

MEDICALIZACIÓN DE LA LEPROSA: UNA ESTRATEGIA NACIONAL*

Diana Obregón Torres
Departamento de Historia
Universidad Nacional de Colombia

“Es posible que el miedo que se tiene a los elefanciacos sea debido a la fea deformidad y al olor infecto de esos desgraciados; en todo caso se nota que la fobia elefanciaca está más acentuada en Bogotá, tal vez por los numerosos casos que allí se presentan, y es raro que un médico santafereño ponga los pies en el *pais del dolor*, quizá porque teme que el público, informado de tal visita, rehuse recibirlo y pierda su clientela; se necesita gran despreocupación y filosofía, para acercarse a los parias proscritos, sobre los cuales se cierne una maldición secular; así es que, con rarísimas excepciones, los médicos no tratan de elefancia en Colombia, y aún miran con desconfianza al que lo hace, como el que se acerca a un domador de serpientes, y, en general, porque por tendencia de raza y por una mala orientación de espíritu la realidad objetiva les parece vulgar; esta leprofobia es, pues, tan perniciosa a la ciencia como a esos seres desgraciados, tan dignos de estudio como de caridad”.¹

La historia de las enfermedades es un tema prácticamente inexplorado en la historiografía colombiana.² Los trabajos generales sobre la historia de la medicina y de la salud pública se refieren desde luego a esta materia, pero no existen trabajos sistemáticos que exploren la historia de una dolencia particular o los procesos sociales y culturales por medio de los cuales las enfermedades

* Este trabajo es una versión revisada de una parte del capítulo 5 de mi tesis doctoral: “Struggling Against Leprosy: Physicians, Medicine, and Society in Colombia 1880-1940”, Virginia Polytechnic Institute & State University, 1997.

¹ Juan Bautista Montoya y Flórez, *Contribución al estudio de la lepra en Colombia* (Medellín: Imprenta Editorial, 1910), p.310.

son definidas como tales.³ Por lo demás, aún queda mucho por examinar en torno a la historia de los asuntos médicos y sanitarios.⁴ Aunque algunos estudios apuntan en este sentido, hacen falta con urgencia trabajos sistemáticos sobre la historia de la salud pública y sobre la profesionalización de la medicina, la enfermería y otras profesiones médicas en Colombia.⁵

Con todo, el tema de la historia de las enfermedades no es nuevo. Para mencionar sólo un caso que se ha convertido en paradigmático, el médico y bacteriólogo judío-polaco, Ludwik Fleck, publicó en Suiza en 1935 un libro sobre la génesis y el desarrollo de la sífilis como hecho científico.⁶ Thomas

² También en el ámbito latinoamericano hay mucho por explorar en este terreno. Un trabajo quizás pionero de Marcos Cueto examina desde la epidemia de peste bubónica de 1903 en Lima hasta el cólera de 1991. Ver: Marcos Cueto, *El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX* (Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 1997). El texto *Salud, sociedad y cultura en América Latina: nuevas perspectivas históricas* Ed. por Marcos Cueto (Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 1996) también constituye un aporte en este sentido.

³ Este ha sido un tema explorado por los antropólogos. Ver, por ejemplo, Virginia Gutiérrez de Pineda, *Medicina tradicional en Colombia*, 2 tomos (Bogotá: 1985).

⁴ Entre los pocos trabajos académicos sobre estos temas, merecen mención especial: Emilio Quevedo Vélez, "Institucionalización de la Medicina en Colombia 1492-1860: Antecedentes de un Proceso," *Historia Social de la Ciencia en Colombia vol. 7* (Bogotá: Tercer Mundo, 1993); Néstor Miranda Canal, "La medicina colombiana de 1867 a 1946," *Historia Social de la Ciencia en Colombia vol. 8* (Bogotá: Tercer Mundo, 1993), pp. 13-160 y Hugo A. Sotomayor Tribin et al, *El medicamento en la historia de Colombia* (Bogotá: Schering Plough S.A., 1997).

⁵ Sobre la historia de la salud pública, véase: Emilio Quevedo Vélez et al., "Ciencias médicas, estado y salud en Colombia: 1886-1957," *Historia Social de la Ciencia en Colombia vol. 8* (Bogotá: Tercer Mundo, 1993), pp. 161-289; Christopher Abel, *Health Care in Colombia c.1920-c.1950: A Preliminary Analysis* (London: University of London, 1994) y del mismo autor, "External Philanthropy and Domestic Change in Colombian Health Care: The Role of the Rockefeller Foundation, ca. 1920-1950," *Hispanic American Historical Review*, 1995, 75 (3):339-376. Sobre algunos aspectos de la profesionalización de la medicina, véase: María del Pilar Guzmán Urrea, "La alopatía y la homeopatía en el siglo XIX: conflicto entre dos prácticas médicas" *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 1995, (22): 59-73.

⁶ Ludwik Fleck, *Genesis and Development of a Scientific Fact* Ed. by Thaddeus Trenn and Robert K. Merton (Chicago: The University of Chicago Press, 1935/1979). Existe traducción española: *La génesis y el desarrollo de un hecho científico* (Madrid: Alianza Universidad, 1986). Para una crítica del "redescubrimiento" de la obra de Fleck en el mundo académico anglosajón, véase: José María López Piñero, "La tradición de la historiografía de la ciencia y su coyuntura actual: los condicionantes de un congreso" *Mundialización de la ciencia y cultura nacional* ed. por A. Lafuente, A. Elena y M.L. Ortega (Madrid: Doce Calles, 1993), pp. 23-49 y Olga Restrepo Forero, "Una mirada pionera a la representación en la ciencia", Cuadernos del Seminario Programa Universitario de Investigación (PUI) en *Ciencia, Tecnología y Cultura*, Universidad Nacional de Colombia, 1995, 1 (1): 30-40.

Kuhn en su famoso trabajo *La estructura de las revoluciones científicas*, publicado por primera vez en 1962, lo cita en el prefacio como una obra que “anticipa” muchas de sus propias ideas.⁷ Sin embargo, al considerar el estudio de Fleck como “una monografía casi desconocida”, Kuhn ignora por completo el hecho de que en efecto, las ideas de Fleck sobre *estilo de pensamiento* y sobre *colectivo de pensamiento* fueron algo más que inspiración para su obra, quizás la más citada entre historiadores, sociólogos y filósofos de la ciencia.⁸

En el presente artículo, exploro el proceso de medicalización de la lepra en Colombia a comienzos del siglo XX. La *medicalización* se refiere a un proceso nunca acabado por medio del cual un número creciente de aspectos de la vida social o del comportamiento humano que eran previamente considerados como normales o anormales, según el caso, son asignados al control médico y redefinidos como salud o enfermedad. Al mismo tiempo, *medicalización* alude a la tendencia a delegar en los médicos asuntos que previamente se encontraban en manos de la comunidad. La noción de medicalización contribuye al análisis de las relaciones entre poder y conocimiento.⁹

A comienzos del siglo XX, se acentuó el proceso de medicalización de la lepra en Colombia. Un nuevo orden político y social transformó la lepra de un problema de caridad cristiana, como se había entendido desde la colonia, en un obstáculo en la ruta hacia el progreso y la civilización. De hecho, después de la guerra de los Mil Días (1899-1902) y de la pérdida de Panamá (1903), un período de relativa paz, estabilidad política y crecimiento económico comenzó en Colombia. Atrás quedaron la guerra civil crónica, las constituciones transitorias, los debates políticos extremadamente ideologizados y la exclusividad de los partidos en el gobierno. Siendo el progreso económico y la modernización las metas deseadas, el problema de la lepra debía ser solucionado. Debido a la

⁷ Thomas S. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions*, 2nd ed. enlarged, (Chicago: University of Chicago Press, 1962/1970), pp. vi-vii; existe traducción española: *La estructura de las revoluciones científicas* (México: F.C.E., 1971), pp. 11-12.

⁸ Algunas de estas ideas fueron desarrolladas en un trabajo presentado el día 5 de Mayo de 1994 en el seminario *Philosophy of Modern Science and Technology* dirigido por Peter Barker en el Center for the Study of Science in Society de Virginia Polytechnic Institute and State University de los Estados Unidos. Véase: Diana Obregón, “About Thought-Collectives and Thought Styles: A Comparison between Fleck and Kuhn,” May 6th, 1994, 24 pp. (sin publicar).

⁹ Sobre el concepto de medicalización, ver: Michel Foucault, “Historia de la medicalización,” *Educación Médica y Salud*, 1977, 11 (1):3-25; también, del mismo autor: *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica* (México: Siglo XXI, 1963/1985) y “Politics and the Study of Discourse,” *The Foucault Effect: Studies in Governmentality* Ed. by Graham Burchell, et al. (Chicago: The University of Chicago Press, 1991), pp. 53-72.

exageración de las estadísticas sobre la incidencia de esta enfermedad por parte de los médicos colombianos de finales del siglo XIX, Colombia aparecía en los informes sanitarios internacionales como uno de los países más afectados de lepra en el mundo.¹⁰ Por lo tanto, el gobierno del General Rafael Reyes (1904-1909) y la comunidad médica comenzaron a hacer públicas nuevas estadísticas, indicando que los datos promulgados anteriormente eran falsos. De otra parte, el gobierno aprobó leyes severas que establecían el aislamiento obligatorio de los leprosos. Sin embargo, aunque el estado colombiano tomó el control de los lazaretos y los médicos comenzaron a medicalizar la lepra, las leproserías no se convirtieron en instituciones médicas y la situación de los leprosos empeoró comparada con el período anterior. Los pacientes y los residentes de los lazaretos se opusieron activamente a las medidas gubernamentales. Por lo demás, el estado contribuyó a reforzar la imagen de la enfermedad como *especial*, al establecer dos instancias oficiales de salud pública: una para la lepra y otra para el resto de los asuntos sanitarios. La lepra, pues, permaneció como una enfermedad “aparte” y la medicalización se cumplió sólo parcialmente.

El estado y el control de los lazaretos

Con la administración de Rafael Reyes comenzó un período de estabilidad política y de crecimiento basado en una economía de importación y exportación de café, principalmente. Aunque durante los años veintes y treinta se presentaron conflictos entre liberales y conservadores, éstos fueron esencialmente diferentes del caos político del siglo anterior y la estabilidad se prolongó hasta comienzos de los años cuarentas. Las élites de ambos partidos se comprometieron en un proyecto de modernización y de construcción de la nación que había sido devastada por la guerra de los Mil Días y por la pérdida de Panamá en 1903. Este programa tenía como objetivo incorporar a Colombia en el mundo “civilizado”, esto es, establecer lazos económicos y culturales permanentes con Europa y los Estados Unidos.

Los principales objetivos de Reyes eran la reconciliación nacional entre liberales y conservadores y la reconstrucción económica para colocar a

¹⁰ Este asunto se explora en Diana Obregón Torres, “Lepra, exageración y autoridad médica” (Ponencia presentada en el 10o. Congreso de Historia de Colombia, Medellín, 1997, en prensa. Véase también: Diana Obregón, “De ‘árbol maldito’ a ‘enfermedad curable’: los médicos y la construcción de la lepra en Colombia, 1884-1939”, *Salud, sociedad y cultura en América Latina: nuevas perspectivas históricas* Ed. por Marcos Cueto (Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 1996), pp. 159-178.

Colombia en la ruta del progreso y la civilización. La expansión del cultivo del café contribuyó a formar una burguesía nacional y la construcción de ferrocarriles ayudó a crear un mercado nacional. El café se convirtió en el primer producto que pudo competir en los mercados internacionales, lo cual dió lugar a cambios económicos y sociales significativos. Por lo demás, Reyes estaba convencido que el futuro del país dependía de las inversiones extranjeras. La posición internacional de Colombia era una parte integral y prominente de su estrategia. Por lo tanto, una de sus metas más importantes era normalizar las relaciones con los Estados Unidos arruinadas por el conflicto de Panamá.¹¹

Dado el interés por el comercio internacional, el gobierno de Reyes le dió importancia a las cuestiones sanitarias y de salud pública. Por lo demás, Reyes se concebía a si mismo como un pionero ilustrado que luchaba por abrir los trópicos a la civilización. En 1873, como empresario de quina, este militar junto con sus tres hermanos había liderado una expedición a través de los ríos Putumayo y Amazonas, la cual llegó hasta Rio de Janeiro.¹² En consecuencia, el control de la expansión de la lepra se convirtió en prioridad para la administración de Reyes: la lepra resultaba anacrónica para la imagen de una nación que pretendía ubicarse en la ruta del progreso y la civilización.

El nuevo gobierno comenzó a poner en práctica de manera inmediata las recomendaciones de los médicos en cuanto a la necesidad del aislamiento obligatorio. En 1905, el gobierno creó la *Oficina Central de Lazaretos*, una división del Ministerio de Gobierno con el fin de unificar la dirección de las tres poblaciones que tenían el carácter de *lazaretos*: Agua de Dios, Contratación y Caño de Loro. Anteriormente, cada una de estas leproserías dependía de juntas locales de beneficencia. La Oficina Central de Lazaretos estaba formada por tres médicos: un jefe, un médico adjunto y un tercer médico para examinar a los sospechosos de lepra. El presidente Reyes nombró a Pablo García Medina (1858-1935) como médico adjunto de la sección del Ministerio de Gobierno encargada de los lazaretos. García Medina era profesor de fisiología de la Universidad Nacional y fue durante tres décadas la persona más influyente en

¹¹ Sobre el gobierno de Rafael Reyes ver: Charles W. Bergquist, *Coffee and Conflict in Colombia, 1886-1910* (Durham N.C.: Duke University Press, 1978), pp. 225-246; Marco Palacios, *Coffee in Colombia, 1850-1970: An Economic, Social, and Political History* (Cambridge: Cambridge University Press, 1980), pp. 141-7; ver también Darío Mesa, "La vida política después de Panamá," *Manual de Historia de Colombia* Vol. 3 (Bogotá: Colcultura, 1980), pp. 83-176.

¹² Este relato se encuentra en el *Boletín de la Sociedad Geográfica de Colombia* Extraordinary issue, 1907, (April): 7-57.

cuestiones de salud pública en Colombia.¹³ La Oficina Central de Lazaretos estaría encargada de la administración de los mismos, sus rentas y su organización, mientras que la *Junta Central de Higiene* regularía los aspectos científicos del control de la lepra. El decreto legislativo No. 14 del 26 de Enero de 1905 firmado por el presidente Reyes indicaba: “al gobierno ejecutivo corresponde la suprema dirección de los lazaretos, con el objeto de darles una organización uniforme, sometida a un mismo sistema en toda la República” y se insistía en que el aislamiento o “secuestro” de los enfermos de lepra era “medida de urgente necesidad”. Los enfermos que tenían medios económicos quedaban eximidos de la segregación obligatoria en los lazaretos y se les autorizaba el aislamiento a domicilio. Este decreto consideraba imperativa para todo colombiano la declaración a las autoridades de los enfermos de lepra y eximía a los médicos del secreto profesional en el caso de la lepra.¹⁴

La alcaldía de Bogotá había establecido en 1903 la declaración obligatoria de las enfermedades contagiosas generando oposición por parte de los médicos. Por ejemplo, José María Lombana Barreneche se había opuesto a esta ley explicando que los pacientes dejarían de confiar en los médicos y los evitarían considerándolos informantes de la policía. Lombana justificaba la notificación obligatoria de enfermedades contagiosas sólo en el caso de personas pobres y analfabetas, ignorantes de los procedimientos higiénicos. Estos argumentos sugieren que Lombana defendía el derecho al secreto de su clientela privada y, probablemente, adinerada. Este médico describía la deficiente situación sanitaria del país y diferenciaba entre higiene pública y privada, indicando que aquella se aplicaría a los pobres, mientras que ésta se restringiría a los individuos acaudalados.¹⁵ La posición de Lombana, quien a la vez expresaba su gran preocupación por la propagación de la lepra, es un ejemplo de las contradicciones que los médicos enfrentaban: tenían la consulta privada en alta estima ya que habían sido entrenados para este tipo de práctica. Pero los intereses de la salud pública parecían estar en contradicción con la privacidad de la consulta médica.¹⁶

¹³ Emilio Quevedo Vélez, et al., “Ciencias médicas, estado y salud en Colombia: 1886-1957,” *Historia Social de la Ciencia en Colombia* vol. 8 (Bogotá: Tercer Mundo, 1993), pp. 161-289, on p. 191.

¹⁴ Montoya, *Contribución*, pp. 165-176; y *Revista Médica*, 1905, 25 (302):332-339.

¹⁵ José María Lombana Barreneche, “Declaración obligatoria de las enfermedades infecciosas,” *Revista Médica*, 1903, 23 (279):883-887.

¹⁶ El historiador Christopher Abel menciona esta oposición; ver: Christopher Abel, *Health Care in Colombia c.1920-c.1950: A Preliminary Analysis* (London: University of London, 1994), p.3.

La Junta Central de Higiene y la Oficina Central de Lazaretos ordenaron otras reformas para asegurar que se cumpliera el aislamiento obligatorio. Entre estas reformas estaban: abolir el rango de municipalidad que las poblaciones-lazaretos habían poseído hasta entonces, eliminar el movimiento de personas sanas que entraban y salían de los lazaretos, eliminar el mercado semanal de *Agua de Dios* abastecido por campesinos de los alrededores, desinfectar cartas u objetos que salían de las leproserías y prohibir a los leprosos tomar asiento en trenes y tranvías. Pero la medida gubernamental que más irritó a los habitantes de *Agua de Dios* -el mayor de los lazaretos- fue el establecimiento de una cerca de alambre de púas para encerrar un área de media legua cuadrada custodiada por veinticinco policías. Esta área fue denominada “cordón sanitario” y los residentes del lazareto, aún los no leprosos, fueron forzados a permanecer dentro de esa área.¹⁷

El gobierno, continuando su estrategia de control de la lepra, tomó varias decisiones en 1906: designó a Juan Bautista Montoya y Flórez, egresado de la Facultad de Medicina de París, como jefe de la Oficina Central de Lazaretos; estableció un cargo médico en cada una de las capitales de los departamentos para detectar enfermos de lepra; creó el *Laboratorio Central de Lazaretos* en Bogotá para verificar estos diagnósticos cuando fuese necesario y nombró a un médico como director del laboratorio de *Agua de Dios*. Una ley de 1907 definió la lepra como una “calamidad pública” y proscribió el aislamiento a domicilio objetando que había sido practicado en forma inadecuada. Para prevenir el contagio, esta ley prohibió la circulación de la moneda regular colombiana en los lazaretos, reemplazándola por una moneda especial.¹⁸

También se llevaron a cabo otras reformas: se construyó un acueducto para asegurar el abastecimiento permanente de agua en los lazaretos y se edificaron residencias en los alrededores de las leproserías para médicos y farmaceutas. Desde 1908, tres médicos fueron nombrados para trabajar en *Agua de Dios*. En 1909, el gobierno designó personal no leproso para la administración de los lazaretos que antes había estado en manos de enfermos de lepra.¹⁹ Con estas medidas, el estado colombiano asumió la organización de estas instituciones en forma centralizada, en su propósito de arrebatarlas a las *Juntas de Beneficencia*.

¹⁷ Montoya, *Contribución*, pp. 165-176; and Resolutions 2 and 3 from the Central Board of Hygiene, 1905, in *Revista Médica*, 1905, 25 (302):332-339.

¹⁸ Montoya, *Contribución*, p. 178, 183.

¹⁹ Pablo García Medina, “Profilaxia de la lepra en Colombia,” *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 1909, 1-1 (1):52-59, on pp. 55-56.

“Nuestro país está teñido de rojo”: el estigma nacional

Al comenzar el siglo veinte, la lepra se consideraba un problema nacional. De acuerdo con el propósito establecido por la élite bipartidista de comerciantes, hacendados e industriales en germen, el país necesitaba con urgencia capital extranjero.²⁰ Según ellos, el país también requería inmigrantes europeos de raza blanca que importaran conocimientos tecnológicos y principios éticos modernos. En este contexto, la reputación de Colombia como un país plagado de lepra era simplemente inadmisibile. Para atraer inversión extranjera e inmigrantes era necesario mostrar la imagen de un país sano y disipar posibles inquietudes del gobierno de los Estados Unidos y del público norteamericano acerca del peligro de contraer enfermedades infecciosas a través de mercancías latinoamericanas.²¹

Como parte de la estrategia para controlar la lepra, el gobierno colombiano envió al médico Julio Manrique a la India en 1905 con el fin de que estudiara una vacuna contra la lepra desarrollada por un doctor Rost. Se trataba de la llamada *leprolina*, una vacuna que Rost creyó haber obtenido al cultivar bacilos ácido resistentes provenientes de pacientes de lepra.²² Cuando Manrique llegó a Londres en dirección hacia la India, otros leprólogos ya habían desacreditado el uso de la *leprolina*. En consecuencia, Manrique canceló su viaje a la India y se dirigió en cambio a Noruega con el fin de visitar los hospitales dedicados a la investigación de la lepra. A su regreso a Colombia, Manrique rindió un informe, en el cual declaró:

“El país está sufriendo real y verdaderos perjuicios causados por los datos exagerados en demasía, suministrados por inoectos en la materia y que a diario se publican en libros y periódicos extranjeros... En los mapas que indican la distribución de la lepra en el mundo y que figuran en todas las obras clásicas, nuestro país está teñido de rojo, color escogido para marcar la abundancia de la enfermedad, siendo de observar que ni en la India inglesa en donde se cuentan por centenares de miles el número de enfermos, ni en las islas de Sandwich y de Haway, [sic] la mancha que estigmatiza es tan grande ni de color tan subido como la que marca nuestro país...”²³

²⁰ Bergquist, *Coffee and Conflict*, p. 225.

²¹ Abel, *Health Care in Colombia*, pp. 24-25.

²² Sobre la leprolina de Rost, ver: Rogers and Muir, *Leprosy*, p. 252.

²³ Julio Manrique citado por Montoya, *Contribución*, pp. 181-2.

Manrique se mostraba escandalizado por el efecto que había tenido la difusión de datos falsos sobre la incidencia de la lepra en Colombia, por parte de sus colegas del siglo XIX. De cualquier manera, la importancia de recoger información estadística precisa como un paso indispensable para el control de la lepra era una idea ya ampliamente aceptada por la comunidad médica. Desde 1902 la *Revista Médica* había comenzado a publicar estadísticas epidemiológicas mensuales, incluyendo datos sobre natalidad y mortandad en Bogotá. Más adelante esta revista incluyó estadísticas relacionadas con medicina legal, prostitución, vacunación y asistencia pública a los pobres.²⁴

García Medina, durante su larga carrera dedicada a la salud pública, luchó para asegurar que Colombia observara los acuerdos sanitarios internacionales. Él más que nadie era conciente de los efectos económicos adversos que tenía la imagen de un país en el cual la propagación de la lepra era incontrolable. Entre 1905 y 1909, como médico adjunto de los lazaretos, García Medina solicitó información sobre la enfermedad a los médicos de las diferentes regiones del país y publicó las estadísticas correspondientes. El censo de lepra divulgado por García Medina en 1909 arrojó un número de 4,296 enfermos, de los cuales el 72% estaba aislado en los tres lazaretos. Según García Medina, cuando el gobierno había tomado el control de los lazaretos en 1905, sólo el 16% de los leprosos se encontraba en estas instituciones. Además, afirmaba el funcionario, debido a que la lepra era fácilmente confundida con otras enfermedades, el número real de enfermos era quizás menor.²⁵ Para una población de 4,500,000 habitantes, la incidencia de lepra en Colombia en 1909, de acuerdo con estas estadísticas, era del 0.095%. Como Noruega se había convertido en el modelo internacional en cuanto al control de la lepra, la incidencia de la enfermedad en ese país se convirtió en el criterio para comparar las tasas de lepra. La ocurrencia de lepra en Colombia era, según los datos oficiales, más baja que la de Noruega en el año de 1856 (0.23%), considerado el año de mayor propagación de la lepra en ese país.²⁶

En 1912, el ministro de gobierno, Pedro M. Carreño, afirmaba que los datos exagerados del siglo XIX habían lesionado de muchas maneras la imagen del país en el extranjero.²⁷ El cuerpo médico también estaba interesado en

²⁴ Ver por ejemplo: *Revista Médica*, 1902, 23 (263) and (266).

²⁵ Pablo García Medina, "Profilaxia de la lepra en Colombia," *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 1909, 1-1 (1):52-59; 1-2 (2):112-124, on pp. 120-2; and 1-3 (3):177-187.

²⁶ Th. M. Vogelsang, "The Termination of Leprosy in Norway: An Important Chapter in Norwegian Medical History; Together with a Portrait of Armauer Hansen circa 1873," *International Journal of Leprosy*, 1957, 25 (4):345-51, on p. 345.

²⁷ Pedro M. Carreño, "Lazaretos," *Revista Médica*, 1912, 30 (362-364):262-76.

publicar tanto a nivel nacional como internacional las nuevas estadísticas. Usando estos datos con fines retóricos, los médicos insistían en la alta proporción de pacientes que estaban aislados como indicador de su eficiencia profesional. Una de las sesiones del Segundo Congreso Médico Nacional realizado en Medellín en 1913, estuvo dedicada a la lepra. Además de la segregación, el diagnóstico y la declaración obligatoria de la enfermedad, uno de los temas centrales de discusión fueron las estadísticas recientes de la lepra en Colombia y la urgencia de difundirlas en el extranjero para eliminar la imagen negativa de la nación.²⁸ García Medina informaba que entre los países hispanoamericanos Colombia había realizado el mayor esfuerzo para controlar la lepra.²⁹ Tanto médicos como funcionarios del gobierno deseaban proyectar la imagen de un país moderno en donde la profesión médica ejercía control sobre los problemas de salud pública. No sólo sus intereses profesionales estaban en juego, sino también los intereses comerciales de toda la nación.

Hospitales municipales, colonias agrícolas y colonialismo

Juan de Dios Carrasquilla se opuso a la mayoría de las medidas gubernamentales considerándolas política de opresión contra los leprosos. En el Tercer Congreso Científico Latinoamericano llevado a cabo en Río de Janeiro en 1905, este médico discutió sobre la etiología y profilaxis de la lepra. Carrasquilla afirmó lo siguiente: que antes que por condiciones climáticas o telúricas la propagación de la lepra se producía por circunstancias sociales, tales como la pobreza; que el resultado de las decisiones del gobierno colombiano era simplemente persecución al enfermo; que la lepra era una enfermedad de evolución lenta, apenas ligeramente contagiosa y que las ideas generalizadas sobre la transmisión de la lepra a través del uso de objetos manipulados por los pacientes o a través de relaciones sexuales eran fábulas.³⁰ De hecho, creencias medievales sobre la enfermedad estaban aún vigentes entre algunos médicos en Colombia. Por ejemplo, el doctor Proto Gómez sostenía

²⁸ "Segundo Congreso Médico Nacional," *Revista Médica*, 1917, 35 (420-1):353-477, on pp. 416-421.

²⁹ Pablo García Medina, "Estadística de la lepra en Colombia: Trabajo presentado al Segundo Congreso Médico Nacional reunido en Medellín en 1913," *Revista Médica*, 1916, 34 (407-411):372-90, on p. 389.

³⁰ "La lepra: Etiología, historia y profilaxis, por el Dr. Juan de D. Carrasquilla L. Memoria presentada al tercer Congreso Científico Latinoamericano que ha de reunirse en Río Janeiro en Agosto de 1905," *Revista Médica*, 1905, 25 (301):289-302, on pp. 295-301.

que uno de los síntomas iniciales de la lepra era el incremento del deseo sexual.³¹

Aunque Carrasquilla creía en medidas tales como prohibir la inmigración de pacientes de lepra y aceptaba el aislamiento, se opuso a la segregación de los enfermos en colonias remotas. Ante todo, este médico abogaba por la creación de hospitales donde la lepra fuese tratada como cualquier otra enfermedad:

“...el aislamiento por si solo, el aislamiento empírico, que no tiene por objeto sino librarse de los enfermos, no tiene razón de ser; ...es inhumano, carece de eficacia y debe reemplazarse por otros medios de profilaxis racionales”.³²

Para Carrasquilla los hospitales debían estar localizados en los municipios donde médicos, asistentes y medicamentos estuvieran disponibles. En el plan de Carrasquilla, el propósito de los hospitales para los pacientes de lepra era buscar su cura a través de la higiene, estudiar la enfermedad e investigar sobre tratamientos científicos como se había hecho en Noruega.³³ Carrasquilla sugirió adoptar el modelo de los sanatorios para la tuberculosis cuyo tratamiento higiénico y racional se puso de moda en Europa y en los Estados Unidos a principios del siglo XX.³⁴ Sin embargo, muy pocos médicos compartían ese enfoque.

El gobierno y la comunidad médica promovieron en cambio la idea de establecer lazaretos departamentales. La Academia de Medicina de Medellín³⁵ escogió un lugar para construir un hospital-lazareto para el departamento de Antioquia, pero los residentes del lugar protestaron y la construcción nunca se llevó a cabo.³⁶ El departamento de Santander expresó por largo tiempo su deseo

³¹ Proto Gómez citado Carlos Michelsen U., “La lepra,” *Revista Médica*, 1898, 21 (232):1-29, on p. 18.

³² *Ibid.*, p. 300.

³³ Juan de Dios Carrasquilla, “Los sanatorios y la lepra,” *Revista Médica*, 1905, 26 (306):65-71.

³⁴ Sobre los sanatorios para la tuberculosis, ver el estudio clásico de René J. and Jean Dubos, *The White Plague: Tuberculosis, Man and Society* (Boston: Little Brown, 1952). Ver también: Lynda Bryder, *Below the Magic Mountain: A Social History of Tuberculosis in Twentieth-Century Britain* (Oxford: Clarendon Press, 1988), y Sheila M. Rothman, *Living in the Shadow of Death: Tuberculosis and the Social Experience of Illness in American History* (New York: Basic Books, 1994).

³⁵ “Lazaretos: Documentos relativos a la fundación de hospitales para leprosos en Antioquia,” *Revista Médica*, 1903, 23 (277):850-5.

³⁶ Abraham Aparicio, “La lepra y los lazaretos,” *Revista Médica*, 1891, 15 (163-4):506-12, on pp. 509-12.

de trasladar el lazareto de *Contratación* a un lugar más apropiado. Una comisión compuesta por médicos de esta región, como Carlos E. Putnam, Carlos Tirado Macías y Angel María Otero concluyó que la mejor localidad era el pueblo de Cepitá. Sin embargo, la oposición de enfurecidos vecinos frustró el proyecto.³⁷ El departamento del Cauca comisionó al médico francés especialista en lepra, Dom Sauton, para que estudiara el problema. Sauton, al igual que Carrasquilla, propuso el establecimiento de hospitales municipales, de acuerdo con el ejemplo de Noruega. Juan Bautista Montoya y Flórez consideró que este sistema era demasiado costoso para el presupuesto colombiano y manifestó su rechazo a los expertos extranjeros.³⁸ Teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes eran campesinos, el gobierno decidió mantener los lazaretos ya existentes, ordenando la construcción en ellos de nuevos hospitales. De esta manera, el país adoptó un sistema mixto de colonias agrícolas con hospitales.³⁹ Este modelo se utilizó también en otros países durante el mismo período, como en España cuando el estado determinó que la lepra era un problema nacional.⁴⁰

La estrategia que adoptó el gobierno de Colombia para controlar la expansión de la lepra fue semejante a los métodos colonialistas utilizados por el gobierno de ocupación de los Estados Unidos en las Filipinas en esta misma época. Por lo demás, ambos modelos se inspiraban en Molokai (Hawaii) donde se segregaban los enfermos de lepra de estas islas. Cuando los Estados Unidos se apropiaron de las islas Filipinas en 1898 como resultado de la guerra contra España, los oficiales estadounidenses encontraron lepra entre las enfermedades de la población.⁴¹ Así como en otras colonias españolas, los leproso filipinos se albergaban en el hospital de San Lázaro de Manila que había sido fundado en 1784 por la orden franciscana. Las autoridades militares de los Estados Unidos ocuparon el hospital, recogieron las víctimas de lepra y, en 1906,

³⁷ Carlos E. Putnam, "Un lazareto en el municipio de Cepitá," *Revista Médica*, 1906, 28 (316):28-30.

³⁸ Montoya, *Contribución*, pp. 356-7.

³⁹ Pablo García Medina, "Profilaxia de la lepra en Colombia," *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 1909, 1-1 (1):52-59, on pp. 55-56.

⁴⁰ Josep Bernabeu Mestre y Teresa Ballester Artigues, "Lepra y sociedad en la España de la primera mitad siglo XX: La colonia Sanatorio de Fontilles (1908-1932) y su proceso de intervención por la Segunda República," *Dynamis Acta Hispanica ad Medicinam Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 1991, 11:287-344, on pp. 300-3.

⁴¹ Ronald Fettes Chapman, *Leonard Wood and the Leprosy in the Philippines: The Culion Leper Colony, 1921-1927* (University Press of America, 1982), pp. 1-6.

construyeron una colonia para leprosos en la isla de Culion.⁴² Una ley de 1907 otorgó al director de la oficina de salud, Victor G. Heiser, el poder de aprehender a cualquier persona de la cual se sospechara era leprosa. Según esta ley, Heiser podía también detener a aquéllos que, al demostrarse por métodos bacteriológicos, tuvieran el bacilo de la lepra. A partir de entonces comenzó una activa campaña para segregar a los leprosos que generó enorme resistencia por parte de los pacientes y de sus familias. Las autoridades sanitarias de los Estados Unidos impusieron en la colonia para leprosos de Culion medidas similares a aquellas tomadas en Colombia, tales como la desinfección de las cartas y el reemplazo del dinero ordinario por moneda especial.⁴³ En 1909, Heiser se quejaba porque las medidas de segregación no habían sido tan eficientes como él hubiese deseado:

“Si el trabajo de recoger a los leprosos se hubiera acelerado con rigidez militar, el problema se habría simplificado mucho más, pero se consideró aconsejable proceder a recoger a los leprosos por medio de una campaña de educación para así asegurar la cooperación del público antes que su oposición.”⁴⁴

Las semejanzas de las políticas asumidas por los Estados Unidos en las Filipinas y por Colombia en sus lazaretos, revelan que quizás las autoridades colombianas percibían a los enfermos de lepra con una actitud colonialista que prevalecería hasta, por lo menos, 1930.

Lepra y razas “inferiores”

A comienzos del siglo XX, la comunidad médica colombiana asumió una orientación positiva hacia el problema de la lepra. Esto es, los médicos deseaban ver la enfermedad como algo que ellos podían controlar por medio de procedimientos médicos. Esta orientación positiva, sin embargo, no significa que los médicos abandonaran su actitud severa contra los leprosos. La lepra necesitaba ser erradicada, pero ya que el modo de transmisión del bacilo de Hansen era desconocido, la mayoría de los médicos justificaba casi cualquier

⁴² Sobre la fundación de hospitales de San Lázaro en las Filipinas, ver: Félix Contreras Dueñas y Ramón Miquel y Suárez Inclán, *Historia de la lepra en España* (Madrid: Gráfica Hergon, 1973), p. 91.

⁴³ Chapman, *Leonard Wood and the Leprosy in the Philippines*, pp. 7-11.

⁴⁴ Victor G. Heiser, “Leprosy in the Philippine Islands,” *Public Health Reports*, 1909, 24 (33):1155-59, on pp. 1155-6.

medio para controlar la expansión de la enfermedad. Este fue uno de los argumentos de Montoya y Flórez quien ganó reconocimiento nacional e internacional por su tratado sobre la lepra publicado en 1910. Montoya además invocaba la autoridad del Segundo Congreso Internacional sobre la Lepra, celebrado en Bergen (Noruega) en 1909 y presidido por el propio Gerhard Armauer Hansen. De hecho, este congreso ratificó las decisiones tomadas en la reunión de Berlín de 1897: notificación obligatoria y estricto aislamiento de los pacientes para detener la propagación de la enfermedad.⁴⁵ Otras dolencias “tropicales” habían sido controladas atacando a los agentes de la enfermedad. Este método aplicado a la lepra degeneró en ataque a los leprosos mismos, ya que éstos eran los únicos vectores de infección conocidos.

Montoya y Flórez promovió una estrategia abiertamente social y política para erradicar la lepra. Esta política incluía considerar la lepra como causa de divorcio, prohibir a los leprosos el ejercicio de ciertas profesiones e impedir el matrimonio a los enfermos. El especialista francés Édouard Jeanselme recomendó medidas semejantes para el control de la lepra en la Indochina francesa como parte de su misión en esa colonia entre 1899-1900.⁴⁶ Asimismo, Montoya aconsejó prohibir la inmigración china a Colombia, objetando que los culies habían propagado la lepra y otras enfermedades en América del Norte. El ilustre médico añadía que los chinos eran la raza más peligrosa porque sus ocupaciones como sirvientes los ponían a menudo en contacto con las clases altas.⁴⁷ Estas creencias eran corrientes entre las clases altas en Colombia y alimentaban los debates que sobre inmigración se adelantaban en esta época. De hecho, el influyente político liberal, Rafael Uribe Uribe, se opuso a la inmigración de chinos para trabajar en las plantaciones de café en Colombia.⁴⁸ La posición racista de Montoya se inspiraba en el sentimiento anti-chino que prevalecía en los Estados Unidos y en algunos países europeos y latinoamericanos como Brasil, Méjico y Cuba. La imagen negativa de los chinos se resumía en el lema generalizado que los veía como el “peligro amarillo.”⁴⁹

⁴⁵ Juan Bautista Montoya y Flórez, “Profilaxis de la lepra en Colombia (Segundo Congreso Médico Nacional)” *Revista Médica*, 1913, 31 (375):321-331, on p. 327.

⁴⁶ Édouard Jeanselme, *La Lèpre* (Paris: G. Doin, 1934), pp. 563-4.

⁴⁷ Montoya, “Profilaxis de la lepra en Colombia”, pp. 322-5; and Montoya, *Contribución*, p. 299.

⁴⁸ Palacios, *Coffee in Colombia*, p. 145.

⁴⁹ Zachary Gussow, *Leprosy, Racism, and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control* (Boulder, Co.: Westview Press, 1989), pp. 111-129; Richard Graham (ed.) *The Idea of Race in Latin America, 1870-1940* (Austin: University of Texas Press, 1990), pp. 3, 9, 54.

Además de sugerir la prohibición de inmigración china, Montoya proclamó que las masas colombianas no estaban preparadas para una política de segregación moderada como la practicada en Noruega. Justificando su oposición al establecimiento de hospitales municipales para los pacientes de lepra y explicando la razón por la cual el gobierno colombiano había revocado el aislamiento a domicilio en 1907, Montoya sostuvo:

“...se comprende que en Noruega se puedan vigilar por los médicos oficiales unos pocos enfermos blancos y educados, pero ¿quién vigila a un indio en Fúquene o a una negra de Lloró? ...y aún suponiendo que nuestra raza fuera toda blanca, no hay que hacerse ilusiones, pues en Bogotá mismo se vió que gentes distinguidas, a quienes se les permitió aislarse en sus casas, por negligencia y desidia no cumplían con lo ordenado, y seguían su vida de siempre, infectando la población... Para europeizarnos, como lo está haciendo Argentina, necesitaríamos una fuerte inmigración de razas del Norte, que contrarreste nuestros elementos étnicos inferiores y los eduque, pues, como todos saben, aquí predominan las gentes de color o los mestizos de las razas blanca, indígena y negra, y son precisamente estos mestizos los que presentan más casos de *elefancia*”.⁵⁰

Es interesante notar que, según Montoya, los leprosos, aunque fuesen de clases “distinguidas”, de inmediato por el hecho de ser leprosos, se igualaban a las “razas inferiores”. Otros médicos también compartían esta mirada racista hacia los enfermos de lepra que, por lo demás, era usual en algunos países europeos y en los Estados Unidos en esta época. El médico Cenón Solano, por ejemplo, afirmaba que las razas “puras” como la inglesa o sajona desarrollaban formas leves de lepra que sanaban fácil y rápidamente, mientras que las razas mixtas como los mestizos, mulatos o zambos contraían ciertos tipos de lepra que eran más difíciles de curar.⁵¹

Como parte del proyecto de incorporar al país dentro del mundo civilizado, las élites colombianas promovían la inmigración europea de raza blanca para “blanquear” la población colombiana indígena y negra.⁵² La eugenesia como movimiento social y científico no fue tan importante en

⁵⁰ Montoya, *Contribución*, pp. 336-7.

⁵¹ Cenón Solano, “Lepra: Herencia y contagio,” *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 1911, 2-10 (22):532-560, on p. 549.

⁵² Aline Helg, “Los intelectuales frente a la cuestión racial en el decenio de 1920,” *Estudios Sociales*, 1989, 4 (Mar):37-52, on pp. 47-8; y Peter Wade, *Blackness and Race Mixture: The Dynamics of Racial Identity in Colombia* (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1993).

Colombia como en Brasil, Méjico y Argentina.⁵³ Sin embargo, médicos como Luis López de Mesa elaboraron doctrinas racistas para explicar el atraso de la nación.⁵⁴ Mientras que la mezcla racial (*mestizaje*) jugaba un importante papel en la configuración de la sociedad colombiana, los médicos argumentaban que la “indolencia” y “estupidez” de la mayoría de la población eran responsables de la pobreza e inferioridad del país.⁵⁵ Las clases altas preferían dejar la responsabilidad de la insatisfactoria situación económica y social a otros: a aquellos que consideraban inferiores. De ahí que algunos de estos médicos consideraran a los pacientes de lepra como pertenecientes a razas “inferiores”.

La lepra como “enfermedad aparte”

A finales de 1910, una comisión oficial nombrada por la Academia de Medicina y el gobierno examinó *Agua de Dios*, el mayor de los tres lazaretos. La comisión compuesta por los doctores Miguel Canales, Rafael Ucrós y Jesús Olaya Laverde, presentó al año siguiente un detallado informe acerca del lazareto. Este informe era optimista, describía el lazareto como un pueblo placentero, con limpias calles arborizadas y una administración organizada, en contraste con narraciones patéticas anteriores que se referían a *Agua de Dios* como “la tierra del dolor.”⁵⁶ Evidentemente, el grupo de médicos quería hacer énfasis en los aspectos benéficos de la toma de los lazaretos por el gobierno colombiano. La delegación declaró que la separación efectiva de leprosos era difícil, pues los habitantes enfermos y los sanos estaban acostumbrados a socializar libremente. En consecuencia, la comisión recomendó incrementar el número de policías con el fin de asegurar el aislamiento. El grupo de médicos no estuvo de acuerdo con una recomendación de la Academia de Medicina y de la Junta Central de Higiene que sugería que los médicos deberían tomar el control completo de los lazaretos sin la mediación del Ministerio de Gobierno. La comisión sostenía que la administración de los lazaretos incluía una

⁵³ Nancy Stepan, *The Hour of Eugenics: Race, Gender and Nation in Latin America* (Ithaca: Cornell University Press, 1992).

⁵⁴ Bruce Michael Bagley and Gabriel Silva Luján, “De cómo se ha formado la nación colombiana: una lectura Política,” *Estudios Sociales*, 1989, 4, (Mar):9-36, on p. 17.

⁵⁵ Sobre mestizaje ver: Jaime Jaramillo Uribe, *Ensayos sobre historia social colombiana* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1974).

⁵⁶ Miguel Canales, R. Ucrós, and J. Olaya Laverde, “Informe de la Comisión encargada de visitar el lazareto de Agua de Dios,” *Revista Médica*, 1911, 29 (342-4):39-73, on p. 40. Antonio Gutiérrez Pérez, *Apuntamientos para la historia de Agua de Dios* (Bogotá: Imprenta Nacional, 1925), *passim*.

variedad de situaciones que no eran médicas, tales como la distribución de raciones para los leprosos y la recolección del impuesto a las herencias con el cual se financiaban las leproserías. Por lo tanto, la comisión justificó el establecimiento de agencias gubernamentales especiales para manejar los lazaretos. En la práctica, el gobierno y los médicos trataban a la lepra como a una enfermedad “aparte”, que merecía una consideración especial. La lepra se entendía sólo parcialmente como una cuestión médica; primordialmente era un problema social que necesitaba de la intervención estatal.⁵⁷

El gobierno puso en práctica casi todas las recomendaciones de la comisión. Estrictas regulaciones sobre aislamiento implicaban la exclusión de los sanos, no sólo como una medida para evitar el contagio, sino también como un procedimiento económico. Hacia 1911, más de 250 individuos no leprosos que estaban recibiendo mesadas como leprosos, fueron expulsados de *Agua de Dios* después que sus diagnósticos fueron verificados.⁵⁸ Hubo habitantes de *Agua de Dios* que simulaban padecer la enfermedad o que trataron por todos los medios de contagiarse de lepra para evitar ser despedidos del lazareto. Muchos habían buscado refugio allí por necesidad económica. Por razones de caridad, algunos médicos declaraban a los niños sanos, hijos de padres leprosos, como enfermos de lepra para que pudieran recibir la ración diaria del gobierno.⁵⁹ Este hecho sugiere que los lazaretos eran respuestas parciales a la pobreza, como fueron los hospitales para locos en la Francia del siglo dieciocho.⁶⁰

El gobierno continuó dándole a la lepra un lugar importante en la agenda nacional. En 1918, el parlamento colombiano aprobó una ley creando la *Dirección General de Lazaretos* que reemplazó a la Oficina Central de Lazaretos. La misma ley estableció la *Dirección Nacional de Higiene* que reemplazó a la Junta Central de Higiene. Esta nueva institución estaba localizada en el Ministerio de Instrucción Pública y tenía más poder que la anterior Junta de Higiene para tomar decisiones en caso de epidemias. En 1920 la Junta Nacional de Higiene fue situada en el Ministerio de Agricultura y Comercio, indicando el nuevo enfoque económico hacia la salud. Sin embargo, en 1923 la Junta regresó al Ministerio de Instrucción Pública, lo cual sugiere

⁵⁷ Miguel Canales et al., “Informe de la Comisión encargada de visitar el lazareto de Agua de Dios,” *Revista Médica*, 1911, 29 (342-4):39-72.

⁵⁸ Gutiérrez, *Apuntamientos*, pp.378-80. Ver también, Jorge Roa, “Notas del Señor Ministro de Gobierno sobre Lazaretos,” *Revista Médica*, 1911, 29 (347-8):139-41.

⁵⁹ Montoya, *Contribución*, p. 365.

⁶⁰ Michel Foucault, *Madness and Civilization* (New York: Random House, 1961/1965), pp. 48-49.

que el estado entendía la salud pública como parte de su misión educativa y civilizadora.⁶¹

La ley de 1918 reforzó la visión de la lepra como una enfermedad “aparte” al mantener dos ámbitos separados: uno para la lepra y otro para lo concerniente al resto de asuntos de salud pública. Para los médicos y para el gobierno, la lepra era única, por ello requerían de una estrategia excepcional para controlar a la enfermedad y a sus víctimas. Esta ley indicaba la importancia extraordinaria que tanto doctores como autoridades colombianas conferían a la lepra: de las 52 cláusulas de la ley, 45 estaban dedicadas a la lepra. Sólo 7 cláusulas trataban otros asuntos de salud pública. Esta ley reforzó los principios del aislamiento obligatorio sin importar el nivel social o económico de los enfermos. El congreso nacional concedió a la nueva Dirección de Lazaretos amplios poderes para regular las leproserías, para aislar a los enfermos y para inspeccionar la recolección de impuestos destinados a intensificar la lucha contra la lepra. El decreto también ordenó la construcción de hospitales dentro de cada lazareto para experimentar con tratamientos especiales y asignó al estado colombiano la responsabilidad de cuidar de los niños nacidos en las leproserías o que vivían allí.⁶² Esta legislación muestra que la lepra siguió siendo considerada una enfermedad única que requería de medidas especiales.

Pacientes y medicina científica: los límites de la medicalización

Quince años después del establecimiento de lo que la comunidad médica entendía como *medicina científica* en *Agua de Dios*, los pacientes tenían una opinión negativa de los resultados. Antonio Gutiérrez Pérez, paciente de lepra, escribió acerca de los numerosos médicos que visitaron o que trabajaron en el lazareto:

“Hace más de quince años que está establecido aquí el Cuerpo científico con todos sus accesorios, y no obstante los muchos médicos que lo han formado, ninguno de ellos, ni aún por curiosidad, ha tratado de investigar las causas que producen la enfermedad, ni nada que se les parezca. Conocen sus efectos y la

⁶¹ Quevedo et al., “Ciencias médicas, estado y salud en Colombia,” pp. 189-191.

⁶² “Ley 32 de 1918 (Octubre 29) sobre organización y dirección de los Lazaretos de la República y reorganización de la Dirección Nacional de Higiene,” *Revista de Higiene*, 1918, 9 (3):72-78. Ver también: Enrique Enciso, “Breve historia de la campaña contra la lepra en Colombia. Nuevo plan de lucha contra esta enfermedad,” *Revista de Higiene*, 1932, 13 (Segunda época) (8):257-295, on p. 265.

variedad de formas que ella presenta, pero nada hacen, y sólo se contraen [sic] en el poquísimo tiempo que consagran al desempeño de sus funciones, a recetar a los enfermos en los diversos males que los afligen, sin cuidarse de otra cosa".⁶³

Adolfo León-Gómez, prestigioso periodista, abogado y ex-consejero del Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, quien llegó a *Agua de Dios* como paciente de lepra en 1919, también juzgó en forma negativa el papel de los médicos. En 1923, León-Gómez publicó *La Ciudad del Dolor*, libro que alcanzó tres ediciones, donde describió las persecuciones a las cuales las autoridades del lazareto sometían a los pacientes. Hasta su muerte en 1927, este escritor publicó numerosos artículos en periódicos de Bogotá y de otras ciudades, denunciando la situación de los lazaretos colombianos y sugiriendo reformas. En ellos, León-Gómez hizo aterradoras descripciones acerca de la manera como los médicos inyectaban el aceite de chaulmugra y el ácido ginocárdico (una mezcla de ácidos derivados del chaulmugra) sin las adecuadas condiciones sanitarias. Recordando su experiencia, León-Gómez afirmaba que ningún doctor lo había examinado durante los primeros veinte meses de su llegada al lazareto. Cuando finalmente uno de los médicos lo examinó, el doctor le preguntó qué tipo de tratamiento quería seguir. De hecho, los pacientes de *Agua de Dios* inventaban sus propios remedios a su antojo.⁶⁴ Este tipo de episodios, que sin duda debían ser comunes, revela que a pesar de la retórica de las revistas médicas, el control científico de la enfermedad distaba mucho de ser completo. Los lazaretos eran un fácil mercado para charlatanes que ofrecían curas milagrosas. El personal médico tampoco tenía mejores opciones, por tanto se veían forzados a tolerar impostores. Por otra parte, como los lazaretos no eran del todo instituciones médicas, los doctores carecían de autoridad para ordenar tratamientos. Ricardo F. Parra, médico jefe de *Agua de Dios* en 1922, afirmaba que debido al régimen interno del lazareto, los médicos no tenían poder para prescribir tratamientos ni para hacer que los enfermos los siguieran.⁶⁵

Desde finales del siglo XIX en la India, en Egipto y también en las Filipinas, algunos científicos y los mismos pacientes produjeron avances en el tratamiento de la lepra, modificando así la visión corriente de que la enfermedad

⁶³ Gutiérrez, *Apuntamientos*, p. 126.

⁶⁴ León-Gómez, *La Ciudad del Dolor*, pp. 46-51.

⁶⁵ Ricardo F. Parra, "Tratamiento de la lepra en Agua de Dios," *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 1922, 13-6 (150):306-311.

era incurable. Por lo tanto, la medicina ya tenía mejores opciones que la simple “curación espontánea”. El tratamiento con aceite de chaulmugra mejoró en forma considerable. Anteriormente, el aceite se administraba como unguento y también por vía oral, pero era tan nauseabundo que los pacientes lo rechazaban. En 1879, algunos científicos empezaron a aislar algunos de los componentes del aceite, principalmente sus ácidos grasos. Desde 1894, Engel Bey médico egipcio, comenzó a usarlo en inyección y en 1909 la compañía Bayer inició la producción de los ésteres etílicos de los ácidos grasos del chaulmugra, bajo el nombre de “antileprol”.⁶⁶ Por esta época, el aceite de hydnocarpo (tomado de las semillas de otro árbol de la India) resultó ser más benéfico para detener el avance de la lepra que el aceite de chaulmugra. En 1915, el leprólogo británico Leonard Rogers introdujo una modificación en el uso de estos aceites: empleó sales de sodio de aceite de chaulmugra del árbol *Taraktogenos kurzii* y aceite de hydnocarpo del árbol *Hydnocarpus anthelmintica* en solución de agua, una combinación que hizo menos dolorosa la aplicación de las inyecciones, en comparación con el uso del aceite puro.⁶⁷ Por otra parte, los pacientes de la leprosería de Culion en Filipinas descubrieron ellos mismos que aplicándose las inyecciones de chaulmugra por medio de numerosos pinchazos el tratamiento resultaba más efectivo. Este método, conocido como la técnica de “infiltración intradérmica” fue aceptado y practicado en todo el mundo.⁶⁸

A pesar de los comentarios críticos de los pacientes mismos, los médicos colombianos estaban al tanto de estos desarrollos científicos. Los pacientes conocían los usos tópicos y orales del chaulmugra desde 1880. En 1910 los médicos comenzaron a prescribir “antileprol” para los pacientes tanto de *Agua de Dios* como de *Contratación*. Desde por lo menos 1922, los médicos comenzaron pruebas en estos dos lazaretos para probar la terapia de Rogers.⁶⁹ Aunque estos métodos eran los mejores del momento, muchos pacientes no los toleraban. Estos métodos eran dolorosos y las mejorías, si las había, sólo se

⁶⁶ Patrick Feeny, *The Fight Against Leprosy* (New York: American Leprosy Mission, 1964), pp. 107-8.

⁶⁷ Anthony Weymouth, *Through the Leper-Squint: A Study of Leprosy from Pre-Christian Times to the Present Day* (London: Selwyn and Blount, Paternoster House, 1938), p. 223.

⁶⁸ Feeny, *The Fight Against Leprosy*, p. 111.

⁶⁹ Ricardo F. Parra, “Tratamiento de la lepra en Agua de Dios (Nota preliminar),” *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 1922, 13-6 (150):306-11; y del mismo autor, “Tratamiento de la lepra en Agua de Dios,” *Ibid.*, 1926, 17-5 (197):260-66; and G. Loboguerrero, “Tratamiento de la lepra en el lazareto de Contratación,” *Ibid.*, 1926, 17-4 (196):194-201.

veían después de su aplicación por largo tiempo. La mayoría de los pacientes veían estas técnicas con escepticismo o con la misma esperanza efímera que experimentaban con los remedios ofrecidos por los tегuas. Sin embargo, el problema real no eran las desventajas de las medicinas disponibles. La dificultad radicaba en el enfoque de enfermedad “aparte” que se había adoptado en Colombia que frustraba la aplicación sistemática de esos tratamientos. Como los lazaretos eran mercados en donde los médicos competían con los curanderos para vender sus específicos, la medicina profesional carecía de la autoridad cultural para hacer que los pacientes siguieran sus tratamientos. Éstos tendían a abandonarlos apresuradamente reemplazando las terapias de los médicos por curas que parecían más prometedoras.

Tегuas inescrupulosos explotaban la credulidad de los pacientes, pero algunos miembros de la profesión médica también lo hicieron. Aunque los doctores debían notificar a las autoridades los casos de lepra, cuando se trataba de pacientes adinerados, los médicos eran reacios a divulgar esta información, considerándola confidencial. La lepra se prestaba para que se cometieran abusos. León-Gómez censuró el comportamiento inconsistente de los médicos quienes se apresuraban a denunciar a los pacientes pobres y a esconder a los pacientes ricos, mientras aterrorizaban a la sociedad afirmando públicamente que la lepra era extremadamente contagiosa.⁷⁰ Según León-Gómez, el decreto gubernamental que suspendía el secreto profesional en caso de lepra hizo de los doctores un “cuerpo oficial de informantes” y una “policía secreta”.⁷¹

La política oficial requería de rigurosas prácticas de desinfección para los habitantes que deseaban salir del lazareto. Los visitantes también tenían que pasar por el procedimiento de la desinfección. Sin embargo, médicos, boticarios, funcionarios, los padres Salesianos y las Hermanas de la Caridad salían sin estos requisitos demostrando que la desinfección se ejercía más como un ritual que como una medida preventiva real. Sobre esto, León-Gómez escribió con ironía: “Ciencia, Autoridad y Religión preservan del contagio”.⁷² Además, los pacientes pensaban que la política contra el contagio desarrollada en los lazaretos era ineficaz; Gutiérrez por ejemplo sostenía:

“El concepto general de todos los habitantes de este lugar de desolación y espanto, de lágrimas y amarguras, es el de que el Gobierno y la sociedad no debieran continuar sosteniendo por más tiempo tan innecesario como

⁷⁰ León-Gómez, *La Ciudad del Dolor*, pp. 188-192.

⁷¹ *Ibid.*, p. 234.

⁷² *Ibid.*, p. 288.

costosísimo aparato anticontagionista, que se ha visto es del todo inútil y aún irrisorio, y además, porque desde su reorganización, las cuantiosísimas rentas que el público ha venido acumulando en pagos de contribuciones decretadas por las leyes... han venido a ser objeto de la codicia, los fraudes, la malversación y otras mil argucias...”⁷³

Los pacientes insistían en que la lepra no era contagiosa; sin embargo, sabían que las teorías contagionistas estaban en boga. Los médicos, por otra parte, eran concientes de las creencias de los pacientes y en sus cruzadas contra la propagación de la enfermedad, consideraban las opiniones de los pacientes como obstáculos que debían ser superados. Algunos pacientes escribieron exhaustivamente sobre lepra. Poco antes de imponerse una estricta política de segregación, el paciente José F. Correal escribió varias cartas al Ministro de Gobierno argumentando contra las teorías del contagio y de la herencia como causa de la lepra. Correal protestaba en contra del aislamiento obligatorio de las víctimas de lepra afirmando que su aspecto feo y repugnante era la única base para la discriminación de que eran víctimas.⁷⁴ Correal resumía las opiniones de autores europeos que consideraban la lepra sólo ligeramente contagiosa, incluyendo citas de *La Presse Médicale*. Para demostrar la no contagiosidad de la lepra, Correal expuso argumentos tomados de médicos leprosos que como pacientes habían vivido en *Agua de Dios* y ejercido allí la medicina. Usando el estilo de argumentación de los abogados, Correal presentaba numerosos testimonios autenticados de pacientes de *Agua de Dios*, quienes narraron varias circunstancias de sus vidas con el fin de probar que el contagio o la herencia no habían jugado un papel importante en su condición y que tampoco habían infectado a nadie durante el curso de sus vidas. Correal, quien era miembro de la sociedad homeopática Hahnemann de Colombia, también publicó algunos folletos sobre este tema, pero la comunidad médica, desde luego, los ignoró.⁷⁵ Correal no era sino un “leproso”. Como una prueba de que los leprosos habían perdido no sólo sus derechos civiles, sino también su libertad de sentir y de pensar, el paciente Antonio Gutiérrez observó con cierta ironía:

“...nuestro gran leprólogo colombiano, el doctor Juan B. Montoya y Flórez, dice con franqueza, y quizá interpretando el sentimiento unánime de nuestros

⁷³ Gutiérrez, *Apuntamientos*, p. 127.

⁷⁴ José F. Correal, “Carta al Ministro de Gobierno,” May 15, 1909, in Gutiérrez, *Apuntamientos*, pp. 325-326, on p. 326.

⁷⁵ José F. Correal, “El contagio de la lepra,” in: *Ibid.*, pp. 325-348.

compatriotas, que tales escritos no tienen ningún valor por ser procedentes de enfermos (!!)”.⁷⁶

No solo los médicos, sino también los funcionarios menospreciaban las experiencias e ideas de los pacientes. Por ejemplo, León-Gómez publicó numerosos artículos en la prensa colombiana sobre las condiciones de *Agua de Dios*, incluyendo sugerencias sobre cómo mejorar la institución para el beneficio de los pacientes. Sin embargo, las autoridades los ignoraron por completo. En esta época (1920-1923) la Dirección General de Lazaretos y la Dirección Nacional de Higiene pertenecían al Ministerio de Agricultura. El ministro de este ramo admitió una vez que él había leído uno de los artículos escritos por León-Gómez por pura coincidencia mientras viajaba en un tren.⁷⁷ La medicalización de la lepra significó represión para los pacientes sin la compensación de un tratamiento efectivo. Como una instancia más de la afirmación de su autoridad cultural, los médicos rechazaron el conocimiento y la experiencia de los pacientes. Los pacientes de lepra y sus familiares sabían que la enfermedad no era altamente contagiosa, pero el gobierno, actuando con base en la opinión dominante de la comunidad médica, impuso una política de aislamiento estricto que no se ajustaba al conocimiento científico general de la enfermedad de comienzos del siglo veinte. Debido a que los médicos no sabían cómo curar y prevenir la lepra y la designaron como una enfermedad “aparte”, la medicalización se cumplió sólo parcialmente.

Algo más que un simple bacilo: el papel de las condiciones sociales

Después de todo, las creencias de los pacientes acerca de la baja contagiosidad de la lepra eran materia de debate en los círculos médicos. Por ejemplo, después de su viaje a Europa, el médico Cenón Solano dió una conferencia en 1911 en Bogotá sobre el papel de la herencia y del contagio en la transmisión de la lepra. Solano había visitado la clínica de lepra del médico Paul G. Unna en Hamburgo y había presentado un trabajo en el Segundo Congreso Internacional de Lepra realizado en Bergen en 1909.⁷⁸ En su

⁷⁶ Ibid., p. 54.

⁷⁷ León-Gómez, *La Ciudad del Dolor*, p. 284.

⁷⁸ Cenón Solano, “La lèpre dans la Colombie,” *Mitteilungen und Verhandlungen II Internationale Wissenschaftliche Lepra-Konferenz Abgehalten vom 16 bis 19 August 1909 in Bergen (Norwegen)* (Leipzig: Johann Ambrosius Barth, 1910), pp. 63-73.

conferencia en Bogotá, Solano partió del punto de vista que había mantenido en el pasado, esto es, que la lepra era contagiosa en extremo. El médico sostuvo que faltaba la prueba experimental definitiva de la contagiosidad de la enfermedad y que la inoculación directa de persona a persona no se había verificado todavía. El carácter contagioso de la lepra se había aceptado porque el bacilo se encontraba siempre presente en los enfermos. Según Solano, el conocimiento sobre el bacilo era insuficiente. Por esto, se hacía imperativo introducir métodos de observación y experimentación para conducir investigación bacteriológica y micrográfica y especialmente para estudiar la patología específica nacional de la lepra, ya que él estaba convencido que la enfermedad presentaba características especiales en Colombia. Para este médico, aún si se probaba que la lepra era transmisible, sería la menos contagiosa de todas las enfermedades contagiosas.⁷⁹

En su trabajo, Solano también sostenía que el bacilo de Hansen no podía ser considerado como el único agente transmisor de la lepra. Para él, las auténticas causas de la propagación de la lepra en Colombia eran la opresión, las guerras, la pobreza, la hambruna, la carencia de higiene pública y privada, el alcoholismo, además de otras condiciones sociales. Solano también contradijo las conclusiones de la comisión de 1910 que inspeccionó *Agua de Dios*, que eran la base de la política de control de la lepra en Colombia.⁸⁰ Los puntos de vista de Solano coincidían con las teorías expresadas por H. P. Lie, secretario general del congreso de Bergen al cual Solano acababa de asistir y sucesor de Hansen como médico jefe de lepra en Noruega después que éste murió en 1912. Según Lie, la lepra no podía ser descrita como una enfermedad muy contagiosa y podía estar relacionada primariamente con situaciones de indigencia y de miseria, que había sido el caso noruego hasta por lo menos mediados del siglo XIX.⁸¹

Prestigiosos miembros del personal médico colombiano, tales como Miguel Canales, quien hizo parte de la delegación que inspeccionó *Agua de Dios* en 1910, desaprobaron las ideas de Solano. Canales escribió una mordaz respuesta, donde argumentaba que era falso que la pobreza y las condiciones de vida insalubres produjeran lepra, porque los pueblos pre-colombinos que también eran pobres, según él, nunca estuvieron afligidos por la enfermedad.

⁷⁹ Solano, "Lepra: Herencia y contagio," pp.532-560.

⁸⁰ *Ibid.*, pp. 532-560.

⁸¹ H.P. Lie, "Why is Leprosy Decreasing in Norway?" *International Journal of Leprosy*, 1933, 1 (2):205-216. Este artículo fue presentado en una reunión de dermatólogos en 1928, pero contiene las ideas que Lie había estado comunicando desde 1904 en su trabajo sobre lepra en Noruega.

Además, Canales justificó las severas medidas tomadas en los lazaretos, con base en que la lepra era muy contagiosa y afirmó que la mayoría de los países en donde ésta existía habían adoptado la segregación absoluta para controlar su expansión.⁸²

Otros médicos expresaron opiniones similares a las de Solano.⁸³ Por ejemplo, Enrique Gómez argumentó que los doctores jóvenes habían magnificado la contagiosidad de la lepra y recomendó buscar la respuesta en la clínica. Según él, el criterio clínico mostraba que la infección con lepra era difícil y que una serie de condiciones, además de la presencia del bacilo, eran necesarias para que la transmisión ocurriera. La sugerencia de Gómez de retornar a la investigación clínica indicaba también la existencia de conflicto entre los bacteriólogos y los clínicos de principios del siglo XX. Posiblemente en Colombia, como en todo el mundo, la recepción de la teoría parasitaria, como se la llamaba, generó una ola de optimismo, pero también creó escepticismo entre los médicos entrenados en la viejas y bien conocidas prácticas clínicas de la escuela francesa.⁸⁴

El asunto que dividió a clínicos y bacteriólogos, el papel del bacilo frente a las condiciones ambientales o sociales, fue un tema de discusión entre los médicos desde la publicación de las estadísticas sobre lepra, a comienzos del siglo. Los líderes más prestigiosos de la cruzada en contra de la lepra, García Medina y Montoya y Flórez expresaron diferentes opiniones. De acuerdo con Montoya, 29% de los pacientes de lepra en Colombia eran campesinos, mientras que solamente el 1.76% eran mendigos; adicionalmente, el 3.8% eran capitalistas y propietarios. En consecuencia, concluía Montoya y Flórez, la lepra no era una enfermedad de indigencia porque las condiciones de vida de los campesinos eran buenas y porque incluso había capitalistas entre los leprosos:

“Nuestros labradores ganan un buen salario, sus vestidos son suficientes, especialmente en los climas cálidos; su alimentación no es muy buena pero

⁸² Canales, “Lepra: Observaciones a una conferencia del doctor Zenón [sic] Solano,” pp. 317-333.

⁸³ Ver por ejemplo, Rafael A. Muñoz, “Contagiosidad de la lepra,” *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 1910, 1-7 (7):438-443, on p. 443.

⁸⁴ Enrique Gómez, “Algo sobre la propagación de la lepra,” *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 1916, 8-3 (87):111-117. Sobre el conflicto entre clínicos y bacteriólogos en los Estados Unidos, ver: Russell C. Maulitz, “Physician vs. Bacteriologist: The Ideology of Science in Clinical Medicine,” *The Therapeutic Revolution: Essays in the History of American Medicine* ed. by Morris J. Vogel and Charles E. Rosenberg (University of Pennsylvania Press, 1979), pp. 91-107.

no es escasa, y sin embargo ellos tienen el mayor porcentaje [sic] de leproso... Todo esto contrasta con el pequeño porcentaje [sic] que tienen los mendigos”.⁸⁵

Que la lepra era una enfermedad de la miseria había sido conocimiento común desde el siglo XIX y posiblemente desde antes.⁸⁶ El que ocasionalmente miembros de la élite colombiana sufrieran de lepra sólo revelaba el nivel de pobreza de la sociedad colombiana que afectaba a todas las clases sociales. Aunque las clases altas poseían una mejor comprensión que las clases bajas de la higiene, la dieta, el vestuario y la vivienda, todos dependían de las mismas condiciones generales insalubres.⁸⁷ El papel de la pobreza en la propagación de la enfermedad fue un tema álgido de debate, ya que implicaba diferentes versiones de la política de salud pública. Los contagionistas extremos, García Medina, Montoya y Flórez, Canales, entre otros, demandaban una política de segregación estricta. Otros médicos como Carrasquilla y Solano después de su viaje a Noruega, advocacy medidas higiénicas generales y reforma social, y estuvieron de acuerdo con una política de aislamiento moderado. A diferencia de sus colegas franceses del siglo XIX que asociaron la enfermedad con la pobreza, desarrollándose así un movimiento de salud pública con un carácter social bien articulado, la comunidad médica colombiana se resistió a este enfoque.⁸⁸ Como grupo profesional, permanecieron indiferentes a las necesidades de reforma social.⁸⁹

Los médicos colombianos medicalizaron la lepra a principios del siglo veinte, esto es, la comunidad médica y el estado tomaron el control de los lazaretos. Al ascender a una posición de poder, los médicos pensaban y actuaban como “expertos”. A través de este proceso los médicos generaron estadísticas sobre lepra que contradecían los datos exagerados de los médicos del siglo XIX. Como parte de la élite, los médicos estaban comprometidos con el proyecto de modernizar a Colombia atrayendo capital extranjero e inmigración europea de raza blanca. La nueva retórica de las estadísticas era una parte

⁸⁵ Pablo García Medina, “Profilaxia de la lepra en Colombia,” *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 1909, 1-2 (2):112-124, on p. 121; ver la misma conclusión en Montoya, Contribución, pp. 229-230; muchos historiadores contradirían esta idílica imagen; ver por ejemplo, Palacios, *Coffee in Colombia*, p. 108.

⁸⁶ On this issue, see: E.G. Keil, “The Importance of Nutrition in the Prevention and Cure of Leprosy,” *International Journal of Leprosy*, 1033, 1 (4):393-8.

⁸⁷ Abel, *Health Care in Colombia*, p. 26.

⁸⁸ Ann La Berge, *Mission and Method: The Early Nineteenth-Century French Public Health Movement* (Cambridge: Cambridge University Press, 1992), p. 15.

⁸⁹ Abel, *Health Care in Colombia*, p. 3.

significativa de esta meta nacional, en la medida en que se ofrecía una imagen atractiva para el capital y la inmigración extranjera.

La lepra constituyó un significativo objeto de estudio para los médicos colombianos. Al afirmar la posesión de conocimiento especializado incrementaron su autoridad cultural y su poder social. Sin embargo, los médicos prometieron más de lo que técnicamente estaban en capacidad de cumplir y la comunidad médica fue incapaz de concebir métodos efectivos para controlar la enfermedad. Adicionalmente, la mayoría de los médicos tendía a ignorar la pobreza como la mayor causa de enfermedad. Su lucha contra la lepra se convirtió entonces en una lucha contra los leprosos. Tanto el estado como la comunidad médica mantuvieron la enfermedad “aparte” estableciendo dos ámbitos diferentes de salud pública: uno para la lepra y otro para el resto de las enfermedades. Esta estrategia no resultó efectiva. A pesar de la retórica pública, los médicos nunca controlaron realmente los lazaretos. Sus métodos produjeron una persecución innecesaria para los pacientes de lepra, ya que los lazaretos se convirtieron en instituciones semejantes a cárceles. La segregación tenía significados adicionales: apartar a los pacientes de lepra era una manera socialmente aceptable de preservarse del horror de la vista de los leprosos. El aislamiento también sirvió para encubrir el hecho humillante de que el conocimiento era tan insignificante que los médicos no eran capaces de contener la propagación de la enfermedad.

La visión de la lepra como una enfermedad producida por un microorganismo específico hizo que los médicos colombianos se detuvieran únicamente en su contagiosidad. El modelo resultante de salud pública se centró, desde luego, en evitar la infección y el aislamiento se convirtió en el único medio de prevenir el contagio de la lepra. El estado, asesorado por la comunidad médica, se concentró casi exclusivamente en esta enfermedad, descuidando otras dolencias que diezaban a la población colombiana. La fuerte insistencia en la comunicabilidad de la lepra que, según los médicos, los colombianos ignoraban, incitó viejos temores y estigmas sobre la enfermedad. A comienzos del siglo XX, médicos como Carrasquilla tenían claro que la lepra no era extremadamente contagiosa. Por tanto, medios diferentes del aislamiento riguroso de los enfermos pudieron haber sido concebidos. No obstante, la comunidad médica colombiana asumió una actitud colonialista contra su propia población leprosa, a tono con el movimiento internacional de creación de leproserías que se había desarrollado en las posesiones coloniales europeas desde finales del siglo XIX. Los pacientes de lepra colombianos que habían vivido desde tiempos coloniales con el oprobio religioso de ser *lazarinos* o *elefanciacos* experimentaron además, un nuevo y moderno estigma. La lepra se convirtió en una enfermedad típica de países “pobres” “incivilizados” e “inferiores”.