

Diana Obregón Torres, *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia*, Universidad Eafit y Banco de la República, 2002, 422 pp.

**Historia de la exclusión:
de las obras pías a la economía
de la salud**

Advertencia: muchas de las apreciaciones que presento a continuación no están dichas explícitamente en el texto de Diana Obregón, sino que forman parte de las perspectivas de interrogación que su trabajo abre en el campo de investigaciones que provisionalmente llamaré *historia social de la enfermedad*.

Desde comienzos del siglo xx, se vienen publicando crónicas sobre la lepra en Colombia —Diana Obregón las ha consultado todas—, pero es la primera vez que un historiador profesional, en este caso una historiadora, enfrenta este problema y escapa a la tradición de los cronistas. El problema de la lepra en Colombia no solamente ha sido

historiado antes por varios cronistas, sino que también ha producido una documentación oficial y no oficial y una literatura médica que, antes de los resultados de esta investigación, aparecían como inabarcables para un solo investigador. Si la lepra en Colombia ha hecho correr tanta tinta es porque se trata de un álgido problema, a la vez ético, político, social, económico, científico y cultural, es decir, de un verdadero problema histórico de larga duración —abarca casi tres siglos—, cuya comprensión contribuye a la vez a la de la historia de la medicina en general, a la de la historia de Colombia y a la de parte de nuestros imaginarios actuales sobre salud y enfermedad.

El texto que reseño es uno de los resultados de una paciente y cuidadosa investigación sobre un proceso de “construcción social” de una

enfermedad y como tal hay que analizarlo. Por eso comienzo por resaltar lo que hay en él de absoluta novedad, a saber: la medicina científica occidental no salió indemne de las “batallas contra la lepra”. Esta novedad es fácil de apreciar si se consultan historias enciclopédicas y especializadas de la medicina occidental,¹ en las cuales se evidencia que la lepra ha sido tratada generalmente en Occidente, en los dos últimos siglos, como un problema medieval y, desde finales del siglo XIX, en la discursividad de la *Médecine coloniale* francesa y de la *Tropical medicine* inglesa, como un problema de los trópicos o incluso del “Tercer Mundo”, como lo ha mostrado Diana Obregón.

La autora hizo la historia de la lepra en Colombia, pero su investigación rebasa el ámbito local y esto se logra por su fidelidad a realidades evidentes en la documentación consultada. El libro muestra que la lepra no es un problema local, sino internacional, que tuvo un importante papel en la consolidación de la comunidad científico-médica colombiana, una comunidad inserta en las redes de saber y de poder de la comunidad científica internacional,

también movilizada en gran parte por el problema de la lepra, en el mismo periodo (1870-1961). Sin embargo, lo que más me interesa de esta obra es su aporte a la historia del “gran encerramiento”, a una historia de la exclusión a secas.

1. “Medicalización” y “experimentación en humanos”

Aunque muy tímidamente, la autora utiliza un concepto acuñado por el historiador Michel Foucault en varias de sus obras, en las cuales estudia distintas formas de los procesos de “medicalización”, como problema biopolítico de la cultura occidental: historia de la locura, nacimiento de la clínica, historia de la sexualidad. Digo que su uso del concepto es tímido pues la autora no lo asocia a la historia de las biopolíticas y del biopoder, inaugurada por los trabajos de Foucault. Este campo de investigaciones ha avanzado mucho, después de la muerte de Foucault, en las obras de investigadores de diversos países, quienes muestran que los procesos de “medicalización indefinida”, las diversas biopolíticas y el crecimiento del biopoder son parte del haz de acontecimientos determinantes de la emergencia del capitalismo y de la sociedad industrial. Dejando a un lado los estériles debates parro-

1. Por mencionar dos recientes: Mirko Grmek, *Histoire de la pensée médicale en Occidente*, 3 vol., Paris, Seuil, 1999; y Allan Contrepois, *L'invention des maladies infectieuses*, Paris, EAC, 2001.

quiales sobre si tal o cual texto de historia de Colombia se acerca o no al foucaultismo² y aunque el compromiso de la autora con el análisis histórico foucaultiano es muy leve, pienso que uno de los mayores méritos de este trabajo de Diana Obregón es el de describir tipos específicos de medicalización en Colombia, y hacer contraste con los de otros lugares afectados también por la epidemia de lepra, en la misma época.

Muchos de los acontecimientos ligados a la historia de la prevención y de la salud pública, en el ámbito específico de la biopolítica de la lepra en Colombia, confirman hipótesis que Diana Obregón había emitido en trabajos suyos anteriores sobre el poder médico en Colombia, sobre todo cuando hizo la historia de las sociedades científicas.

Las reflexiones sobre ética médica comienzan en Colombia con la profesionalización de la medicina, la cual coincide a su vez con la formación de asociaciones científico-gremiales médicas y con la emergencia de la bacteriología, la terapéutica medicalizada y la epidemiología. De estas tres últimas, son sobre todo

las dos primeras las que requirieron una mayor práctica de la experimentación en humanos. La lepra nunca ha sido un caso típico de enfermedad infecciosa, pues los mecanismos de contaminación por el bacilo de Hansen siempre fueron un misterio y esto impidió realizar en laboratorio los postulados de la bacteriología (Koch), disciplina triunfante de comienzos del siglo xx. Nunca se llegó a contaminar con lepra humana animales de laboratorio y los conejillos de indias fueron entonces los mismos enfermos de lepra. El recurso médico para experimentar sobre los cuerpos de los enfermos fue la promesa de un tratamiento, pero no muchos estaban interesados en curarse y volver a una vida "normal".

La práctica de la experimentación en humanos, en el momento de la emergencia de la medicina experimental, se encuentra con oposiciones que marcan el comienzo de una reflexión ética sobre los límites del poder biomédico. Entre las páginas 191 y 200 del texto de Diana Obregón puede verse, bien documentada, la coincidencia histórica entre estas dos disciplinas: medicina experimental y ética médica.

La experimentación terapéutica en humanos en el lazareto de Agua de Dios fue uno de los mecanismos de medicalización de los cuerpos de los enfermos y un medio de imposi-

2. Debates que hubieran hecho reír a Michel Foucault, quien siempre se burló de quienes se autoproclaman censores en las capillas académicas.

ción de la autoridad médica, mediante la expedición del certificado de "curado social", por el cual se expulsaba al enfermo del lazareto. Esta autoridad médica emerge en el proceso de profesionalización de la medicina a través de varias instancias o vías de legitimación: cuerpo médico como organización de expertos, asesor del poder político; comunidades científicas y gremiales (sociedades y academias médicas) que sancionan lo verdadero y el derecho a ejercer la medicina; escuelas y facultades de medicina de las universidades, que transmiten el saber y otorgan los títulos profesionales médicos; y, por último, las instituciones sanitarias estatales, en las cuales los médicos actúan como funcionarios. Todas estas instituciones marcan el nacimiento de una medicina pública y de una medicina de lo público, diferentes de la medicina privada. En esta última, la relación de poder es también experimental, pero se ejerce desde lo individual, sin sanción de la autoridad científica agremiada. La medicina pública en cambio ejerce sus funciones en lo colectivo, mediante la objetivación de cada caso y la organización estadística de los datos, rebasa la relación médico/paciente y la convierte en parte integrante de un sistema de profilaxis social.

Aunque a veces entre en conflicto con el poder político, la autori-

dad médica, en tanto función de expertos, participa en y moldea las estrategias de gobierno de los individuos y del colectivo social, mediante el examen autoritario de sanos y enfermos, los certificados de no padecer enfermedades infecto-contagiosas y la separación de sospechosos y enfermos, pero también mediante la proposición de medidas de higiene pública. Es pues esta medicina pública autoritaria, que se perfila desde finales del siglo XIX en las prácticas y discursos médicos, la que encuentra en la lepra el medio de legitimación política y científica más eficaz, pero también el obstáculo experimental para legitimarse como saber, debido a la dificultad de cultivar el bacilo de Hansen en el laboratorio. La enfermedad construida socialmente por los discursos políticos y médicos como la más temible, cuyas estadísticas fueron exageradas en esos mismos discursos, la enfermedad más estigmatizada es, al mismo tiempo, entre las enfermedades calificadas de infecciosas, la que le plantea mayores problemas a la autoridad médica en vías de constitución.

2. Contagio e infección

En este trabajo es evidente el escaso interés de la autora por la genealogía de los conceptos y por la

historia de los sistemas de pensamiento, pues no se discuten nociones históricas e historizables como "contagio" e "infección".³

La historia de las nociones y de los conceptos, como la han planteado sucesivamente, en diversos estudios de historia y filosofía de las ciencias, Gaston Bachelard, Georges Canguilhem y sus alumnos, hubiera podido servir en esta investigación para aportar claridad sobre la construcción de un nuevo sentido común sobre la enfermedad y sobre las epidemias, proceso en el cual emerge la noción de "enfermedad infecciosa". Tomemos como ejemplo las nociones de "contagio" y de "infección", que son relevantes en el texto de Diana Obregón.

Contagio e infección son dos nociones muy importantes en la historia de las enfermedades infecciosas, pero sobre todo en la de la lepra, la enfermedad que más exclusión ha motivado en la historia del mundo. Hasta el siglo XIX, en la cultura occidental y en culturas mestizas producto de la colonización occidental, la noción de infección

conservó en varias lenguas el sentido de contaminación, mancha, infestación, sin aludir por ello a la introducción de un parásito u otro agente químico o biológico en el cuerpo. En medicina, ella estuvo asociada estrechamente a la noción de virus en el antiguo sentido de veneno y de contagio, en el sentido moderno (siglo XV en adelante) de contaminación. Contagio se asimila a infección tardíamente, pues antes del siglo XV conservaba aún su viejo sentido de contacto. En la era moderna, pero antes de la medicina bacteriológica, o sea antes de los años 1870, contagio e infección llegan casi a confundirse, a veces, pero también a separarse radicalmente en la polémica que opuso desde finales del siglo XVIII y durante todo el siglo XIX a contagionistas e infeccionistas en la medicina occidental. Los infeccionistas o aeristas creían en la contaminación por miasmas, entidades misteriosas producidas por la descomposición de materias (orgánicas e inertes).⁴ Los contagionistas por su parte elaboraron la teoría del *contagium vivum*, para explicar las infecciones o enfermedades y síntomas en los que intervenía la fiebre, la inflamación y la pus que eran asimiladas a procesos de fermentación. O sea

3. Subrayo estas dos nociones por ser las relevantes en la historia de la lepra en Colombia, pero no son las únicas que pueden servir como descriptores de las transformaciones en las representaciones colectivas, científicas y profanas, también están las nociones de "epidemia", "transmisión", "limpio", "sucio", "salud", "enfermedad", etc.

4. Cf. Alain Corbin, *El perfume o el miasma*, México, FCE, 1987.

que la infección o infestación del organismo, que se explicaba por medio del *contagium vivum*, es aquella en la cual cambios fuertes en la materia viva terminan por degradarla, deformarla y envenenarla (infestarla), produciendo enfermedades de desenlace casi siempre fatal.

Se puede pues decir que antes de la bacteriología, contagio e infección estaban asociadas a contaminación de lo limpio por lo sucio y que a partir de la bacteriología estas dos nociones se convirtieron en nociones científicas dentro de una nueva teoría de la infección.

Los cambios en los sentidos de los términos infección y contagio, ocurridos en el siglo XIX, son evidencia de la intensidad de la actividad investigadora en biomedicina y de los debates que ella suscitaba a través de redes internacionales recién fundadas. Aparece incluso la noción de “infección artificial” para definir la inoculación (vieja práctica profiláctica no médica venida del lejano Oriente) y la vacunación (práctica médica inaugurada por Edward Jenner después de 14 años de pacientes observación y experimentación en humanos). Por esta definición, la medicina experimental, basada en la bacteriología, comienza a distinguir entre las “buenas” y las “malas” infecciones y can-

ta victoria cuando cree dominar algunas de ellas.⁵

La propagación de un nuevo sentido común sobre la infección, orquestada por los discursos médicos dirigidos a los especialistas y persistente en las comunicaciones médicas dirigidas al gran público, mediante conferencias, debates, periódicos, textos redactados por pacientes, legitima argumentos a favor o en contra del aislamiento. Los discursos de la ciencia y sobre la ciencia sirven de argumentos en un debate político sobre la exclusión de un grupo objetivado socialmente mediante la estigmatización. El discurso de la bacteriología es entonces utilizado por el biopoder naciente para legitimar la práctica de la exclusión y ésta se materializó en instituciones como los “leprosarios” o “lazaretos”. El libro muestra el proceso de medicalización de los lazaretos, es decir, su transición de instituciones de encierro —que funcionaban como otras tantas “obras pías” — hacia instituciones con alguna autoridad médica, la cual siempre generó conflictos entre los habitantes de las ciudades de leprosos y los médicos. Estos últimos, según la autora, aprovecharon estos luga-

5. Confrontar los experimentos del doctor Juan de Dios Carrasquilla con el bacilo de Hansen en la página 173 del libro de Diana Obregón.

res y sus habitantes para aumentar su "autoridad cultural".

3. Biopolítica y economía de la salud

Así como estos resultados de investigación pueden inscribirse en una historia general de la enfermedad (distinta de la historia natural de la enfermedad, volveré sobre este problema más adelante), también son una contribución nada despreciable a la historia de las biopolíticas en Colombia, incluso si la autora no utiliza el término. A partir de la página 270, esta obra evidencia que una nueva biopolítica y una nueva racionalidad de gobierno comienzan en Colombia, basadas en una economía de la salud en la cual las nociones de *enfermedad, salud, población, prevención y terapéutica* se recomponen a partir de la relación costo-beneficio. Es una nueva biopolítica que se instaura como estrategia desde la cual el poder se pregunta ¿cuáles son las estrategias más eficientes de administración de los cuerpos y de la vida, con respecto a los recursos materiales de que se dispone? Dentro de esta estrategia aparece un nuevo modelo de tratamiento de la enfermedad social que supuso un nuevo conjunto de prácticas de prevención y cambios en la noción misma de lo que se entiende por ésta,

haciéndola inseparable de la terapéutica. Antes, la prevención se equiparaba al término higienista de "profilaxis" y se practicaba mediante el aislamiento de los enfermos o de los sospechosos, con la pretensión de preservar así a los sanos de la contaminación. La separación limpio/sucio está en la base de esta biopolítica caritativa de un siglo XIX que se prolonga pesadamente en el XX.

A partir del final de los años 1940, la prevención de la infección pasa por tres mecanismos del poder médico, que son a la vez tres herramientas de control de los cuerpos de los individuos: el examen, la vacunación y la terapéutica. Mediante el examen clínico-bacteriológico obligatorio, se pretende disociar a los enfermos de los sanos en todos los aparatos disciplinarios (fábrica, escuela, oficina, prisión, hospital). Mediante la curación se pretende hacer menos contagiosos a los enfermos para que vuelvan a la vida normal.

A esa nueva racionalidad de la enfermedad infecciosa, basada en una economía de la salud, está ligada también una nueva noción de la dicotomía limpio/sucio, por la cual el poder médico ya no intenta separar lo puro de lo impuro, lo sano de lo insano, sino que pretende responsabilizar al individuo de la limpieza de su lugar de habitación, de su lugar de trabajo, de sus ropas y

de su propio cuerpo. La nueva economía de la salud pregona un cuidado de sí que se diferencia mucho de la asistencia caritativa del modelo anterior. El eje disciplinar demografía-economía-salud pública, que se funda en una reevaluación de las nociones de población, economía de la salud, prevención, traza una política completamente laicizada de la enfermedad colectiva, que incluye en sus objetivos a sanos y a enfermos.

4. Patocenosis e historia de las enfermedades

La separación entre la enfermedad como fenómeno biológico y la enfermedad como fenómeno político, social y cultural obedece sobre todo a razones de inteligibilidad, pues nunca se presenta una patología humana como fenómeno solamente biológico o solamente simbólico. Por otra parte, es innegable que las enfermedades se presentan al investigador social como “construcciones” sociales, políticas y culturales que implican imaginarios arcaicos y cambios en los imaginarios. Cada enfermedad es una construc-

ción simbólica de una época y de una sociedad determinadas,⁶ pero esta condición de lo patológico no borra la otra característica, por así decirlo primaria, de la enfermedad como fenómeno bioecológico o mejor patocenótico.⁷ Si al analizar la enfermedad se desatiende el problema bioecológico que lo patológico encarna, se arriesga a caer en una concepción metafísica de la misma, que olvida nuestra materialidad de vivientes, las normas que la vida impone a los humanos, las fuerzas naturales a la que estamos atados y de la que intentamos liberarnos por el saber. Se arriesga también confundir la historia natural de la enfermedad con su historia social y cultural, al olvidar que la convivencia humana con otras especies vivas es tan antigua como la humanidad, tiene su historia geológica y no puede reducirse a sus efectos biológicos,

ca, Grmek habla de “enfermedad dominante”. Se puede confrontar dos estudios ya clásicos: M. Grmek. *Les maladies à l'aube de la civilisation Occidentale*, Paris, 1983 y C. Herzlich & J. Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1984.

7. Utilizo aquí la noción de “patocenosis” acuñada por el historiador Mirko Grmek, definida en su artículo “El concepto de enfermedad emergente”, traducido por mí y publicado en la revista *Sociología Unaula*, Medellín, N° 25, 2002. Este concepto está calcado sobre el de “biocenosis” y puede resumirse como el examen de estados mórbitos, antagonistas o complementarios, presentes en una población y tributarios de varios parámetros convergentes.

6. Incluso es plausible la tesis de Claudine Herzlich y Janine Pierret, quienes siguiendo al historiador Mirko D. Grmek afirman que cada época de la historia de Occidente ha tenido su enfermedad característi-

sociales y culturales. El hecho de que el conocimiento biológico, por ejemplo el de la paleopatología, no haya precisado si la lepra medieval era realmente infección humana por el bacilo de Hansen, no aporta argumentos en favor de la concepción de la lepra solamente como construcción social, como la que nos presenta la autora. El conocimiento biológico y paleopatológico de la convivencia humana con los microorganismos refina cada día sus métodos y aporta conocimientos con los cuales no contaban los médicos de los periodos anteriores a los años 1980, y estos conocimientos contribuyen a cambiar nuestra percepción de las patologías antiguas como fenómenos sociales y culturales.

5. Campesinos y, encima, leprosos

Aunque la autora no parece muy consciente de ello en el texto, su trabajo es una de las rarísimas contribuciones a la historia de la medicalización de los campesinos colombianos y muestra que la medicalización de esta población, aunque en ella se usara los mismos modelos disciplinarios de la medicalización de la población urbana, tiene especificidades como la de haberse dado a partir de la lepra y la de haber formado tres aldeas de la

exclusión. Sólo dos de ellas fueron fruto de proyectos estatales (Caño de Loro en Bolívar y Contratación en Santander), pues Agua de Dios nació más por iniciativa de los mismos enfermos, necesitados de un lugar que reafirmara la solidaridad entre ellos, pues ya eran tres veces excluidos *per se* de la sociedad colonial y de la sociedad decimonónica, una como pobres, otra como campesinos y otra como leprosos.

El hecho de que la mayoría de enfermos de lepra estuviera compuesta por campesinos no es subrayado con suficiente fuerza en el texto de Diana Obregón, pero a mí me parece relevante o, al menos, me suscita preguntas sobre la percepción que las elites en el poder tenían de las poblaciones campesinas, es decir de los pobres, en un país y durante un período en los cuales la mayor parte de la población colombiana habitaba el campo. El imaginario burgués sobre los pobres llega incluso a fundirse en el imaginario sobre los campesinos, y encuentra en la lepra el motivo de segregación preciso para poner en marcha el aparato simbólico del chivo expiatorio, a partir del cual se conciben la enfermedad y la miseria como manchas o culpas. Diana Obregón describe esta percepción como una "actitud colonialista", calcada sobre la que asumieran los norteamericanos respecto a cam-

pesinos y leprosos de sus colonias en el Pacífico. También analizó la ideología racista que clasifica a las poblaciones con prevalencia e incidencia de lepra como pertenecientes a las “razas inferiores”. La propuesta genealógica y la antropología le hubieran permitido analizar más ampliamente estos imaginarios burgueses sobre los cuales la autora pasó un poco de largo.

Conclusión

Una de las batallas contra la lepra que la obra subraya es la que libraron los enfermos. Se trata primero de una batalla contra el silencio y la exclusión, contra una gran cantidad de legislaciones que se suceden en el tiempo, cuál más represiva, la mayoría aplicadas parcialmente debido precisamente a la resistencia de los enfermos y sus familias. Pero es también una batalla de saberes: el oficial, legitimado por una “autoridad cultural” construida desde el poder médico dominante y el saber construido por los enfermos con base en una fuerte solidaridad entre ellos. Este saber de los enfermos fue siempre ignorado y silenciado por el saber oficial. Estas batallas no impidieron sin embargo que la autoridad médica convirtiera a los enfermos en algo menos que menores de edad, otorgándoles un

estatuto social que los hacía manipulables y vulnerables frente a un poder aplastante. Este poder omnímodo hace aflorar, a través de las resistencias que genera, fuerzas inusitadas de los individuos y de sus cuerpos: a las resistencias campesina, indígena y obrera de la primera mitad del siglo xx hay que sumar la de los “leprosos” y sus familias, quienes no se dejaron reducir totalmente a animales de laboratorio por parte de las autoridades médico-políticas, entre 1870 y 1949.

Los aportes de esta obra abarcan varios campos de investigación histórica, cultivados durante el siglo xx por historiadores colombianos y extranjeros: historia de la higiene, historia de la salud pública, historia de las estrategias de medicalización, historia de la medicina, historia social de la enfermedad. La gran cantidad de datos y de documentos analizados y organizados en esta obra aportaría también al estudio de un problema que apenas comienza a conocerse en Colombia y es el de la historia de los modelos disciplinarios de gobierno.

Siendo que la gran calidad del relato y de la investigación saltan a la vista, lo que hay que preguntarse cuando un libro como éste aparece es si constituye o no un acontecimiento para los campos de investigación en los cuales se inscribe. La

respuesta es sí, pues la historia de la medicina y la historia de Colombia, en general, se verán necesariamente afectadas por las realidades hechas visibles y analizadas por este trabajo, realizado con generosidad para con los investigadores (las perspectivas futuras son múltiples) y con gran humanidad para con las personas sufrientes del mal de

Hansen (las voces y saberes de los enfermos encuentran en él un excelente medio de expresión).

Jorge Márquez Valderrama

Profesor Asistente de la Escuela de Historia, Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín.