 1.000).

**Tabla III. La lepra en Andalucía**  
Prevalencias provinciales. Año 1992

Provincia	Casos	Tasa prevalencia/1.000
Almería	117	0,26
Cádiz	90	0,083
Córdoba	150	0,2
Granada	141	0,18
Huelva	62	0,14
Jaén	260	0,41
Málaga	388	0,33
Sevilla	117	0,072
Total Andalucía	1.325	0,191

**Tabla II. La lepra en España**  
Incidencia leprosa

Año	Casos
1992-1929	144
1930-1939	459
1940	88
1950	342
1960	295
1971	121
1982	47
1991	14

provincias en las que la lepra representa aún un importante problema de salud pública.

Considerando la provincia de Jaén, y estudiando la prevalencia de casos registrados según los Distritos Sanitarios que la integran, se aprecian cifras indicativas de una endemia moderada en la práctica totalidad de ellos (tabla IV).

Esta problemática cobra gran importancia en los municipios de Porcuna (36 casos; 5,12 Prev), Lopera (15 casos; 3,8 Prev), y la Z.B.S. de Andújar A (28 casos; 1,03 Prev). Torreperogil (12 casos; 1,8 Prev), y Santiago-Pontones (6 casos; 1,5 Prev).

En cuanto a la *incidencia* en la actualidad según memoria anual de 1992 (11), ha presen-

**Tabla IV. La lepra en la provincia de Jaén.**  
Prevalencias por distritos (Jaén). Año 1992

Distrito sanitario	Casos	Tasas prevalencia/1.000
Andújar	44	0,74
Alcalá-Martos	69	0,74
Jaén	38	0,21
Linares	31	0,24
Úbeda	44	0,4
Villacarrillo	34	0,7
Total provincial	260	0,41

**Tabla V. La lepra en Andalucía**  
Incidencia Andalucía (1992)

Provincia	Casos	Tasa incidencia/10 <sup>5</sup> habit.
Almería	1	0,22
Cádiz	1	0,093
Córdoba	1	0,13
Granada	1	0,13
Jaén	1	0,16
Sevilla	1	0,06
Andalucía	6	0,09

tado cifras de 7 casos nuevos para la Comunidad Autónoma Andaluza y una tasa de incidencia de 0,1 por 100.000 habitantes (tabla V).

Dicha incidencia se encuentra en franco retroceso tanto en nuestra comunidad autónoma como en todo el territorio nacional, indicativo de una favorable tendencia hacia el control de la enfermedad posiblemente previo a su erradicación. Ello se observa claramente al estudiar las cifras de incidencia de los últimos 10 años (tabla VI) (10).

El estudio de la evolución de la incidencia de la enfermedad para la provincia de Jaén durante todo este siglo (8) muestra cómo se observan unos picos de máxima incidencia en los años 49-50; 57-59, y 64-65, siendo la tendencia actual claramente descendente (figura 1)

hasta cifras de incidencia menores a los 5 casos/año (12).

La caracterización de la casuística en la provincia de Jaén la estudiamos según las siguientes variables:

- Distribución por sexos.
- Distribución por edad.
- Distribución por etnias.
- Distribución por forma clínica.

En cuanto a la distribución por *sexos*:

La frecuencia de la enfermedad es más alta en el varón, quizás por una mayor movilidad y con ellos mayor posibilidad de contagio. La razón varón/hembra para la Comunidad Autónoma Andaluza (11) es de 1,3 a 1 para los varones y en el caso de Jaén de 1,8.

Según la *edad*, se observa un predominio de edades adultas, entre los 40 y 70 años, siendo

**Tabla VI. La lepra en Andalucía y en la provincia de Jaén**  
**Incidenia en Jaén (1980-1992)**

Años	N.º casos España	N.º casos Andalucía	N.º casos Jaén
1980	17	8	2
1981	27	5	8
1982	47	16	11
1983	42	17	11
1984	52	30	11
1985	49	22	2
1986	42	21	4
1987	14	12	1
1988	20	10	1
1989	20	16	4
1990	17	13	2
1991	14	8	2
1992		6	3

el grupo mayor el correspondiente a los 45 a 64 años, tanto en Andalucía (11) como en la provincia de Jaén (tabla VII). La distribución etaria adopta una forma de

campana con un acmé alrededor de los 60 años. Por tanto, la población de enfermos de lepra es una población vieja con escasa representatividad de jóvenes menores de 30 años,

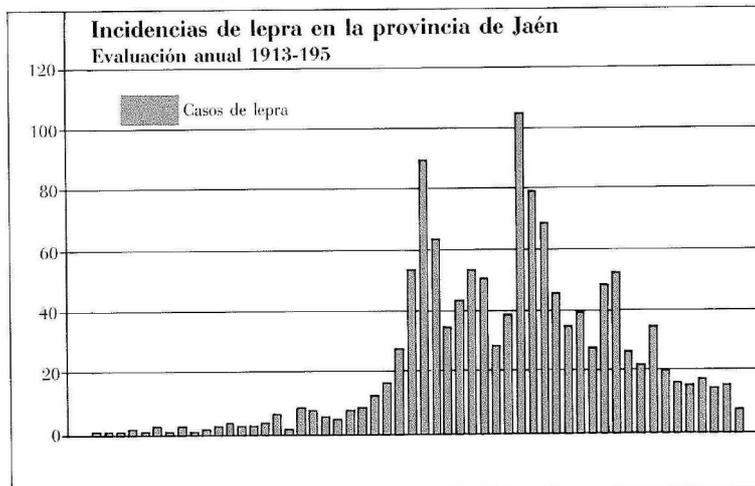


Figura 1

**Tabla VII. La lepra en la provincia de Jaén**  
Distribución por edad

	%
< 15 años	0
15-24 años	0
25-44 años	11
45-65 años	60
> 65 años	28,5

que sería indicativa de la gravedad de la endemia.

Considerando la *etnia gitana* en nuestra provincia, un 15% de los enfermos censados corresponden a este grupo de población. Según estimaciones publicadas (14) en base al estudio de Edis, la población gitana de Jaén supondría un total de 11.493 gitanos, y la prevalencia de lepra en la actualidad en este colectivo sería de 1.9 por 1.000 habitantes. Estas cifras son sensiblemente inferiores a las que aparecen en anteriores publicaciones (14) que señalan la prevalencia en 2.52 por 1.000 habitantes en el año 85 y el riesgo de sufrir la enfermedad sería hasta de 18 veces superior a la población castellana. Las diferencias observadas podrían ser atribuidas más que a un descenso real de la prevalencia de la enfermedad en este colectivo, a una mayor dificultad para el acceso a esta población y para su control e inclusión en los censos. La distribución *por forma clínica de lepra*, presenta una dominancia de la forma lepromatosa sobre todas las restantes, siendo seguida por la forma tuberculoide, hecho demostrado tan-

to en la totalidad de Andalucía como en la provincia de Jaén (tabla VIII).

Este predominio de la forma lepromatosa se da también en toda Europa y América (4), al contrario de lo que ocurre en Asia Meridional o en las regiones africanas al sur del Sahara (13). Este hecho pudiera ser debido a diferencias genéticas, culturales o ambientales entre las distintas poblaciones.

Por último comentaremos *los aspectos sociales* más relevantes que se presentan en la provincia de Jaén en torno a esta enfermedad de Hansen (tomados del Registro Social de Lepra del Patronato de Rehabilitación Social del Enfermo de Lepra PRSEL) actualizado a diciembre de 1993:

- a) En el *Nivel de Estudios*: Se tratan de individuos cuyo nivel de formación es muy bajo, con un 45,4% de analfabetos funcionales; el 29,8% analfabetos totales, y el 22,7% con estudios primarios y EGB incompleta. Llama la atención que ningún caso haya alcanzado el nivel de estudios superiores y sólo un caso (0,7%) con estudios medios.
- b) En cuanto a la *situación laboral*: La mayor parte son pensionistas, jubilados, FAS..., con un 48,2%, y les siguen las amas de casa con un 29,1%.
- c) *Sector de producción*: El grueso de esta población vive de la agricultura y la ganadería, 48,2%, y el 33,6% es obrero no cualificado-peón.
- d) La media de *ingresos mensuales* de este colectivo es de 43.587 pesetas, muy por debajo de la media de España. Esto pone de manifiesto el grado de marginación social del enfermo de lepra.

**Tabla VIII. La lepra en Andalucía y en la provincia de Jaén**  
Distribución por forma clínica

Tipo lepra	Andalucía %	Jaén %
Indeterminada	7,39	7,4
Tuberculoide	23,64	20,0
Bordel. Dimorfa	8,91	7,8
Lepromatosa	58,34	57,0
Desconocida	1,71	8,0

e) *Vivienda*: La mayoría de los enfermos vive en viviendas con agua corriente, electricidad, gas, lavadora..., aunque un 17% no dispone de cuarto de baño.

En cuanto a su superficie, el 39% presentan viviendas con una superficie media entre 60-90 m.<sup>2</sup> y un 40,4% de más de 90 m.<sup>2</sup>.

f) *Medio Urbano/Rural*: Arroja los siguientes resultados:

Ubicación	%
Medio rural integrado	34,8
Urbano	22,7
Rural marginado	17,0
Rural diseminado	10,6
Urbano-Periférico-Marginal	9,2

Agrupándose en las categorías rural/urbano, el 62,4% de los enfermos pertenecen al medio rural y el 37,6% al urbano, proporción similar a la encontrada en otras publicaciones (15).

g) Por último, el estudio de los *datos familiares y de convivencia*, demuestra que hasta un 50,3% presentan antecedentes familiares de convivencia con otros enfermos (tabla IX), sien-

**Tabla IX. La lepra en la provincia de Jaén**  
Estudio familiar y de convivencia\*

Tipo de convivencia	%
Esposo/a	0
Hijo/s	2,1
Esposo/a e hijo/s	0
Padre-madre	7
Hermano/s	15
Ascendiente/s abuelo/a tío/s	7
Colaterales primo/s	2,1
Descendiente/s nieto/s	0
Varios	13,3

\* Total con antecedentes de convivencia con enfermos de Hansen en la familia: 50,3% de los censados.

do ésta más frecuente entre hermanos y con más de un miembro de la familia. Llama la atención la nula existencia de antecedentes de convivencia entre los enfermos cuando sólo se da en el esposo/a, indicando así cómo el riesgo de contraer la enfermedad se debe más que a situaciones de contacto próximo con un enfermo a factores intrínsecos de los propios sujetos susceptibles dentro de la misma línea familiar.

### Conclusiones

La enfermedad de Hansen, aún hoy, constituye para la provincia de Jaén un problema importante desde el punto de vista de la salud pública, de la asistencia médica y social. Sus repercusiones se agudizan en núcleos de poblaciones muy circunscritos y aislados que mantienen niveles medio-alto de endemidad, y para los que la marginación social y la propia automarginación que esta enfermedad representa, plantea situaciones difíciles de abordar. El perfil que define al enfermo de lepra es el de un adulto de más de 45 años, varón, con una historia familiar en la que se presentan otros casos de enfermedad de Hansen, siendo éstos más de uno, analfabeto, trabajador agrícola o pensionista, procedente del medio rural y cuyo nivel de ingresos es muy bajo o que vive en la pobreza.

Las medidas preventivas y la lucha contra esta enfermedad pasan por el adecuado desarrollo de Programas de Atención al enfermo de Hansen que aborden los aspectos tanto médicos, como económicos, educativos y sociales. ◀

---

M. I. Sillero Arenas, *Jefe de Epidemiología de la Delegación de Salud de Jaén.*

---

---

#### Referencias bibliográficas

---

1. *Una guía para el control de la lepra*. Publicaciones de la OMS. 1988. Ministerio de Salud y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria.
2. *Conclusiones de la reunión de 6 de octubre de 1992 sobre vigilancia epidemiológica de la lepra*. Madrid, Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud «Carlos III». Octubre 1992.
3. GONZÁLEZ DE CANALES GERISOLA, F.: *La lepra en la actualidad*. Patronato de Rehabilitación Social de Enfermos de Lepra, 1986.
4. TERCENIO DE LAS AGUAS, J.: «El origen de la lepra en América y su situación actual». *Fontilles. Revista de Leprología*. Vol. XVII, núm. 2. Mayo-agosto 1989: 157-163.
5. *Resumen de los aspectos más destacables de la situación actual en España de la Vigilancia Epidemiológica de la Lepra y de las recomendaciones consideradas más relevantes*. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud «Carlos III». Octubre 1992.
6. MARCOS ARAGÜES, G., y GÓMEZ LÓPEZ, L. I.: «Lepra: epidemiología y medicina preventiva y social. Organización de la lucha antileprosa». *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 9.ª edición G. Piédrola y otros. Capítulo 46: 591-601.
7. TERCENIO DE LAS AGUAS, J.: «Epidemiología y control de la lepra en España». *Fontilles. Revista de Leprología*. Vol. XIV, núm. 5. Mayo-agosto 1984: 511-521.
8. IRÁÑEZ DE ALDECOA Y ARROYO, R.: «Resumen estadístico de la Lepra en España». *Fontilles. Revista de Leprología*. Vol. X, núm. 6. Septiembre-diciembre 1976: 5-291.
9. CONTRERAS DUEÑAS, I.: «Estudio cronológico de las estadísticas de la lepra en España». *Fontilles. Revista de Leprología*. Vol. XI, núm. 1. Enero-abril 197: 9-21.
10. RODRÍGUEZ-IDICORAS, M. I.; PETIT, C.: «La lepra en Andalucía». *Fontilles. Revista de Leprología*. Vol. XVII, núm. 6. Septiembre-diciembre 1990: 577-587.
11. *Programa de Lepra. Memoria 1992*. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública. Junta de Andalucía.
12. GONZÁLEZ CANALES, F.; PINEDO, J. M.; MÉNDEZ, C.: «Modificación del índice de prevalencia y de las tasas de detección anual de nuevos casos en la lucha antileprosa». *Fontilles. Revista de Leprología*. Vol. XV, núm. 3. Septiembre-diciembre 1985: 269-273.
13. KAUFMANN, Alicia E.: *La lepra y sus imágenes*. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Colección Rehabilitación.
14. DELGADO RODRÍGUEZ, M.; RODRÍGUEZ CONTRERAS PELAYO, R.; EXTREMERA CASTILLO, F.; SERRANO ORTEGA, S.; GÁLVEZ VARGAS, R.: «Aspectos epidemiológicos de la lepra en la provincia de Jaén». *Revista Clínica Española*. Vol. 185, núm. 2. 1989: 85-89. antileprosa.
15. TERCENIO DE LAS AGUAS, J.: «Evolución urbana de la lepra». *Fontilles. Revista de Leprología*. Vol. XVII, núm. 3. Septiembre-diciembre 1989: 219-221.