



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

CCP

Centro Centroamericano  
de Población

Doi: <https://doi.org/10.15517/psm.v17i2.40063>  
Volumen 17, número 2, Art. Cient. Enero-junio 2020



# Población y Salud en Mesoamérica

## Mortalidad por lepra y política sanitaria. Argentina, 1980 a 2014

Andrés C. Peranovich y Dora E. Celton

Como citar este artículo:

Peranovich, A. C. y Celton, D. E. (2020) Mortalidad por lepra y política sanitaria. Argentina, 1980 a 2014. *Población y Salud en Mesoamérica*, 17(2). Doi: <https://doi.org/10.15517/psm.v17i2.40063>



ISSN-1659-0201 <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Revista electrónica semestral  
[Centro Centroamericano de Población](#)  
[Universidad de Costa Rica](#)

**Mortalidad por lepra y política sanitaria. Argentina, 1980 a 2014***Mortality from leprosy and health policy. Argentina, 1980 to 2014***Andrés C. Peranovich<sup>1</sup> Dora E. Celton<sup>2</sup>**

**Resumen:** Introducción: La lepra es una enfermedad milenaria y socialmente estigmatizadora, cuyo perfil de mortalidad en la región de las Américas cambió recién a partir de 1981 con la introducción de la poliquimioterapia. Como parte de la región, Argentina también ha sido parte de ese proceso, con sus particularidades económico-sociales y políticas. Este trabajo analiza la mortalidad producida por la lepra en Argentina en los últimos 35 años y su relación con el contexto sanitario de este país. Metodología: se trata de un trabajo de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo, con perspectiva sociodemográfica. Se calculan tasas de mortalidad específicas por sexo, edad y lugar de residencia para Argentina entre 1980 y 2014, a partir de datos oficiales obtenidos de organismos nacionales y de la Organización Panamericana de la Salud. Resultados: se observa una disminución de la mortalidad por lepra en el país, de aproximadamente un 79 % en el periodo estudiado, con variaciones de su intensidad que concuerdan con acciones de salud pública aplicadas. Esta mortalidad es mayor en hombres, aumenta a partir de los 45 años de edad y las provincias más afectadas son las del norte del país. Conclusiones: las políticas públicas en materia de salud destinadas a la disminución de la mortalidad por lepra han sido eficaces a corto plazo, pero la falta de mantenimiento de las mismas está produciendo un resurgimiento de esta causa de muerte.

**Palabras clave:** Lepra, Mortalidad, Argentina, Enfermedades Tropicales Desatendidas.

**Abstract Introduction:** Leprosy is an old and socially stigmatizing disease, whose mortality profile in the region of the Americas changed only since 1981 with the introduction of polychemotherapy. As part of the region, Argentina has also been part of that process, with its economic-social and political particularities. This paper analyzes the mortality caused by leprosy in Argentina in the last 35 years, and its relationship with the health context of this country. **Methodology:** This is a quantitative, transversal and descriptive work, with a socio-demographic perspective. Specific mortality rates are calculated by sex, age and place of residence, for Argentina between 1980 and 2014, based on official data obtained from national organizations and the Pan American Health Organization. **Results:** There is a decrease in leprosy mortality in the country, approximately 79% in the period studied, with variations in its intensity that are consistent with public health actions applied. This mortality is higher in men, increases from 45 years of age and the most affected provinces are those in the north of the country. **Conclusions:** Public health policies aimed at reducing leprosy mortality have been effective in the short term, but the lack of maintenance is causing a resurgence of this cause of death.

**Key words:** Leprosy, Mortality, Argentina, Disattended Tropical Diseases.

Recibido: 18 jul 2019 | Corregido: 26 nov 2019 | Aceptado: 09 dic 2019

---

<sup>1</sup> Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Universidad Nacional de Córdoba (UNC), ARGENTINA. [andrescperra@gmail.com](mailto:andrescperra@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7639-5091>

<sup>2</sup> Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Universidad Nacional de Córdoba (UNC), ARGENTINA. [dora.celton6@gmail.com](mailto:dora.celton6@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3033-9027>

## 1. Introducción<sup>1</sup>

La lepra es una enfermedad milenaria que afecta a la humanidad desde hace al menos 4000 años. En el continente americano fue introducida por colonizadores europeos y esclavos traídos del África, y amén su predilección por zonas tropicales, fue arraigando su presencia en las Américas de acuerdo a la geografía y la situación demográfica, socioeconómica y cultural característica de cada región o país. Esta afección muestra una asociación significativa entre su carácter endémico y el desarrollo socioeconómico de la población afectada, lo que indica que las condiciones generales de vida y salud de una comunidad influyen marcadamente en el cuadro epidemiológico de la lepra. Por otro lado, la lepra ha sido socialmente estigmatizadora durante siglos, y en la actualidad todavía se asocia con ese estigma, siendo este el mayor obstáculo para los tratamientos precoces que permiten la cura (Lombardi, 1988).

La introducción de la poliquimioterapia en 1981 y la recategorización de esta enfermedad como problema de salud pública, logró cambiar notablemente el perfil epidemiológico de esta afección en la mayoría de los países endémicos. En 1991, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución relativa a la eliminación de la lepra como problema de salud pública a nivel mundial y nacional en el año 2000 (Lombardi, Martolli, Almeida y Gil Suarez, 1998)

Este acuerdo se renovó en el 2009, en el marco de la Resolución CD49.R19 del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS), en la cual los países de las Américas se comprometieron a lograr la eliminación a primer nivel subnacional político-administrativo para el 2015, como parte de la iniciativa para el control y eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciosas relacionadas con la pobreza (OPS, 2011).

Argentina no es ajena a esta enfermedad, que resulta endémica en las provincias de noroeste, nordeste y centro del país, y que aún no ha sido erradicada, pues desde hace 10 años se detectan casos nuevos en la región (Ingrassia, 2017).

Considerando la relevancia de esta enfermedad para la Comunidad Internacional, así como la relación de la misma con las condiciones socio-económicas de la población afectada, es que planteamos como objetivo de este trabajo el indagar sobre esta afección en Argentina, a través del análisis de la morbimortalidad producida por la lepra en el país en los últimos 35 años y su relación con el contexto sanitario del mismo.

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado como ponencia en el VIII Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad en Argentina y América Latina, llevado a cabo en Córdoba, Argentina, del 10 al 12 de octubre del 2018.

## 2. Referente teórico

Debido a sus profundas repercusiones sociales, económicas y psicológicas, la lepra era un serio motivo de preocupación por parte de los servicios de salud pública y asistencia social de Argentina. A principios del siglo XX, los conocimientos sobre esta enfermedad en este país se limitaban a que era una enfermedad muy contagiosa, que no tenía cura y se creía además que era hereditaria. Se sabía también que era producida por una bacteria (*Mycobacterium leprae*) que afectaba a la piel y nervios periféricos, produciendo las típicas y estigmatizadoras manchas, además las mutilaciones en dedos, manos y pies, producto de la pérdida de sensibilidad.

Es a partir de principios de este siglo que se enfatizan en el país acciones dirigidas a su control. En 1926 se sanciona la ley para la profilaxis de la lepra, ley 11.359, denominada Ley Aberastury, que dispuso el aislamiento hospitalario obligatorio y la prohibición del matrimonio entre los enfermos. Esta ley fue impulsada por Maximiliano Aberastury, fundamentada en las conclusiones obtenidas por la Primera Conferencia Nacional de Lepra, que fue llevada a cabo en Buenos Aires en noviembre de 1906. Su sanción se produjo 20 años más tarde de su presentación como proyecto, en 1907 (Vaquero, 2007). La ley dictaba que, una vez confirmada la enfermedad a través de la detección del bacilo, el médico debía denunciar obligatoriamente el caso y aislarlo inmediatamente a través de la internación en establecimientos destinados a ello. La internación también era obligatoria y, si el paciente se resistía, podía intervenir la **fuerza pública** ("El último refugio", 2009). **Las características físicas de estos espacios para el aislamiento de leprosos** fueron precisadas ya en la Conferencia Nacional de la Lepra de 1906.

La demora en su sanción, así como en su concreta aplicación se debió a conflictos políticos y culturales, tanto por parte de vecinos como de políticos localistas que retardaban toda gestión, invocando el peligro de la instalación de los establecimientos referidos en sus provincias. Esta situación también demoró la aplicación concreta de la ley y llevó a que recién en 1938 se abriera el primero de los cinco hospitales erigidos en el país (Vaquero, 2007). Sin embargo, y en cumplimiento de la ley 11.359, (modificada parcialmente por la Ley 11.410), se comenzó la construcción de los hospitales destinados a pacientes con lepra y ubicados a treinta kilómetros de centros urbanos: el Sanatorio Pedro L. Baliña, en Misiones; el Sanatorio José J. Puente, en Córdoba; el Sanatorio Maximiliano Aberastury, en la Isla del Cerrito, Chaco; el Sanatorio Baldomero Sommer, en General Rodríguez, Buenos Aires, y el Sanatorio Enrique Fidanza, en Entre Ríos (Vaquero, 2007).

Dentro de estos espacios, además de los pabellones de internación, había calles, plazas, templos, sala de espectáculos, escuelas, viviendas individuales y colectivas, talleres, bibliotecas, frigoríficos, etc. El personal sanitario estaba separado de los y las pacientes y también había separación entre hombres y mujeres, a través de alambrados y candados. De hecho, estaba prohibido el matrimonio civil entre pacientes, pero, a pesar de ello, varias familias se formaron en ese espacio. Sin embargo, los bebés surgidos de relaciones entre pacientes eran separados de sus padres y enviados a la colonia Mi Esperanza, en Isidro Casanova.

Luego de cuatro años, los dejaban visitarlos una vez al mes y siempre sin poder tocarlos (“El último refugio”, 2009)

En 1941, aparece el primer tratamiento antibacteriano efectivo, las sulfonas, que reemplazó a las terapias utilizadas hasta ese momento (inyecciones de aceite de chaulmoogra). Sin embargo, los esquemas aplicados con estas drogas no garantizaban la curación de la enfermedad en un período definido, con lo que no se lograban avances importantes en la reducción de la prevalencia, además, generaban resistencia bacteriana al medicamento. (“El último refugio”, 2009)

Las cifras de mortalidad también reflejan esta tendencia, pero sólo hasta mediados de la década del 60. Desde la segunda mitad de la década de 1950 y hasta entrada la década de 1970, con la adquisición de importancia de los organismos internacionales de salud como la OPS, se produce la emergencia del sanitarismo, grupo de profesionales que busca convertirse en una elite de funcionarios capaces de administrar y racionalizar el sistema de salud. Esto se dio en el contexto de emergencias de nuevos saberes y de una reorganización general del Estado, marcado por el énfasis en el desarrollismo y la planificación como forma de racionalidad, pero también de una disminución progresiva de su capacidad efectiva para lograrlo (Belmartino, 2005). Sin embargo, con la presencia de estos profesionales, la mortalidad por lepra descendió gracias al tratamiento con sulfonas desde mediados de la década del 1960 con 36 casos promedio a 27 casos promedio para fines de la década de 70.

En la década del 60 adquiere importancia el concepto de “rehabilitación” en lepra, en el cual se incluye el aspecto físico, social y psicológico del paciente. En 1968, por un decreto del Poder Ejecutivo Nacional y la colaboración de entidades no gubernamentales como la Orden de Malta y la Sociedad Alemana de Ayuda al Enfermo de Lepra, se inauguró en el hospital Sommer, el Centro de Rehabilitación del Enfermo de Lepra (CREL), cuya escuela adquirió prestigio nacional e internacional bajo la dirección del Dr. Angel Marzetti, cuyas técnicas, procedimientos y estudios en este área contaron con el reconocimiento de la comunidad leprológica y de las personas enfermas (Vaquero, 2007).

De todas formas, no podemos dejar de mencionar que Argentina se encontraba en una época turbulenta de su historia política, caracterizada por sucesivos golpes de estado, que generaron un debilitamiento sistemático de su sistema de salud pública.

Recién en 1981 empezó a aplicarse con éxito una terapia multidrogas (MDT) recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que demostró ser muy efectiva para curar la enfermedad y prevenir la aparición de cepas resistentes, con efectos secundarios mínimos.

### 3. Material y Métodos

Esta investigación posee un carácter cuantitativo, transversal y descriptivo, con perspectiva sociodemográfica. Se utilizan datos de mortalidad provenientes de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como datos de población provenientes de las proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Argentina y por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Con base en estos datos, se calcularon las tasas de mortalidad específicas por sexos y grupos quinquenales de edad, para los años 1980 a 2014, y por provincia de residencia para el período 1990 a 2014, según disponibilidad de los datos. Para visualizar mejor las tendencias de las tasas, se agruparon los años en períodos quinquenales.

Se consideran las muertes por Lepra, clasificadas según la Clasificación Internacional de las Enfermedades – CIE 9 (período 1980 a 1996) como O30X y según la décima revisión de esta clasificación – CIE10 (período 1997 a 2014) como A30X.

Para todas las estimaciones de defunción se utilizan promedios móviles trienales, a los fines de evitar la sobreestimación o subestimación de las causas de muerte, en caso de que algún año presente un número mucho mayor o menor de defunciones por estas causas.

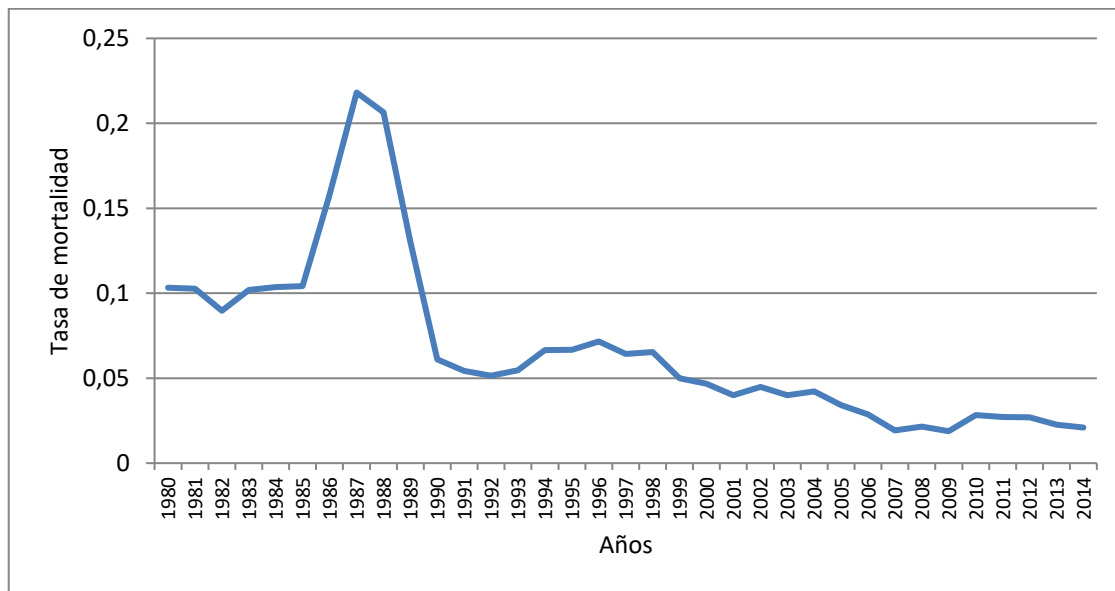
### 4. Resultados

Con la introducción de la poliquimioterapia, la nueva noción de que la enfermedad no se heredaba ni se transmitía por vía placentaria y la consideración de la lepra como problema de salud pública, permitieron reducir la prevalencia de la enfermedad, con lo cual se cambió su perfil epidemiológico en los países endémicos. Sin embargo, la lentitud con la que se produce este proceso en algunos países se debe a las acciones de los programas de control que se venían ejecutando desde hacía varios años y de la limitada implantación de la poliquimioterapia, que comenzó a utilizarse en ese período en diferentes momentos y **con intensidades distintas** (“El último refugio”, 2009).

En la figura 1 se presenta la evolución de las defunciones por lepra a partir de 1980. Se observa que, a pesar de la existencia del tratamiento, el nivel de mortalidad por lepra se mantiene constante en un principio hasta 1986. Esto obedece a la demora en la implementación del tratamiento por vías legales, a cargo de la ley 22.964, sancionada en 1983, pero que recién comenzó a aplicarse en 1985. Esta ley derogó la ley 11.359, suprimiendo la internación compulsiva y estableciendo la obligatoriedad de tratar gratuitamente (a cargo

del Estado) a todo paciente. Solo serían internados quienes no cumplieran las indicaciones médicas (Vaquero, 2007).

Figura 1  
Argentina. Tasa de mortalidad por lepra de 1980 a 2014  
(por 100 000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la OPS (1980-2014) y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Argentina (1980-2014).

Paradójicamente, a partir de 1986, y hasta finales de esa década, se observa una elevación muy marcada en las defunciones por lepra en Argentina, con pico en los años 1987 y 1988 (Ver Tabla 1). Este aumento se produce a expensas de la mortalidad femenina, que en 1987 llega incluso a superar la masculina. Una hipótesis causal de esta situación podría venir de la mano de la ley antes mencionada, que permitió a las **personas enfermas “ocultas” ser diagnosticadas sin necesidad de terminar aisladas de sus familias**. Este diagnóstico también se vería reflejado en los certificados de defunción, a modo de fenómeno limitado, pues probablemente estas personas habrían llegado con la enfermedad muy avanzada y habrían muerto de las secuelas de la enfermedad. Esto explicaría el aumento durante un período de tiempo, para luego descender a niveles de mortalidad promedio.

Tabla 1.  
 Argentina. Defunciones por lepra de 1980 a 2014  
 (valores absolutos).

Años	Defunciones	Años	Defunciones
1980	39	1998	23
1981	27	1999	20
1982	22	2000	12
1983	29	2001	20
1984	39	2002	13
1985	25	2003	18
1986	31	2004	15
1987	90	2005	16
1988	84	2006	9
1989	23	2007	9
1990	19	2008	5
1991	18	2009	12
1992	17	2010	6
1993	17	2011	17
1994	22	2012	11
1995	30	2013	6
1996	18	2014	12
1997	28		

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la OPS (1980-2014) y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Argentina (1980-2014).

Paralelamente, esta nueva ley permitía que las personas enfermas que habían sido aisladas de la sociedad por varias décadas pudieran permanecer en las tierras de los hospitales. Esta población había sido marginada, había perdido sus bienes al ser internada compulsivamente, sus viviendas habían sido quemadas, se los retiraron de sus pueblos (adonde nunca pudieron regresar por el estigma) y, en esa época, no podían volver a trabajar. Ante esta situación, y sumado a las secuelas que la enfermedad les dejó, muchos y muchas decidieron afincarse en las tierras del hospital que el estado les otorgó. Fueron eximidos del pago de la luz, el gas y el agua, reciben alimentos y la mayoría cobra un sueldo gracias a un convenio de “peculio”, según el cual realizan tareas administrativas, de limpieza o en el área de enfermería a cambio de un salario (“El último refugio”, 2009).

La implementación del tratamiento multidrogas disminuyó gradualmente la cantidad de defunciones por lepra en toda Latinoamérica. Con la evidencia de este nuevo tratamiento, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó, en 1991, la resolución relativa a la eliminación de la lepra como problema de salud pública a nivel mundial y nacional en el año 2000. Esta decisión histórica de la comunidad internacional tuvo una enorme



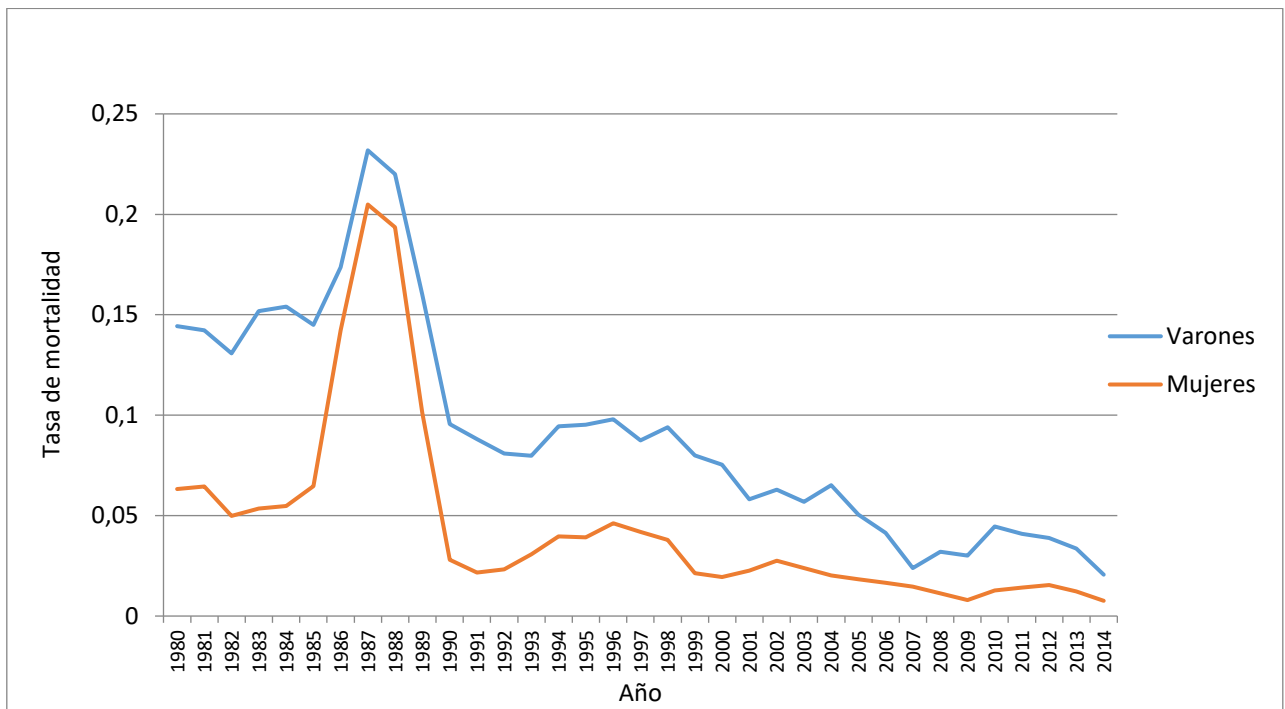
repercusión, despertando el interés de los países en el control de la enfermedad y contribuyó a aumentar el número de pacientes tratados con poliquimioterapia (Lombardi *et al.*, 1998).

Con la existencia de un tratamiento eficaz y ambulatorio, con un país que había logrado obtener índices por debajo de los que manda la OMS para declarar riesgo sanitario, los cinco hospitales de confinamiento dejaron de tener sentido. Es así como, en 1993, un decreto transformó a cuatro de los cinco en hospitales generales. El Sanatorio Baldomero Sommer se mantuvo como el único especializado, pero, aun así, abrió sus puertas a pacientes de todo tipo (Vaquero, 2007). Luego del cierre de los hospitales, se evidencia un leve aumento de los niveles de mortalidad por lepra, que se mantiene desde 1994 hasta 1997 (con un promedio de 23 defunciones por año). Quizás la ausencia de establecimientos especializados haya incidido en el diagnóstico de los casos. Durante este período, además, se inició un programa de control de personas enfermas patrocinado por tres ONG (Orden de Malta, Fundación Navarro Viola y Fundación Bunge & Born) que logró tener bajo tratamiento al 100 % de los pacientes de Argentina (Valdez, 2016)

En 1997 se estableció en Argentina un ámbito específico contra la enfermedad en la cartera sanitaria, el Programa Nacional de Lepra, que aún sigue en actividad. Este programa tiene como objetivos la identificación de personas afectadas, garantizar su tratamiento y seguimiento, así como el tratamiento y prevención de las discapacidades que esta enfermedad genera. Los esfuerzos para erradicar la lepra siguieron aumentando en el siglo XXI. En el 2009 la OPS aprobó la Resolución CD49.R19 sobre “Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza”, en la que se expresa el compromiso de construir metas concretas de control o eliminación de enfermedades desatendidas, para su erradicación como problemas de salud pública en el año 2015. Por otra parte, la OMS desarrolló la Estrategia Global para Reducir aún más la Carga de la Lepra y Sostener Acciones de Control (2006-2010) y luego la Estrategia Global Mejorada para Reducir aún más la Carga de Enfermedad por Lepra 2011-2015 (OPS, 2011). A pesar de estos esfuerzos, puede observarse en la figura 1 un nuevo aumento de las muertes por lepra a partir del año 2010, con tendencia al descenso hacia fines del período estudiado.

De acuerdo con los resultados calculados para Argentina, la mortalidad por lepra ha descendido un 79 % durante el período estudiado, lo cual se traduce en una disminución de la cantidad de defunciones promedio por año de 29 en 1980 a 9 en el 2014. Si consideramos la evolución de las tasas por sexo, se puede apreciar una notable diferencia a favor de las mujeres, que mueren en menor proporción que los varones (más del 50 % menos). Aun así, la tendencia general de la mortalidad se mantiene en ambos sexos, en el período estudiado (Ver figura 2).

Figura 2  
Argentina. Tasa de mortalidad por lepra según sexo de 1980 a 2014  
(por 100 000 habitantes)

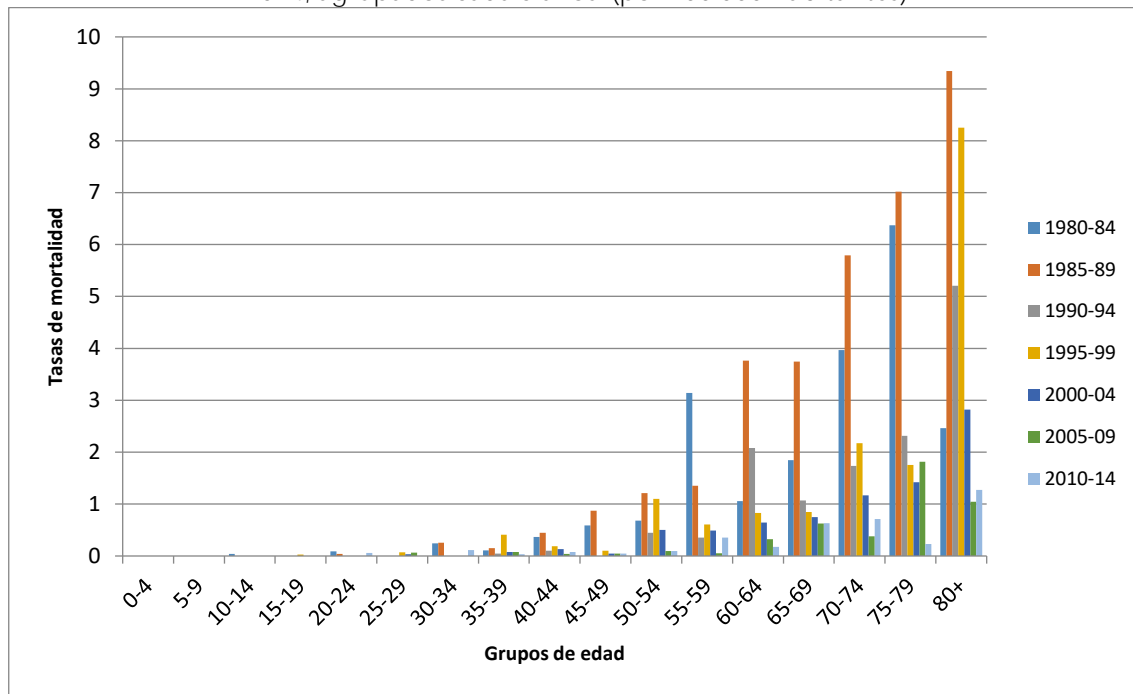


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la OPS (1980-2014) y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Argentina (1980-2014).

Con respecto a la distribución de las tasas por edad, puede apreciarse que la mortalidad por esta causa, en promedio, aumenta a medida que envejecen las personas y este fenómeno es más evidente a partir de los 45 años. Sin embargo, esta tendencia no es siempre visible si se estudian los casos por quinquenios, en donde se observan predomios en distintos grupos de edad, según el período considerado (Ver figura 3).

Figura 3

Argentina. Tasa de mortalidad por lepra según grupos quinquenales de edad. Años 1980 a 2014, agrupados cada 5 años. (por 100 000 habitantes)

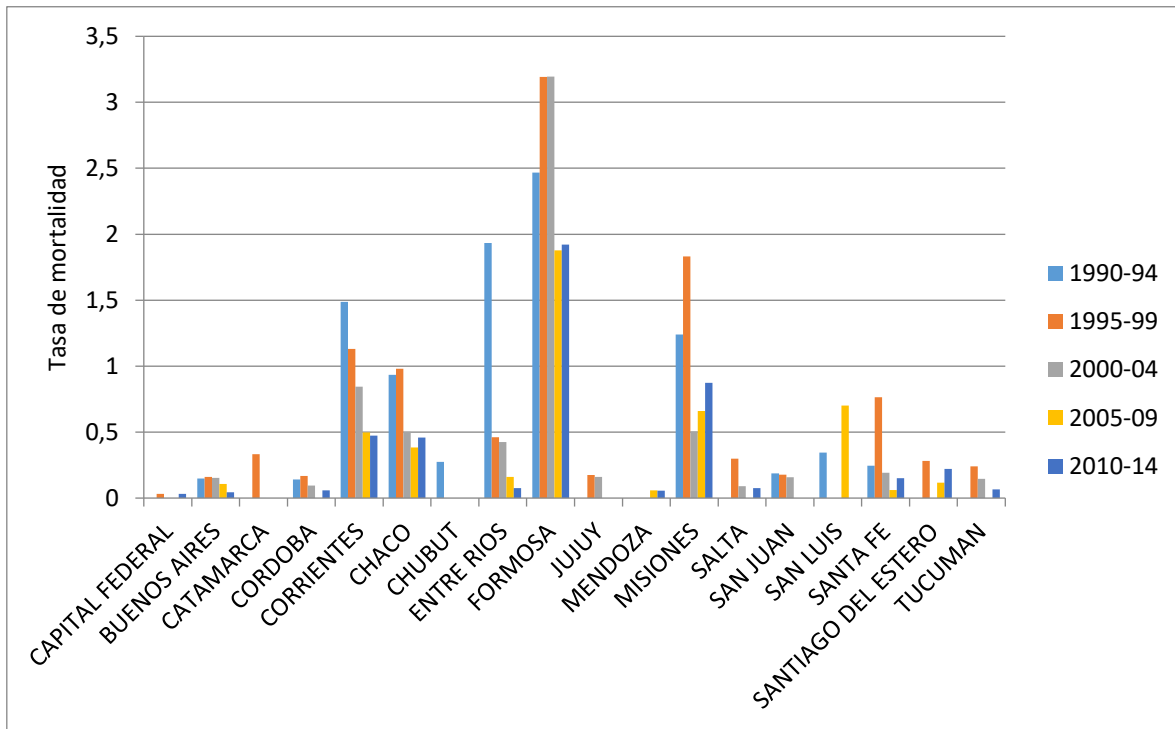


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la OPS (1980-2014) y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Argentina (1980-2014).

Para la mortalidad por lugar de residencia, en el caso de la lepra (Ver figura N°4), son tres las provincias que tienen una tasa de mortalidad mayor por esta enfermedad: Formosa, Misiones y Corrientes. Pero si consideramos la mortalidad por cantidad de casos, es la provincia de Buenos Aires, la que mayor porcentaje presenta, seguido de Formosa, Misiones y Corrientes. Estas cifras se mantienen a lo largo de los 35 años considerados, hasta la actualidad inclusive. Argentina posee áreas que son endémicas de esta enfermedad: las provincias del noroeste, nordeste y centro del país (Chaco, Formosa, Corrientes, Misiones, Santa Fe, Entre Ríos, Córdoba, Santiago del Estero, Tucumán, Salta, Jujuy, Buenos Aires y la Capital Federal). Epidemiológicamente, son más importantes las provincias del nordeste, norte de Santa Fe y los conglomerados poblacionales del Gran Resistencia, Rosario y el Gran Buenos Aires. La causa de esta distribución se relacionaría con características biológicas del bacilo productor de la enfermedad: aparentemente vive más tiempo en climas húmedos que en climas fríos y secos. De hecho, históricamente la enfermedad ha seguido los grandes ríos y los climas húmedos, por eso ocurre en la zona litoral del país. Por otro lado, la presencia de esta enfermedad en la región centro del país, y principalmente Buenos Aires, estaría ligada también a las migraciones de población (Ingrassia, 2017).

Figura 4

Argentina. Tasa de mortalidad por lepra según provincia. Años 1990 a 2014, agrupados cada 5 años. (por 100 000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la OPS (1980-2014) y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Argentina (1980-2014).

Finalmente, es necesario considerar que existe una tasa oculta de enfermos sin diagnosticar que llegaría al 30 por ciento, según estimaciones de la Sociedad Argentina de Dermatología (Ingrassia, 2017). Esta tasa surge por varias razones: desconocimiento y desestimación de los síntomas por parte de los enfermos y subestimación de la existencia de esta enfermedad por parte de los médicos. Además, existen más pacientes que se atienden por lepra en forma privada y no aparecen en las estadísticas.

## 5. Conclusiones

Hoy en día la lepra es una enfermedad curable, de bajo contagio y de tratamiento gratuito, pero que aún subsiste en Argentina; se registran anualmente unos 300 a 400 casos nuevos desde hace diez años. La mortalidad por esta enfermedad es mayor en provincias del noreste como Formosa, Chaco y el Litoral en general donde, además, se ven las formas más avanzadas de esta afección.

Según la OMS, la endemia está controlada en el país, pues se registra menos de un caso cada 10 000 habitantes (**“Lepra: hay pocos casos, pero buscan erradicarla”, 2013**); pero nuestra cercanía con Brasil, donde aún no está controlada esta afección, y el hecho de que no en todas las zonas del país se registran la misma cantidad de casos, hace que no pueda desestimarse la importancia de esta enfermedad en Argentina.

En el análisis de la mortalidad por lepra puede apreciarse el gran impacto que tuvo la política pública en la evolución de esta tasa, a través de la directa relación que se observa entre los períodos de aumento (1986 al 89 y 1994 al 97) y las acciones de salud pública aplicadas (Ley 22964 y cierre de hospitales especializados, respectivamente). Esto evidencia la alta posibilidad de erradicación de esta enfermedad con medidas de salud efectivas.

De hecho, hay quienes asocian esta enfermedad con las condiciones socioeconómicas de la región donde se produce. Por ejemplo, la Dra. Viviana Bonanno, jefa del sector Lepra de la División Dermatología del Hospital Ramos Mejía, opina que la lepra tiene que ver con la pobreza del país o zona y no del paciente individual; de hecho, en Europa se erradicó antes de que apareciera el antibiótico (**“En 2012 se registraron 412 casos de lepra en la Argentina”, 2003**).

Las tasas de mortalidad por lepra reflejan la evolución del concepto de esta enfermedad en la Argentina, sus prejuicios y estrategias de atención (el aislamiento), así como los esfuerzos realizados para combatir esta afección, a la luz de los conocimientos científicos. A pesar de los avances descriptos, la estigmatización social que la lepra produce continúa en muchas regiones, lo cual constituye un gran obstáculo para los tratamientos precoces que permiten la cura.

## 6. Referencias

Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI editores.

El último refugio. (1 de marzo de 2009). *Diario La Nación*. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/1102980-el-ultimo-refugio>.

En 2002 se registraron 412 casos de lepra en la Argentina. (29 de septiembre de 2003). *Diario La Nación*. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/531294-en-2002-se-registraron-412-casos-de-lepra-en-la-argentina>

- Lepra: hay pocos casos, pero buscan erradicarla. (30 de enero de 2013). *Diario La Voz del Interior*. Recuperado de <https://www.lavoz.com.ar/argentina/lepra-hay-pocos-casos-pero-buscan-erradicarla>
- Ingrassia, V. (6 de octubre de 2017). Los 14 datos clave para conocer todo sobre la Lepra en la Argentina. *Diario Digital Infobae*. Recuperado de <https://www.infobae.com/salud/2017/10/06/las-14-datos-clave-para-conocer-todo-sobre-la-lepra-en-la-argentina>
- Lombardi, C., Martolli, C., Almeida, S. y Gil Suarez, R. (1998). La eliminación de la lepra de las Américas: situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica*, 4(3), 149-155.
- Lombardi, C. (1988). Situación epidemiológica de la lepra en 12 países de América Latina y el Caribe, 1980–1983. *Bol Oficina Sanit Panam*, 105(1), 20–33.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Plan de Acción para Acelerar el Logro de la Eliminación de la Lepra en América Latina y el Caribe. Líneas de acción para alcanzar las metas y sostener los logros regionales, 2012-2015.
- Valdez, R. (26 de enero de 2016). La situación de la Lepra en Argentina [Comentario en un foro en línea]. Recuperado de <https://www.hospitalaustral.edu.ar/2016/01/la-situacion-de-la-lepra-en-la-argentina/>
- Vaquero, N. (2007). Hospital Nacional Baldomero Sommer: Reseña histórica. *Rev Argent Dermatol*, 88, 155-163.

# Población y Salud en Mesoamérica

¿Quiere publicar en la revista?  
Ingresa [aquí](#)

O escribanos:  
[revista@ccp.ucr.ac.cr](mailto:revista@ccp.ucr.ac.cr)



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que cambió el paradigma en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la primera en obtener sello editorial como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.

Indexada en los catálogos más prestigiosos. Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#).



DOAJ

latindex



Dialnet

e-revist@s



Revista Población y Salud en Mesoamérica - PSM

Centro Centroamericano de Población  
Universidad de Costa Rica

