

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Historia de la lepra vinculada a la enseñanza de la Dermatología

History of leprosy linked to the teaching of Dermatology

Nancy Téllez Céspedes^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-5012-9633>

María Eugenia García Céspedes¹ <http://orcid.org/0000-0001-5075-831X>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Hospital General Universitario "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso". Santiago de Cuba. Cuba.

* Autor para correspondencia. Correo electrónico: nancy.tellez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Fundamento: la lepra es una enfermedad crónica trasmisible, poco contagiosa, producida por el *mycobacterium leprae*, es probablemente la más antigua de todas las enfermedades y es la segunda que más discapacidades causa después de la poliomielitis.

Objetivo: profundizar acerca de los factores que contribuyeron en la evolución del conocimiento científico de la lepra y su vínculo con el desarrollo histórico del proceso de formación de los estudiantes de Medicina en la asignatura Dermatología en Cuba.

Métodos: para la recogida de la información se emplearon artículos de Scielo, Google Scholar, MEDISAN y Elsevier, publicados e impresos para un total de 77; de ellos fueron seleccionados 23 que cumplían con el criterio de idioma español o traducidos al español y

que abordaran la lepra, su historia y cómo se inserta en el proceso de formación en la carrera de Medicina.

Desarrollo: los factores que contribuyeron en la evolución histórica de la lepra son las migraciones desde el viejo continente hasta las Américas, el desarrollo del conocimiento científico a partir del siglo XIX y en Cuba, el factor fundamental que determinó el desarrollo científico y formativo de la Dermatología vinculada a la enfermedad fue el triunfo de la Revolución en 1959.

Conclusiones: se determinaron las diferentes etapas de evolución histórica de la enfermedad en el mundo y en Cuba, así como su vínculo con los procesos formativos de la carrera de Medicina y la asignatura Dermatología en Cuba.

DeCS: lepra; historia de la Medicina; dermatología; educación médica.

ABSTRACT

Background: leprosy is a chronic transmissible disease, not very contagious, caused by mycobacterium leprae, it is probably the oldest of all diseases and is the second causing more disabilities after poliomyelitis.

Objective: to deepen into the factors that contributed to the evolution of scientific knowledge of leprosy and its link with the historical development of the training process of medical students in the Dermatology subject in Cuba.

Methods: for data collection, articles from Scielo, Google Scholar, MEDISAN and Elsevier were used, published and printed for a total of 77; Of them, 24 were selected that met the criteria of Spanish language or translated into Spanish and that addressed leprosy, its history and how it is inserted in the training process in the Medicine degree.

Development: the factors that contributed to the historical evolution of leprosy are the migrations from the old continent to the Americas, the development of scientific knowledge from the 19th century and in Cuba, the fundamental factor that determined the scientific and educational development of Dermatology linked to leprosy was the triumph of the Revolution in 1959.

Conclusions: the different stages of historical evolution of the disease in the world and in Cuba were determined, as well as its link with the training processes of the Medicine degree and the Dermatology subject in Cuba.

MeSH: leprosy; history of medicine; dermatology; education, medical.

Recibido: 29/05/2021

Aprobado: 14/04/2022

INTRODUCCIÓN

La lepra es una enfermedad crónica trasmisible, poco contagiosa, producida por el *mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen). Es probablemente la más antigua de todas las enfermedades y la segunda que más discapacidades causa después de la poliomielitis. Además del daño neurológico y sus consecuencias, los factores sociales, psicológicos y económicos tienen una influencia relevante para el enfermo y para la operatividad de los programas de control.^(1,2)

Su variable periodo de incubación, la falta de una definitiva certeza de su modo de transmisión, las diversas manifestaciones clínicas que ofrece: que varían de lesiones únicas anulares a lesiones nodulares diseminadas, de una anestesia total a zonas francamente hiperestésicas y el hecho de ser un modelo para el estudio de la inmunorregulación cutánea, la han convertido en una enfermedad realmente muy estudiada.^(3,4,5,6,7)

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; constituye aún un problema de salud importante en 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 dos últimas zonas, las tasas notificadas oscilan entre 0,1-14,0 x 10 000 habitantes.^(1,2,3)

Una disminución de la incidencia no constituirá 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 donde viven aproximadamente el 91 % de los pacientes de lepra en el mundo. Se estima en un millón y medio el número de casos concentrados en los cinco países de mayor endemidad: India, Nepal, Sudán, Madagascar y Brasil.⁽⁵⁾

En el presente trabajo los autores se propusieron: profundizar acerca de los factores que contribuyeron en la evolución del conocimiento científico de la lepra y su vínculo con el desarrollo histórico del proceso de formación de los estudiantes de Medicina en la asignatura Dermatología en Cuba.

MÉTODOS

Para la recogida de la información se revisaron 77 artículos de Scielo, Google Scholar, MEDISAN y Elsevier, publicados o impresos; de ellos, fueron seleccionados 23 que cumplieran con el criterio de idioma español o traducidos al español y que abordaran la lepra, su historia y el proceso de formación en la carrera de Medicina vinculado al tema.

DESARROLLO

Los orígenes de su identificación

En sus orígenes la especialidad de la Dermatología mantuvo ligada su suerte a la Medicina Interna y fue considerada una parte de esta. Su desenvolvimiento estuvo relacionado con el curso y evolución de la medicina en general; sin embargo, fue científicamente reconocida y orientada como una especialidad médica, relativamente tarde.^(1,2,3,4,5)

Los obstáculos para su desarrollo fueron numerosos por lo que necesitó tiempo para su desarrollo; permaneció estática principalmente por razón de su carácter peculiar: por su sintomatología fundamentalmente visual tardó mucho más en ser reconocida como

especialidad médica pues carecía de un medio propio de expresión verbal; esto trajo como consecuencia dificultades para los practicantes de dicha ciencia.

En Egipto el arte de la medicina se desarrollaba de la forma siguiente: cualquier individuo podía aplicarse la medicina; se automedicaba, existían muchos médicos reconocidos como tales, los cuales ejercían la Medicina. Algunos se ocupaban de las afecciones oculares, otros de los dientes y encías, afecciones del vientre, otros de medicina interna, y se hace referencia específica a los especialistas de la piel, y a uno en particular, quien tuvo mucha reputación, quien era llamado en ocasiones a Grecia para consultas.^(6,7,8,9)

En Israel los médicos hebreos no siempre gozaron de gran reputación dermatológica; así vemos que en el Talmud, la escritura, lejos de considerar a los médicos como tales, sus juicios y discusiones fueron suplidos por ministros; por ejemplo, algunos escritos fueron hechos por una clase sacerdotal con la cual los médicos estaban en competencia; por consiguiente, la historia de la medicina antigua hebrea fue plasmada por escritores no médicos, y así crearon algunos problemas o promovieron otros en la determinación de la identidad de enfermedades mencionadas por ellos.

Se mencionan algunas enfermedades cutáneas en el Antiguo Testamento con una referencia frecuente a la lepra, y en el Libro "*Lebiticus*" existen 59 versos en los cuales declaran las reglas para distinguir la lepra de otras enfermedades de la piel; autoridades competentes identificaron la enfermedad hebrea llamada *zaraath* en este libro, la que al ser traducida al griego se conoce como lepra, desde entonces empezó a llamarse con tal nombre.^(1,4)

Ellos confundieron multitud de enfermedades de la piel con la lepra; por consiguiente, el más famoso caso de sufrir enfermedad dermatológica se encuentra relatado en el Antiguo Testamento en el cual Job sufrió de úlceras y forúnculos de las plantas de los pies y posiblemente de eczema generalizado.

Esto evidencia que la lepra existe desde tiempos inmemoriales y acompaña 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

Santa Clara ene.

tenían un significado mucho más amplio que el término empleado actualmente y se referían a muchas más enfermedades con el mismo nombre.

Es una enfermedad de desigual distribución mundial 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 habitantes en zonas rurales de regiones tropicales y subtropicales, donde las condiciones socioeconómicas desfavorables pueden ser más decisivas que el mismo clima.⁽¹⁾ Aunque históricamente es endémica de estas regiones es un error circunscribirla 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.⁽⁵⁾

Evolución histórica de la lepra

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*. Asimismo, 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 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. En la Biblia la enfermedad es mencionada en el levítico del Antiguo Testamento con la palabra *zaraath* y también la mencionan en el Nuevo Testamento los libros de San Mateo y San Lucas, ya con el término de lepra.^(5,6)

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., pudo 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⁾

Santa Clara ene.

Su presencia en Europa occidental ha sido bien registrada en documentos: en 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 en algunos países llegaron a celebrarse ceremonias religiosas en las que se declaraba civilmente muerto al enfermo de lepra (*separatio leprosum*). 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, y no la enfermedad. Por ello, eran 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; eran considerados muertos en vida, ni siquiera existían para su familia. Se les obligaba a llevar un vestuario especial y una campanilla que permitía reconocerlos aun a larga distancia.^(4,5,6)

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 transmisoras 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, donde se encuentra la zona con más países afectados actualmente por la enfermedad, puede haber sido su foco originario.⁽⁶⁾

Hacia el año 1200, la enfermedad ya había alcanzado su máxima extensión en Europa, se conocía 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 acogía 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 fueron el movimiento poblacional que más influyó en la difusión de la lepra en el viejo continente.^(5,6)

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 contra ellos con el ánimo de prohibirles su entrada en las comunidades, pues era casi demencial el 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. Para el año 1600 la epidemia había disminuido notablemente en Europa y solo quedaban pequeños focos en los países escandinavos y Rusia.^(5,6)

En las Américas 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 de lepra. A partir del año 1510 se introdujo 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, apareció también de forma epidémica en Hawai y otras islas de Oceanía, incluyendo Australia, donde tampoco su población autóctona la conocía.^(6,7)

En Cuba, en el siglo XVII aparecen las primeras evidencias de la lepra: se registraron los primeros casos en la Habana, años más tarde se tuvieron evidencias en Santiago de Cuba y otras provincias.^(4,5,6,7,10)

Inicio del conocimiento científico de la enfermedad

A partir del siglo XIX tiene lugar el conocimiento científico de la lepra y es en la ciudad noruega de Bergen donde dos grandes clínicos (Danielssen y Boech) estudiaron desde el punto de vista clínico y anatomopatológico la lepra; ya en el año 1847 la clasificaron en dos formas clínicas: la nodular y la anestésica. Para el año 1851, Lucio y Alvarado publican el

Santa Clara ene.

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 siete años después, gracias al médico alemán Albert Neisser quien 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.^(3,4,5,6)

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: 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 1939 se acordó en el Congreso Latinoamericano de Leprología, a propuesta de Ravelo, dividir la enfermedad en dos grandes formas polares: la forma polar lepromatosa (L) y la forma polar tuberculoide (T) que comprendía casos benignos con o sin bacilos y Mitsuda (+).^(4,5,6,10,11,12) También en 1939, Fernández aplica por primera vez la vacuna BCG con criterio de prevención para la enfermedad.⁽⁶⁾ En 1941 Faget inicia la sulfoterapia que modifica, en alguna medida, el concepto de incurabilidad de la enfermedad.^(4,13,14,15,16)

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).^(7,17) Para 1953, año de celebración del VI Congreso Internacional de Leprología en Madrid, se adoptó una clasificación en la que se admiten dos formas polares

Santa Clara ene.

bien definidas: la lepromatosa y la tuberculoide, y se crean dos grupos intermedios bien definidos: el indeterminado (ya aceptado) y el dimorfo (D) o *borderline* (B), denominado así por Wade. Asimismo, se establecieron en este congreso, los criterios para el diagnóstico de la lepra: 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 inocular material leproso en las almohadillas plantares del ratón y se produce la enfermedad, con lo cual se confirmó 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.^(5,6) Esta experiencia marcó el inicio de la era de la lepra experimental en el mundo.

Evolución histórica de los procesos formativos de la carrera de Medicina en Cuba vinculados a la lepra

Los procesos formativos de la carrera Medicina en Cuba durante el período prerrevolucionario se caracterizaron por ser elitistas, por el pago de la matrícula; el proceso enseñanza aprendizaje se caracterizó por ser teórico enciclopedista, con desvinculación de la teoría con la práctica. Entre 1902 a 1958 prevaleció el autodidactismo como principal forma de superación profesional, la formación de recursos humanos en función de los pacientes de lepra estaba a cargo de la Sociedad Cubana de Dermatología. El profesor Raimundo García Menocal inició la docencia de Dermatología en el año 1903 al impartir cursos complementarios de tres meses de duración para los alumnos de Medicina, lo que podría considerarse la primera actividad docente dermatológica de que se tiene noticias en Cuba. En 1906 se abre la primera sala para la atención de enfermos de lepra en el actual Hospital Universitario General Calixto García, y en la iglesia donde por caridad atendían a los enfermos confinados en reclusorios y en aislamiento.^(4,6)

Al triunfo revolucionario solo existía una facultad de Medicina con ingreso limitado para los aspirantes, se abrieron nuevas facultades en el curso de los años, el plan de estudios vigente databa del año 1942 y la asignatura Dermatología se impartía en el quinto curso con una duración de tres meses.

Santa Clara ene.

Antes de 1960 existía un dispensario de enfermedades venéreas y lepra, ese mismo año se crea el Ministerio de Salud Pública y el Servicio Médico Social Rural, que haría posible extender la atención primaria y secundaria hasta los lugares más apartados de la nación.^(18,19,20,21)

En agosto de 1961 se promulga la Ley No. 959, que señala al Ministerio de Salud Pública como rector de todas las actividades de salud del país. Se planteó la necesidad de desarrollar un sistema educacional que garantizara la formación de recursos humanos que reclamaban los programas de salud dirigidos a la población; tuvo lugar así la apertura de nuevas escuelas para dar respuesta a una de las principales y primeras medidas revolucionarias: la salud, derecho de todos y deber del Estado.^(20,21,22,23)

En Cuba, en el año 1962 existía una prevalencia de 4020 enfermos para una tasa de prevalencia de 0.57 por 1000 habitantes; se estableció el primer Programa de Control Nacional de Lepra (PNCL) orientado a prevenir, diagnosticar oportunamente y tratar de forma adecuada esta enfermedad. A partir de este momento distintos programas se han ido sucediendo; se realizó una reforma universitaria donde se modificaba el plan de estudios de la asignatura y se acortó su duración a cinco semanas; en este plan hizo particular énfasis en el aprendizaje de la lepra, su diagnóstico, tratamiento y prevención.

La década de 1970 se distinguió por la creación de policlínicos comunitarios. En 1972 se implementó el segundo PNCL, se establecieron los criterios del alta, se descentralizó la atención al área de salud y se transformaron los leprosorios en hogares para los enfermos con problemas sociales y discapacidades.

Entre los años 1974-75 se decide entrevistar a todos los enfermos registrados para conocer la disposición de tomar tratamiento controlado.

En el año 1977 comenzó simultáneamente en todo el país el Tercer Programa de Control al haber una tasa de prevalencia de 0.5 por 1000 habitantes con un tratamiento de ataque que comprendía: Rifampicina (droga bactericida), Acedapsona (Hansolar) IM, ambulatorio y controlado, a los pacientes paucibacilares por seis meses; y a los multibacilares por dos

Santa Clara ene.

años.^(4,5) En ese momento el tratamiento se hizo ambulatorio y controlado y la búsqueda de contactos fue la principal característica.

En 1984 se creó el modelo de medicina familiar y el programa se vincula a esta modalidad de atención, con la conducción del Profesor de Mérito Dr. Fidel Ilizástigui Dupuy.⁽²¹⁾

En este período los procesos formativos de la educación médica cubana ofrecen respuesta al encargo social de la Revolución, los cuales se sustentan en un fundamento político ya que existe voluntad del Estado manifestada en el artículo 51 de la Constitución de la República de Cuba y la Ley 41 de Salud Pública.^(3,5) Con el comienzo del programa del médico y la enfermera de la familia se le da a la lepra un enfoque comunitario y el desarrollo de la habilidad del EDN para el diagnóstico precoz de la enfermedad.

En 1986 se actualizó el programa de la asignatura y vuelve a ser reducido a tres semanas. Luego continuaron las modificaciones en el programa de atención de la lepra y en el de enseñanza de la asignatura: en 1993, con la reducción de la tasa de prevalencia a 0.79 por 10 000 se alcanzó la eliminación de la enfermedad como problema de salud pública a nivel nacional según definición de la OMS. Este criterio de la OMS significa reducir la tasa de prevalencia de la enfermedad a menos de un caso por 10 000 habitantes.

Los nuevos programas con sus modificaciones propiciaron un mejor entendimiento de cómo el comportamiento, la voluntad política y la disposición de recursos para la salud son factores que operaron y modificaron los patrones de esta enfermedad en Cuba, además establecieron el inicio de la terapia multidroga (MDT) en el país, según los esquemas de la OMS. Surgió así una nueva era de esperanza en la lucha por su eliminación en Cuba que incluyó dentro de sus objetivos la detección temprana para interrumpir la trasmisión.⁽⁶⁾

En el 2005 comenzó el programa de los policlínicos universitarios, donde se impartía la asignatura en la atención primaria por dermatólogos; en abril de 2010 se aprobó un nuevo programa, el cual está vigente.

CONCLUSIONES

El factor fundamental que influyó en el desarrollo histórico del proceso de formación de los estudiantes de Medicina en la asignatura Dermatología vinculado al conocimiento de la lepra y sus programas de diagnóstico y control en Cuba fue la atención que se le otorgó a partir del triunfo de la Revolución en que existió la voluntad política del Estado de aplicar diversos programas para la cura y erradicación de la enfermedad; así se alcanzó un mayor desarrollo del conocimiento científico en pos de la salud para todos, con acceso gratuito al tratamiento multidroga, con lo cual se logró que la lepra no constituyera un problema de salud en el territorio cubano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abreu Daniel A, Ramírez CR, Moredo E. Historia de la Lepra en Cuba. *Fol Derm Cub* [Internet]. 2020 [citado 25/10/2020];14(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/212/223>
2. OMS. Actualización mundial de la lepra. 2019. *Weekly Epidemiological Record*. 2020;95(36):417-40.
3. Hurtado L, González L, Tejera F, Portela C. Lepra tardía. Comportamiento clínico epidemiológico. La Habana. Período 2008-2016. *Rev Leprol* [Internet]. 2017 [citado 25/10/2020];31:[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en:/ibc-170808>
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Lepra, normas técnicas para el control y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
5. Rumbaut Castillo R. Historia de la Lepra en Cuba. Evolución del programa de control. La Habana: Minsap; 2019.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional Asignatura Dermatología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana: Minsap; 2010.
7. Olmedo Buenrostro BA, Mora Brambillia AB, Abarca Cedeño S. Conocimientos de la lepra en estudiantes de Enfermería y Medicina. México: Editorial Académica Española; 2015.
8. Salas Perea RS. Los procesos formativos, la competencia profesional y el desempeño laboral en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. *Educ Med Super* [Internet]. 2012 [citado

25/03/2020];26(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000200001

9. González Gorrín M, Arocha Rodríguez R, Arocha Gonzalez CR. La lepra vista desde el estudiante de medicina. Fol Derm Cub [Internet]. 2020 [citado 25/09/2020]; 14(1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/210/221>

10. Abreu Guillén GJ, Escalona Veloz R. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con estados reaccionales de lepra. Medisan [Internet]. 2015 [citado 16/09/2020];9(7): [aprox. 8 p]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000700005

11. Rodríguez Roque M, Herrera Alonso D, Sánchez Lozano A. Neuropatía hipertrófica secundaria a enfermedad de Hansen. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2016 [citado 18/09/2020]; 14(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000400016&lng=es

12. Hurtado Gascón LC. El desempeño profesional del médico de familia en la detección temprana de la lepra. Rev Cubana de Tecnología de la Salud [Internet]. 2018 [citado 25/09/2020];9(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en:

<http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1294>

13. Salas Perea RS, Salas Mainegra A. Modelo formativo del médico cubano. Bases teóricas y metodológicas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.

14. Vela Valdés J. Formación de médicos para los servicios de salud en Cuba 1959–2014 [tesis doctoral] La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2016.

15. De la Torre Navarro LM, Martínez G, Domínguez J. Objetos de aprendizaje en Dermatología: una bondad de las TIC. Rev Cubana de Informática Médica [Internet]. 2015 [citado 25/03/2020]; 7(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=59436>

16. Blanco Córdova CA. Lepra lepromatosa, diagnóstico temprano en atención primaria. Fol Derm Cub [Internet]. 2020 [citado 25/09/2020]; 14(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en:

<http://www.revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/194/227>

17. Vela-Valdés J, Salas-Perea RS, Quintana-Galende ML, Pujals-Victoria N, González Pérez J, Díaz Hernández L, et al. Formación del capital humano para la salud en Cuba. Rev Panam Salud Pública. 2018 [Internet]. 2018 [citado 25/03/2020]; 42:e33. Disponible en:

<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.33>

18. Mendoza Rodríguez H. Modelo didáctico para la educación ambiental en la carrera de medicina [tesis de doctorado]. La Habana: Editorial Universitaria, 2016.
19. Rocha VM, Hernández MA, Mantecón MI. Satisfacción de egresados cubanos de la carrera de Medicina con la formación recibida. Curso 2015-2016, Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2017 [citado 25/03/2020];15(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76064>
20. Hurtado Gascón LC, Lazo Pérez MA, Rumbault Castillo RC. Demora en el diagnóstico de la lepra. La Habana: Convención Internacional de Salud, Cuba Salud; 2018. Disponible en:
<https://www.researchgate.net/publication/326156918>
21. Quevedo Lorenzo I, Yáñez Crombet A, Delgado Gutiérrez OL, Domínguez Núñez CR, Bejar Viltres HR. Algunos aspectos clínico-epidemiológicos de la enfermedad de Hansen en el municipio Yara. Granma. 2013-2017. Multimed [Internet]. 2019 [citado 25/03/2020];23(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en:
<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1095/1444>
22. Companioni Maya Y, González Torres A, Gómez Díaz y. Pensar siempre en lepra. Fol Derm Cub [Internet]. 2018 [citado 25/03/2020];12(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en:
<http://www.revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/143/207>
23. Vela Valdés J. Formación de médicos para los servicios de salud en Cuba 1959–2014 [tesis doctoral] La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2016.

Declaración de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Nancy Tellez Cespedes: búsqueda bibliográfica, organización de la información, confección del artículo, revisión final.

María Eugenia García Céspedes: confección del artículo y revisión final.

Este artículo está publicado bajo la licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

[Esta revista está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)