

**Revista Facultad Nacional
de Salud Pública**

Revista Facultad Nacional de Salud Pública

ISSN: 0120-386X

Universidad de Antioquia

Botero-Jaramillo, Natalia; Padilla-Pinzón, Laura Tatiana; Beltrán-Serrano, María Alejandra; Ossa-Trujillo, Rafael Humberto

Tratamiento de la enfermedad de Hansen en Colombia:
medicalización y control de la enfermedad a lo largo del siglo XX

Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 35,
núm. 3, 2017, Septiembre-Diciembre, pp. 358-368

Universidad de Antioquia

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n3a06>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12054385006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

UDEM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Tratamiento de la enfermedad de Hansen en Colombia: medicalización y control de la enfermedad a lo largo del siglo XX

The treatment of Hansen's disease in Colombia: medicalization and disease control throughout the twentieth century

Tratamento da hanseníase na Colômbia: Medicalização e controle da doença ao longo do século XX

Natalia Botero-Jaramillo¹; Laura Tatiana Padilla-Pinzón²; María Alejandra Beltrán-Serrano³; Rafael Humberto Ossa-Trujillo⁴.

¹ Antropóloga, Magíster en Historia, Universidad Nacional de Colombia. Docente de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Docente de la Universidad de Medellín. Colombia. Correo electrónico: natalia.boteroj@udea.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0126-1013>

² Médico cirujano, Universidad el Bosque. Colombia. Correo electrónico: ltpadilla@unbosque.edu.co

³ Médico cirujano, Universidad El Bosque. Colombia. Correo electrónico: mabeltran@unbosque.edu.co

⁴ Médico interno, Universidad El Bosque. Colombia. Correo electrónico: rossa@unbosque.edu.co

Recibido: 20/11/2016. Aprobado: 21/06/2017. Publicado: 31/08/2017

Botero-Jaramillo, N, Padilla-Pinzón LT, Beltrán-Serrano MA, Ossa-Trujillo RH. Tratamiento de la enfermedad de Hansen en Colombia: medicalización y control de la enfermedad a lo largo del siglo XX. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2017; 35(3): 358-368. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v35n3a06.

Resumen

Objetivo: investigar el tratamiento de la enfermedad de Hansen durante el siglo XX en Colombia, para analizar el proceso de medicalización, la biopolítica, el significado de la curación y su impacto en el control de la enfermedad y en los enfermos.

Metodología: estudio histórico, descriptivo y analítico sobre los tratamientos para la enfermedad de Hansen a lo largo del siglo XX, por medio de metodologías cualitativas como entrevistas con relatos de vida y entrevistas temáticas, y se trabajó con fuentes documentales primarias y secundarias en archivos nacionales y locales. **Resultados y discusión:** La enfermedad de Hansen, causada por el

microorganismo *Mycobacterium leprae*, fue controlada mediante el aislamiento y reclusión de los enfermos de lepra en hospitales y lazaretos. El desarrollo de algunos tratamientos y el descubrimiento de la terapia antibiótica, las sulfas, que representó una cura efectiva desde la medicina y su poder político y social, participaron en la transformación de las políticas de manejo de la enfermedad y de la comprensión de la misma, en los Lazaretos de Contratación y Agua de Dios. -----**Palabras clave:** enfermedad de Hansen, medicalización, política, tratamiento, Colombia, lazareto.

Abstract

Objective: to research on the treatment of Hansen's disease during the 20th century in Colombia in order to analyze the process of medicalization, biopolitics and the meaning given to healing and its impact on patients and disease control. **Methodology:** historical, descriptive and analytical study of treatments for Hansen's disease throughout the 20th century, through qualitative methodologies such as interviews with life stories and thematic interviews, and working with primary and secondary documentary sources in archives national and local. **Results and discussion:** Hansen's Disease, caused by

the microorganism "Mycobacterium leprae", was controlled via the isolation and seclusion of leprosy patients in hospitals and lazar houses. The development of some treatments and the discovery of an antibiotic therapy using sulfas -which was an effective cure from the standpoint of medicine and its political and social power- participated in the transformation of the management policies for the disease and its understanding at the "Contratación" and "Agua de Dios" lazar houses.

-----**Key words:** Hansen's disease, medicalization, politics, treatment, Colombia, lazar house

Resumo

Objetivo pesquisar sobre o tratamento da hanseníase durante o século XX na Colômbia, para analisar o processo de medicalização, a biopolítica, o significado da cura, e o seu impacto no controle da doença e nos pacientes. **Metodologia:** estudo histórico, descritivo e analítico sobre dos tratamentos para a doença de Hansen ao longo do século 20, através de metodologias qualitativas, como entrevistas com histórias de vida e entrevistas temáticas, e trabalho com fontes documentárias primárias e secundárias em arquivos nacional e local. **Resultados e conclusões:** a lepra, causada pelo micro-

organismo *Mycobacterium leprae*, foi controlada por meio do isolamento e reclusão dos pacientes de lepra em hospitais e leprosários. O desenvolvimento de alguns tratamentos e a descoberta da terapia antibiótica, as sulfas, o que representou uma cura efetiva desde a medicina e o seu poder político e social, contribuíram para a transformação das políticas de controle da doença e da compreensão da mesma, nos leprosários dos municípios de Contratación e Agua de Dios.

-----**Palavras-chave:** Hanseníase, medicalização, política, tratamento, Colômbia, leprosário.

Introducción

*El mal de Lázaro es aún peor, pues persiste
mientras dure.
La vida de quien lo padezca. ¡El cáncer mata,
pero la lepra no! [1]*

La enfermedad de Hansen se ha significado de diversas maneras, gracias a las transformaciones en medicina, y en lo referente al conocimiento de su modo de transmisión, su tratamiento y a las teorías etiológicas de la enfermedad, influyendo en las políticas desarrolladas en torno a esta. En relación a la epidemiología, para el 2015, según la OMS, en 138 países, la prevalencia mundial al final del 2015 era de 176 casos (0,18 casos por 10.000 habitantes) con una incidencia de 211.977 casos (0,21 casos por 100.000 habitantes), con una notificación del 96% de los casos. En América se reportan 3,75 casos nuevos por 100.000 habitantes y prevalencia de 0,33 por 100.000 habitantes, y en Colombia, en 2016, se detectaron 390 casos nuevos, con mayor tasa de detección en el departamento del Cesar con incidencia de 3,2 casos nuevos por cada 100.000 habitantes [2, 3]. La enfermedad ha sido significada desde la ciencia y

los saberes populares [4] en los que ha persistido la exclusión.

Actualmente, la enfermedad se define como una infección crónica no fatal, cuyo agente causal es el *Mycobacterium leprae*, también conocido como bacilo de Hansen, en honor a su descubridor, Gerhard Armauer Hansen [5]. Esta definición da cuenta del saber médico, el cual ha determinado la comprensión actual de la misma desde la ciencia epidemiológica y la mentalidad etiopatológica. La enfermedad de Hansen también ha tenido una significación desde el campo religioso, en el que ha sido percibida como "pecado", "castigo de Dios", incluso ha sido relacionada con [6] "maldad, envidia [...] y herejía" [7]. La hibridación de los conocimientos científicos y religiosos ha influido en la creación de ciertos imaginarios y metáforas sobre la misma [4]. Sin embargo, la teoría bacteriana ha desplazado a otras instituciones, como la Iglesia, del saber hegemónico de la enfermedad y, en consecuencia, se ha convertido en la autoridad legitimada institucionalmente para ofrecer una respuesta terapéutica a la misma [8].

Históricamente, la exclusión y el aislamiento han caracterizado el manejo de la enfermedad. Desde la Edad Media, los lazaretos se constituyeron en las instituciones destinadas al confinamiento de las personas enfermas de lepra. Esta práctica de exclusión sistemática

se expandió desde Europa a otros países del mundo. Con la colonización española en América no solo llegó la enfermedad, también se importaron las formas de combatirla. En Cartagena se fundó y estableció el primer hospital entre 1598 y 1602. Esta institución pervivió durante la mayor parte de la Colonia, hasta finales del siglo XVIII, cuando se envió a los enfermos a Caño de Loro, una isla en las inmediaciones de Cartagena que, para el siglo XIX, sería instituida como lazareto. Durante la república se establecieron dos lazaretos más, que perduraron hasta el siglo XX: uno en Contratación (Santander) y otro en Agua de Dios (Cundinamarca), siendo estos tres lazaretos los que marcaron la historia de la enfermedad en el país. Caño de Loro permaneció hasta 1950 (año en el que sus enfermos fueron trasladados a Agua de Dios y la isla fue bombardeada por la Fuerza Aérea Colombiana para eliminar todo rastro de la enfermedad), y Agua de Dios y Contratación hasta 1961, año en el que se abolió el aislamiento obligatorio por medio de la Ley 148 de 1961, siendo transformados entre 1962 y 1963 en municipios [9, 10].

Las transformaciones políticas y médicas en relación con la enfermedad, el paradigma bacteriológico y el desarrollo farmacológico durante el siglo XX marcaron el curso de la misma. El control médico estricto sobre los enfermos y el aislamiento obligatorio al interior de los lazaretos fueron las estrategias de tratamiento de la enfermedad y de su población enferma, las cuales se agudizaron durante las tres primeras décadas del siglo XX, en las que el carácter contagioso de la enfermedad fue el problema central y el que orientó las medidas diseñadas para evitar el mismo [10]. Sin embargo, el desarrollo de las sulfonas y su introducción al país como un tratamiento farmacológico efectivo para la curación de la enfermedad, históricamente se desarrolló de la mano de la creación de dispensarios antileproso a lo largo del territorio nacional, de un paulatino desmonte del aislamiento obligatorio y de la extinción de los lazaretos como instituciones totales, los cuales se transformaron paulatinamente en municipios [9].

La presente investigación tiene como objetivo analizar el desarrollo del tratamiento farmacológico de la enfermedad de Hansen, especialmente las sulfonas y su relación con las medidas de control e higiene a lo largo del siglo XX para Colombia. Analizando los resultados con base en los conceptos de medicalización, biopolítica y pedagogía de la curación, para dar cuenta de los impactos de la terapéutica de la enfermedad en las políticas de control y aislamiento de la población enferma. Para ello, será descrito el periodo previo a la disponibilidad de las sulfonas en el país y el posterior a las mismas, haciendo uso de fuentes primarias como historias clínicas, normatividad y publicaciones científicas de la época, entrevistas a enfermos de Hansen

y sus convivientes, y fuentes secundarias que apoyan la revisión del tema. Los resultados de estas fuentes de información fueron contrastados y comparados, llegando así a diversas conclusiones en relación al manejo médico y social de la enfermedad.

Metodología

La presente investigación es un estudio histórico, descriptivo y analítico sobre la historia de los tratamientos para la enfermedad de Hansen a lo largo del siglo XX, por medio de metodologías cualitativas desde la historia y la antropología. Se realizó un trabajo con fuentes documentales primarias y secundarias, entrevistas semiestructuradas, temáticas con relatos de vida realizadas a pacientes y convivientes, enfatizando en las décadas de 1930 a 1960. En primera instancia, se hizo una recopilación de fuentes primarias, tales como historias clínicas, revistas científicas, escritos de médicos y bacteriólogos de la primera mitad del siglo XX, consultando archivos como el Archivo Histórico del Sanatorio de Agua de Dios E.S.E, la Biblioteca Luis Ángel Arango, la Biblioteca Nacional y la Biblioteca de la Universidad Nacional de Colombia.

Cuarenta historias clínicas del Archivo Histórico del Sanatorio de Agua de Dios E.S.E fueron consultadas, retomando historias desde la década de 1930 hasta 1990, de pacientes ya fallecidos, sin rango de edad establecido, con delimitación de un periodo de tiempo entre 1930 hasta 1960. En estas se consignaron las formas de tratamiento antibiótico usado, se sistematizó la información y, en conjunto con las entrevistas y la revisión documental, se identificaron las medidas tendientes al control médico, social y policivo de la enfermedad. Se realizaron 20 entrevistas semiestructuradas con relatos de vida y entrevistas temáticas a enfermos de Hansen, tanto en Agua de Dios (Cundinamarca) como en Contratación (Santander), a pacientes mayores de edad que hubieran vivido en alguno de estos dos municipios durante la época en la que funcionaron los lazaretos, y que manifestaran su participación voluntaria firmando consentimiento informado avalado por el Comité Institucional de Bioética de la Universidad El Bosque, protegiendo así la identidad de los enfermos de Hansen y sus familias, no revelando los nombres verdaderos de las personas abordadas ni las historias clínicas.

Las entrevistas y la recolección de información de fuentes primarias se hicieron por saturación de información, la cual se organizó de manera cronológica, identificando en cada periodo histórico las creencias desde el campo científico y social sobre la enfermedad, sus formas de transmisión y el tratamiento para la misma. La recopilación de información con respecto a historias clínicas y entrevistas se inició en el marco del grupo de

investigación Fhiscis, en la Línea del grupo: historia social de las ciencias y sociología de las ciencias. Se acudió a diversas fuentes bibliográficas pertinentes sobre la fisiopatología, etiología, epidemiología, terapéutica y aspectos políticos y sociales de la enfermedad, de acuerdo a cada época consultada, teniendo en cuenta las categorías de análisis planteadas, que fueron: tratamientos de la lepra (previo y posterior a las sulfonas), creencias vernáculos y la comparación de los tratamientos según su efectividad, y su inserción o no a políticas y protocolos.

Resultados y discusión

Antecedentes sobre los tratamientos para la enfermedad de Hansen

Muchos fueron los tratamientos propuestos antes de la llegada de las sulfonas. Estos abarcaron una amplia gama de posibilidades y de saberes médicos facultativos, vernáculos y mágico-religiosos sobre la enfermedad. “Durante todo el periodo (siglo XIX) la lepra estuvo lejos de ser un problema médico, el propósito de la política de exclusión de los enfermos era mantenerlos ocultos, antes que suministrarles algún tipo de cuidado o tratamiento, que de todas maneras resultaba incierto” [10]. Esto significó que la enfermedad, hasta el siglo XIX, fuera considerada un problema social y religioso, más que una condición médica. Solo hasta el siglo XX sufrió un proceso de medicalización [11] en el que la intervención médica de la enfermedad no solo se enfocó en asegurar el aislamiento por su carácter contagioso, sino que se enfocó en buscar un tratamiento que permitiera ofrecer una curación y, asimismo, detener el contagio.

En el afán de hallar una cura o un medio de paliación de los síntomas, los enfermos de lepra experimentaban con los “remedios” ofrecidos por curanderos, recomendados desde la época medieval, los cuales contenían partes de animales; por ejemplo, se hablaba de “Bermudina”, que contenía culebra (partes de la serpiente) y fue creada por un “señor Bermúdez” [10]. Para el siglo XVIII, las relaciones entre lepra y sífilis llevaron a que el tratamiento recomendado para la segunda, el mercurio, se extendiera a los enfermos de lepra. Así, hacia el año de 1778 se administraba mercurio a los enfermos, debido a que se creía que la lepra era una enfermedad de transmisión sexual o que las enfermedades venéreas podían transformarse en lepra. Las consideraciones con respecto a la enfermedad revelaban la creencia en una teoría miasmática, en la que “El estadio final de la enfermedad era una putrefacción general de todo el cuerpo que exhalaba a través del aliento y de los poros” [10] y que todo representaba una corrupción al interior de los humores.

Hasta el siglo XIX se creía que la lepra era incurable y, en general, los médicos experimentaban con tratamientos “empíricos basados en plantas nativas como otoba (*Myristica otoba*), guaco (*Mikania guaco*), clavellina (*Casalpinia pulcherima*)” [6]. Los tratamientos a partir de plantas medicinales estuvieron vigentes hasta el siglo XX, perviviendo en la memoria de los enfermos, quienes relatan sus experiencias con los tratamientos vernáculos:

“[...] reconozco que acá en Agua de Dios había personas que se trataban a base de plantas, el almizclillo es una planta, tomaban esa agua”. “No recuerdo todas, solo me acuerdo de chitato, por aquí hay mucho árbol de eso, arjenjo, hierba mora, me acuerdo que en una sola bebida me daba como seis clases de hierbas, virgen santísima eso era amarguísimo” (Entrevista a pacientes con Hansen).

Cuando en la India se descubrió el aceite de chaulmoogra o aceite de ginocardio, se creyó haber encontrado la cura de la enfermedad. Su uso en el “tratamiento de la lepra está basado en una antigua leyenda birmanesa, según la cual un príncipe birmano descubrió que tenía lepra. Orientado por los dioses a apartarse del mundo e internarse en lo profundo de un bosque, fue dirigido hacia un árbol con frutos grandes (el árbol de la chaulmoogra, *Hydnocarpus whigtiana*), los cuales comió, curándose de la lepra” [12]. Este fue el medicamento más usado en el tratamiento temprano de la lepra a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, hasta la aparición de las sulfonas, hacia 1941. Es importante recalcar que “en 1918 se comprobó que el aceite de chaulmoogra inhibe *in vitro* el crecimiento del bacilo tuberculoso” [13]. Lo cual se extrapoló al *Mycobacterium leprae*, llevando a los científicos de la época a investigar más acerca de sus propiedades y derivados, para dar paso a nuevos medicamentos.

A pesar de su fácil extracción, el costo del tratamiento era alto; esto llevó a la falsificación del aceite, siendo uno de los compuestos más adulterados en la historia [14]. En las entrevistas, los enfermos de Hansen narraron las formas de administración del tratamiento y sus experiencias con el mismo, resaltando los dolores y las reacciones que les causaba:

“[...] se estaba aplicando el tratamiento llamado chaulmoogra, era una inyección intramuscular aceitosa y de difícil circulación. Por lo tanto, era bastante dramático las inyecciones. Ese era el primer tratamiento que se le hicieron a los enfermos”. “Sí, el chaulmoogra fue el primero antes del Promin®, el chaulmoogra era una inyección que le aplicaban a uno todos los días en el sistema muscular, muy dolorosa, eso se le inflamaba a uno, era de difícil circulación” (Entrevista a paciente con Hansen en Agua de Dios).

Se debe recordar que, de la mano de las medidas farmacológicas, se tomaron medidas a nivel higiénico,

recomendando ejercicio, cambio a clima seco y uso de ropa de lana, además de aislamiento obligatorio, debido a que muchas eran las creencias con respecto a la adquisición de la enfermedad. Estas creencias suscitaron el debate sobre el carácter contagioso o hereditario de la misma, entre finales del siglo XIX y el XX. Daniel Danielssen y Carlos Boeck habían afirmado, en 1847, el carácter hereditario de la enfermedad. Sin embargo, con el descubrimiento del bacilo y las afirmaciones de Albert Neisser se apoyaba cada vez más la idea del contagio, aunque la dificultad del cultivo del bacilo por no cumplir con los postulados de Koch hacía difícil su investigación y la definición del carácter de la enfermedad, así como la búsqueda de una cura. El doctor Juan de Dios Carrasquilla Lemma fue uno de los que, apoyado en el paradigma bacteriológico, combatió la idea de la herencia [10, 15, 16]. En 1895 en Bogotá, realizó los primeros ensayos en seroterapia, basado en el suero de caballo. Carrasquilla sostenía que este suero restablecía la sensibilidad, decoloraba las máculas, desaparecía los edemas y lepromas, y promovía la cicatrización de los tejidos. Sin embargo, luego de su aplicación, los enfermos experimentaron fiebre la cual simulaba los accesos de malaria. Finalmente, esta tesis se llevó a una conferencia internacional en Berlín, en donde fue rebatida y se encontró infectivo el tratamiento [17].

En el informe del director general de lazaretos correspondiente al año de 1930, dirigido al Ministro de Educación Nacional en Colombia, reportó los principales tratamientos usados en cada uno de los lazaretos hasta el año de 1930. En Agua de Dios, Abnestral B®, Antileprol®, Alepol®, Ésteres, Carpotreno®, tratamiento de Benchetrit. En Contratación, Antileprol® intramuscular e intravenoso, chaulmoogra y benzocaína, y en Caño del Loro, tratamiento de Benchetrit, tratamiento de Delgado Palacios (ésteres de chaulmoogra) [18]. Al respecto de uno de estos tratamientos, una paciente de Contratación relata algunos de los fármacos administrados y su percepción sobre su eficacia, un tanto paradójica, pues afirmaba que estos tratamientos causaban exacerbaciones de los signos y síntomas de la enfermedad y que, posterior a los mismos, se experimentaba una relativa mejoría:

“Un tratamiento que surtió efecto fue la benzocaína, tratamientos etílicos en inyección, un tratamiento negro que se los ponían en forma de cruz en las piernas, pero esos tratamientos no servían para nada, lo que hacían era brotarles la enfermedad” (Entrevista a paciente con Hansen de Contratación).

De todos los tratamientos expuestos anteriormente, mediante el trabajo con las fuentes primarias que se hizo en las historias clínicas consultadas en el archivo de Agua de Dios, se concluyó que los principales tratamientos administrados a los enfermos de lepra,

antes de la introducción de las sulfonas, fueron el aceite de chaulmoogra y sus ésteres creados por el doctor Aarón Benchetrit [20], quien reporta en su Informe a Agua de Dios, en marzo de 1932, un tratamiento que constaba de tres etapas: la primera, que constituía el tratamiento médico basado en inyecciones de ésteres etílicos de chaulmoogra, pomada a base de Chaulmoogra para manifestaciones externas, laxantes y glóbulos de chaulmoogra por vía gástrica; la segunda parte se basaba en un régimen alimentario, prohibiendo algunos alimentos considerados nocivos y, por último, un régimen de higiene y aseo. Benchetrit afirmaba:

“La curabilidad del mal de San Lázaro [lepra] no es ya espejismo de algunos sabios optimistas [...]. Y siendo así, como es, una verdad real la curabilidad de la lepra y no tan inmediato y fácil su contagio y el estigma de la herencia de tal enfermedad, asunto todavía discutido, según el autorizado testimonio de eminentes leprólogos, solo falta entre nosotros una campaña eficaz para desterrar el extremado temor que se tiene al flajelo [Ortografía de la época] [...]. La creencia unánime de que la lepra era y es incurable ha sido la rémora más terrible con que ha tropezado la terapéutica de esta horrorosa enfermedad” [19].

Benchetrit creó, en 1929, una revista científica titulada *Archivos de la lepra*, en la que promovía su compuesto de chaulmoogra, el leprol, y su esquema de tratamiento, afirmando la eficacia del mismo en la curación de enfermos en Colombia y en Venezuela [19]. Por otro lado, en las historias clínicas se dio cuenta del uso del aceite de chaulmoogra, natural o distribuido por distintos laboratorios farmacéuticos, bajo nombres comerciales como el Antileprol®, constituido por éter etílico de chaulmoogra purificado y benzocaína fabricado e importado por la empresa químico-farmacéutica Bayer AG® [20]. Otro ejemplo es el Abnestral B®, también compuesto del aceite y derivados. El tratamiento Benchetrit fue conocido y administrado a los pacientes enfermos de Lepra en Agua de Dios principalmente. Todos usados con el fin de curar la lepra, disminuir el estigma físico y las implicaciones en la autonomía que esta representaba (Tabla 1).

Las sulfonas y la revolución antibiótica

Las sulfonas fueron el primer grupo de antibióticos que representó una revolución en la terapéutica de la enfermedad, con repercusiones sociales y políticas, demostrando una cura efectiva en la mayoría de los casos y bajo ciertas condiciones [21]. Con respecto a su mecanismo de acción, estos antibióticos son bacteriostáticos, debido a que inhiben el crecimiento de bacterias por medio de la interferencia con la síntesis del ácido fólico bacteriano, siendo un agonista competitivo del ácido para amino benzoico (PABA), que finalmente resulta en una disminución de los nucleótidos, inhibiendo el crecimiento bacteriano; se metaboliza en el hígado y es excretado a nivel renal [21]. Este grupo de medicamentos presentó efectos adversos como anemia hemolítica,

Tabla 1. Historias clínicas Sanatorio de Agua de Dios E.S.E

Fecha ingreso a lazareto	Edad ingreso	Sexo	Tipo de lepra	Dapsona tab. 100Mg		Rifampicina cap. 600Mg		Clofacimina cap. Dosis desconocida		Observaciones
				Fecha inicio ^a	Dosis	Fecha inicio ^a	Dosis	Fecha inicio ^a	Dosis ^b	
15/07/1930	6	M	Lepromatosa	1961	3 Tab. qSem	1983	1 Cap. q Mes	1983	#18	
1935	21	M	Sin dato	1968	3 Tab. qSem					
27/06/1935	5	M	Sin dato	1961	3 Tab. qSem					Tratamiento benchetrit, aceite de chaulmoogra y esteres antes de 1961
17/04/1936	28	F	Sin dato	1970	2 Tab. qSem					Tratamiento de benchetrit 2,400cc (no especifica via de admon. Ni intervalo) antes de 1936
6/10/1936	10	M	Sin dato	1963	3 Tab. qSem	1982	1 Cap. qMes	1984	#18	Tratamiento con aceite de chaulmoogra y esteres antes de 1961, en 1988 se suspende el tratamiento
2/12/1936	20	M	Sin dato	1973	3 Tab. qSem	1983	1 Cap. qMes	1983	#18	Fórmula para un año de rifampicina y clofacimina
9/08/1939	40	M	Lepromatosa	1970	3 Tab. qSem					
4/02/1941	34	M	Lepromatosa	1958	1 Tab Sid	1986	1 Cap. qMes	1986	300mg qSem	Uso de thalidomida para reacción leprótica (1979)
12/01/1942	30	F	Sin dato	1962	3 Tab. qSem	1984	1 Cap. qMes	1984	#18	
1/03/1942	15	F	Sin dato	1968	3 Tab. qSem	1971	1 Cap. qMes	1983	#18	
15/01/1946	16	M	Sin dato	1973	3 Tab. qSem	1983	1 Cap. qMes	1983	#18	
12/06/1948	52	F	Lepromatosa	1972	3 Tab. qSem	1983	1 Cap. qMes		#18	Tratamiento con aceite de chaulmoogra previo uso de sulfas
27/02/1951	21	M	Lepromatosa	1973	3 Tab. qSem			1969	5 Cap. qSem	Uso de thalidomida para reacción leprótica (1971)
14/03/1956	42	M	Lepromatosa	1962	3 Tab. qSem	1982	1 Cap. qMes			Uso de thalidomida para reacción leprótica (1982)
28/04/1956	38	M	Lepromatosa	1977	3 Tab. qSem	1986	1 Cap. qMes	1986	300mg qSem	
28/08/1958	25	M	Tuberculosa	1960	3 Tab. qSem					
20/01/1960	47	M	Sin datos	1971	3 Tab. qSem					
15/11/1960	49	M	Sin datos	1970	3 Tab. qSem	1983	1 Cap. qMes	1983	#18	Tratamiento de benchetrit antes de 1970

Continuación tabla 1

Fecha ingreso a lazareto	Edad ingreso	Sexo	Tipo de lepra	Dapsona tab. 100Mg		Rifampicina cap. 600Mg		Clofacimina cap. Dosis desconocida		Observaciones
				Fecha inicio ^a	Dosis	Fecha inicio ^a	Dosis	Fecha inicio ^a	Dosis ^b	
10/03/1962	70	M	Lepromatosa	1963	3 Tab. qSem	1983	1 Cap. qMes	1983	#18	Uso de CIBA: tiambutosina- DPT (Cuando hay intolerancia a la dapsona) 1962
29/05/1963	42	M	Multibacilar	1974	3 Tab. qSem	1983	1 Cap. qMes	1981	#18	
14/05/1964	39	M	Sin datos	1964	3 Tab. qSem					
5/02/1968	51	M	Lepromatosa	1970	3 Tab. qSem					Uso de thalidomida para reacción leprótica (1981)
13/10/1969	39	M	Sin datos	1971	3 Tab. qSem	1983	1 Cap. qMes			
25/05/1971	34	F	Sin datos	1972	3 Tab. qSem					
4/05/1971	35	M	Multibacilar	1972	3 Tab. qSem	1975	4 Cap. 300mg q Sem			Uso de thalidomida para reacción leprótica (1974)
15/07/1971	44	M	Sin datos	1972	3 Tab. qSem	1983	1 Cap. qMes	1983	#18	Uso de thalidomida para reacción leprótica (1983)
10/10/1976	60	M	Lepromatosa	1977	3 Tab. qSem					#18
2/04/1981	47	M	Sin datos	1983	3 Tab. qSem	1983	1 Cap. qMes	1983	#18	
24/12/1981	56	M	Sin datos	1981	3 Tab. qSem	1983	1 Cap. qMes			
2/06/1985	27	M	Lepromatosa	1980	3 Tab. qSem	1980	1 Cap. qMes	1980	Alt. dieb.	#18
3/09/1985	51	M	Sin datos	1985	3 Tab. qSem	1985	1 Cap. qMes	1985	#18	
25/08/1986	42	M	Lepromatosa	1987	3 Tab. qSem	1987	1 Cap. qMes	1987	#18	
4/11/1994	76	M	Multibacilar/ lepromatosa	1994						Blister multibacilar dosis inicial mensual supervisada, por 24 meses inicio en 2001 termino en Enero de 2003
7/05/2001	62	M	Tuberculosa	2001	3 Tab. qSem	2001	1 Cap. qMes			
21/01/2003	73	M	Sin datos	2003	3 Tab. qSem	2003	1 Cap. qMes	2003	#18	
1/02/2001	62	M	Multibacilar	2009	3 Tab. qSem	2009	1 Cap. qMes	2009	#18	

^a Fecha de primera aparición del medicamento en la historia clínica^b Cantidad formulada en la Historia clínica, no especifica dosis

vómito, diarrea, fiebre, cefalea, depresión, ictericia, cristaluria, agranulocitosis, trombocitopenia y leucopenia.

El origen de este compuesto se remonta a 1908, cuando la “Asociación de Químicos Alemanes presidida por Carl Duisberg (de la Bayer) pretendía hacer un gran Consorcio Nacional”, el cual fue liderado por un especialista en colorantes llamado Heinrich Höerlein, que tenía a su cargo a J. Wittman y Emil Fromm, quienes sintetizaron el compuesto amino benceno sulfonamida y la diamino difenil sulfona (DDS). En 1927, este consorcio se convirtió en un gran centro de investigación ayudado por Mietzsch y Klarer, y dirigido por el médico Domagk, quienes en 1932 comprendieron el valor médico de este compuesto para el tratamiento de enfermedades infecciosas (Streptocóccicas) y solicitaron la patente para la DDS a nombre de la I.G Farbenindustrie (Grupo de empresas de la industria colorante). Años más tarde, el laboratorio Bayer fabricó diversos medicamentos derivados del grupo de las sulfonamidas, como el Prontosil® y la sulfadiazina. Posteriormente, en el Instituto Pasteur se usó la DDS contra el *Mycobacterium tuberculosis* en cultivos, descubriendo que esta era mucho más eficaz que el amino benceno de sulfonamida o sulfonilamida. Sin embargo, el problema radicaba en la alta toxicidad, contraindicando su uso en humanos. En 1937, el investigador Tillitson de Park añadió glucosa al compuesto para disminuir su absorción en el organismo y así aminorar su toxicidad, llamando a este nuevo compuesto Promin®. El médico Guy H. Faget, del Lazareto de Carville en Estados Unidos, empezó a usar este nuevo compuesto en 1941 para el tratamiento de la lepra, mostrando notables mejorías y mayor eficacia que cualquier tratamiento usado anteriormente. A partir de 1943, se empezó a ensayar el Promin® en lazaretos de todo el mundo, lo cual revolucionó no solo el tratamiento de la enfermedad, sino también las políticas de control frente a la misma [10].

Alrededor de 1949, el doctor Molesworth, quien trabajaba en el lazareto de la península Malaya, se vio obligado a usar bajas dosis del compuesto DDS, debido a la carencia del medicamento y a la necesidad de proveer un tratamiento a sus pacientes, lo que lo llevó a descubrir que al administrar el Promin® de dicha manera, además de producir mejorías clínicas, disminuía su efecto tóxico. Finalmente, en Brasil se logró el tratamiento vía oral por medio de una tableta llamada Dapsona, que actualmente es usada en el triconjugado del tratamiento de la lepra [10].

En Colombia, desde 1942, el Instituto Lleras inició el uso de sulfonilamidas, Promin® y dapsona, aunque en principio de forma limitada, debido a que el tratamiento

con chaulmoogra seguía ocupando el primer lugar por la dificultad de acceso a las sulfas y a su alto costo. Sin embargo, de forma progresiva se fue implementando el tratamiento con sulfas, registrándose en las historias clínicas de las décadas de 1950 en adelante,* como la principal opción terapéutica asumida por los médicos para combatir la enfermedad [21]. En la memoria de los enfermos, a través de las entrevistas, se reconstruye el momento del ingreso de las sulfas:

“Luego en el año 48 [1948] ya llegó un nuevo tratamiento, se llamaba Promin®; era en inyecciones y se lo aplicaban a uno todos los días en la vena. Bueno ese tratamiento empezó a dar buenos resultados en el control del bacilo de Hansen y fue muy benéfico [...]. Tres años después llegó la dapsona, era una pastilla blanca para tomar todos los días, de modo de que esos tratamientos se aplicaban en los enfermos en la década de los 40-50” (Entrevista a paciente con Hansen en Agua de Dios).

Según José Terencio de las Aguas, experto en lepra de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tratamiento de la lepra se ha dividido en tres etapas: incurabilidad, monoterapia y multiterapia. La incurabilidad se refiere a todos los tratamientos usados antes de las sulfas. La monoterapia se basa en el tratamiento con un único derivado de las sulfas: Promin® o dapsona. Las sulfonas inhiben por determinado periodo de tiempo el progreso de la enfermedad, mostrando recaídas posteriormente por la resistencia que genera el microorganismo al medicamento usado como único compuesto bacteriostático y no bactericida. Por lo que, finalmente, se implementó el esquema de multiterapia, basado en la polifarmacia, haciendo uso de diversos medicamentos que fueron surgiendo a partir de la era de los antibióticos, los cuales fueron clofazimina y rifampicina. La clofazimina es un colorante químico similar al azul de metileno, el cual fue “sintetizado en 1954 y utilizado por primera vez por Browne y Hogerzeil en 1962 en Nigeria” [22]. A su vez, la rifampicina “se obtuvo del *Streptomyces mediterranei* en 1957 y es un derivado de la rifampicina SV que Souza Lima y Opromolla presentaron en 1963 en el VIII Congreso de Leprología de Río de Janeiro. Su aplicación en la lepra se inició con las pruebas de Jadin en ratones inoculados y los trabajos clínicos de Rees y Leiker en 1970” [22]. Otros medicamentos usados en la multiterapia han sido: ofloxacina, minociclina y claritromicina. En las historias clínicas obtenidas, la DDS y la dapsona se registran indistintamente como la línea de tratamiento usada para la enfermedad. A partir de la década de 1980, se registra la rifampicina bajo los nombres comerciales de Rimactan® y

* En las historias clínicas obtenidas se tiene registro formal de la prescripción de medicamentos a partir de 1958, y, a manera de antecedentes, los datos previos a ese año. Se trianguló la información obtenida en las historias clínicas a partir de los datos de las demás fuentes de información, en los que se afirma que la terapia con sulfonas comenzó en la década de 1940; sin embargo, este proceso fue gradual y no siempre se registró de forma sistemática. Adicionalmente, el acceso a las historias clínicas tuvo algunas limitaciones por cuestiones éticas, por lo cual solo se consultaron aquellas de pacientes fallecidos, que hubiesen permanecido en los asilos para enfermos de Hansen en Agua de Dios.

† Para Colombia, los ensayos con sulfamidas se hicieron desde 1942 en el Instituto Lleras. En 1945, se utilizó el Promin® (derivado sulfónico) por vía intravenosa y dapsona oral. Para 1949, según afirma Obregón, aún se utilizaban los ésteres etílicos de chaulmoogra por el alto costo de las sulfonas y el obstáculo en conseguir las cantidades suficientes requeridas para la población enferma [9]

Rifadin® y clofazimina, bajo el nombre de Lamprene (Tabla 1)* [23].

El tratamiento actual se basa en un esquema de terapia multidroga según la OMS, consistente en esquemas biconjugados. Para la lepra paucibacilar el tratamiento consiste en DDS más rifampicina y dapsona por 6 meses de duración. Para la lepra multibacilar, el tratamiento es de 12 meses y al esquema anterior se añade clofazimina, el primer día de tratamiento, supervisados junto con la administración de rifampicina, DDS y clofazimina, administrados diariamente [24]. “A partir de 1995 la OMS proporciona tratamiento gratuito a todos los enfermos del mundo con lepra, inicialmente financiado por la fundación NIPPON y desde el 2000 por un acuerdo de donación con NOVARTIS” [2].

El fin del aislamiento obligatorio

Centraremos la discusión del presente artículo en la hipótesis planteada sobre la relación entre la efectividad de un tratamiento correspondiente al paradigma etiopatológico y farmacológico de la medicina, y la modificación de las políticas de aislamiento obligatorio, así como la transformación de los lazaretos en los actuales municipios, la integración de la campaña antileprosa y los dispensarios al sistema de salud de la época, el desmonte de la connotación de la lepra como “enfermedad aparte” y las transformaciones en las características culturales que le han sido asignadas a lo largo de los años; todo esto entendido en el marco de medicalización de la enfermedad y sus impactos sobre el campo de las políticas en salud específicas para la misma.

Para abordar esta discusión, es menester considerar los conceptos de medicalización, biopolítica y pedagogía de la curación. El primero se refiere al proceso mediante el cual la enfermedad fue apropiada por la medicina como campo de poder a partir del siglo XIX, con el paradigma etiopatológico y el descubrimiento del agente causal, y comienzos del siglo XX, cuando se acentúa dicho proceso en Colombia, transformándose la enfermedad de un problema de caridad cristiana a un problema de Estado, en el que la comunidad científica fuera partícipe de las políticas de control y aislamiento obligatorio [11]. El desarrollo de los antibióticos y, en este caso particular, las sulfas, transformó el poder médico sobre el manejo de la enfermedad desde sus políticas, permitiendo que los conocimientos biológicos y de las ciencias médicas fueran usados para el control de la sociedad, lo que Foucault llamó biopolítica. Es decir, la biopolítica como un poder construido y recíproco en el que el conocimiento médico es necesario a la política y se usa para garantizar el control social de los enfermos [25]. En otras palabras, se define “biopoder

como el conjunto de mecanismos por medio de los cuales aquello que, en la especie humana, constituye sus rasgos biológicos fundamentales podrá ser parte de una política, una estrategia general de poder” [26].

La biopolítica y, en consecuencia, el biopoder, se generan por y para el control de las características biológicas del ser humano en la sociedad. Como Foucault lo señala, estas se revisten de un marco legal y jurídico, entendido como la proclamación de leyes, la creación de sistemas penales y de castigo, los mecanismos disciplinarios de vigilancia y corrección, el desarrollo de instituciones y, por último, el implemento de la seguridad en el que la desviación se inserta a la estadística y a la sociedad en unos márgenes permitidos [26]. Asimismo, la pedagogía de la curación plantea la discusión entre lo que espera el enfermo del médico y los ofrecimientos que el médico y la medicina, como campo de poder, ofrecen, reconociendo los límites y los problemas de su eficacia. En esta disyuntiva, al paciente el médico le adeuda la curación, y el médico tiene el deber de ofrecer un tratamiento que goce de gran legitimidad científica, conferida por los estudios, experimentos y ensayos. Y, aunque el médico es el que está habilitado públicamente para curar, no es siempre el que garantiza una curación sentida por el enfermo [6].

El problema de la curación tomó un nuevo significado desde la teoría microbiana, por medio de las técnicas de antisepsia, sueroterapia y vacunación, en el que la forma de relación de los médicos como profesionales se transformó de ser agentes de curación de individuos, a ser agentes de Estado en la ejecución de políticas higiénicas [6] y de control, por medio de la inserción del tratamiento como un engranaje más de dichos procesos. Desde finales de la década de 1920, con la administración del aceite de chaulmoogra y sus ésteres, reforzados por las publicaciones científicas y los agenciamientos políticos de médicos como Benchetrit, se comenzó, bajo la idea de la posible curación de la enfermedad, a desmontar el aislamiento obligatorio a través del concepto de curación social. Este fue inscrito en la ley con la cual se dispusieron exámenes bacteriológicos y clínicos para determinar la no peligrosidad, se hizo seguimiento a los enfermos curados y se les dio la posibilidad de “vivir en sociedad” en tanto tuvieran las condiciones físicas para trabajar, para lo cual se otorgó un carné de sanidad o un certificado de no contagiosidad. Uno de los enfermos afirma al respecto: “me dijeron que tenía que tomar tratamiento, que no me valía nada, me pusieron un tratamiento muy bueno y a los tres o cuatro meses me dieron carné para volver a trabajar en construcción [...]”[‡].

[‡] La Resolución N° 34 de 1929 dispuso la realización de exámenes bacteriológicos y clínicos para determinar la no peligrosidad, la N° 31 de 1930 cambió los tiempos de seguimiento mediante estos exámenes para constatar la no peligrosidad, la N° 8 de 1931 modificó los tiempos y los procedimientos para dicho seguimiento, en el que se insertó la categoría de lepra nerviosa, cuyos enfermos debían quedar en libertad si se les comprobaba su no peligrosidad, y podían vivir en sociedad siempre y cuando “su estado físico los capacite para trabajar, o en caso contrario que tengan familiares

La peligrosidad de la infección fue la idea fundadora del aislamiento y, en contraposición, la muerte del bacilo causante de la misma, expresada en el resultado negativo del examen bacteriológico, permitió el desmonte de las políticas de aislamiento obligatorio al interior de los lazaretos, sustentadas por la medicina. Un enfermo relataba: “tener la enfermedad de lepra era algo reprochable, temeroso en la sociedad y en el mismo estado” (Entrevista a paciente con Hansen). Sin embargo, a nivel social, las marcas de la enfermedad, los miedos sociales y los estigmas que estas suscitaban cuestionaron la idea de curación erigida desde la medicina [27]. En algunos casos, la efectividad del tratamiento y la idea de la curación se ponía en cuestión, ya que fueron los estigmas físicos de la enfermedad, más que la batalla contra el bacilo, los que a nivel social representaron la idea de la peligrosidad y de la permanencia de la enfermedad. En consecuencia, la experiencia de curación para los enfermos estuvo dada por sus vivencias corpóreas, y por el alivio al dolor y sufrimiento de la misma, como se relata en estas entrevistas:

“[...] estaba bastante enfermo de dolores en las articulaciones, una enfermedad que se llama neuritis, le decimos nosotros, no, terribles dolores, y entonces estando con esos dolores, entonces en ratos de alivios a través del medicamento que me aplicaba, tenía momentos de alivio no, entonces yo me ponía a distraerme dibujando” [21]. “El subsidio me lo dieron un día que me programaron una cita, cuando me dijeron que tenía la enfermedad no tenía nada, permanecí bien, porque tomé bastante tratamiento (diazona, tiamina, talidomida) y muy bueno, porque a mí me daba mucha neuritis, no me podía tocar las coyunturas del dolor, pero el tratamiento me lo quitó” [21].

Cuando nos aproximamos a la comprensión de un fenómeno de aislamiento impuesto a un grupo identificado como “peligroso”, bien sea por su comportamiento, su condición médica, o su identidad étnica (criminales, enfermos mentales, enfermos de lepra, gitanos, judíos, entre otros), es necesario comprender que la sociedad está haciendo una defensa de sí misma [28], ubicando en el otro la fuente de sus problemas, haciéndolo un chivo expiatorio frente al cual se deben encaminar una serie de estrategias de protección [29, 30]. Los lazaretos fueron instituciones similares a las cárceles o a los manicomios, en tanto fueron lugares de aislamiento de los sujetos “desviados de la norma”. Fueron lugares de represión y no de solución al problema, pues “las instituciones públicas no sirven en absoluto al contenido mismo de la institución; es decir; la cárcel no sirve para la rehabilitación del encarcelado, así como tampoco el manicomio sirve para la rehabilitación del enfermo mental” [31].

En consecuencia, los lazaretos, por muchos años, no fueron lugares de curación para los individuos, sino de tratamiento social de la enfermedad desde la lógica de la peligrosidad, en un proceso de medicalización que entró a reforzar las políticas de aislamiento obligatorio a comienzos del siglo XX. Sin embargo, el mismo proceso de medicalización que aseguró la protección de la sociedad frente al enfermo, posteriormente se transformó con la revolución de la terapia antibiótica gracias a la batalla ganada contra el bacilo, y, por este medio, evitar el contagio. La curación, como una posibilidad que se dibujó en el horizonte de la enfermedad mediante la terapia con sulfonas, representó una transformación en la concepción de la misma y, por ende, en las políticas y en la institución del lazareto. En este momento se transformó la concepción biopolítica de la enfermedad y su estrategia de poder, del poder disciplinario a la seguridad, del aislamiento obligatorio a la circulación y del movimiento de la población enferma a la transformación de las instituciones médicas y políticas diseñadas para tales fines [26]. Con la Ley 148 de 1961 se ordenó la abolición de los lazaretos, los cuales se convirtieron en municipios. A partir de entonces, se designaron sanatorios y se continuaron los dispensarios para el tratamiento de la lepra. Sin embargo, para los enfermos la curación estaba dada en términos de su corporeidad, trascendiendo la idea de la presencia o ausencia del bacilo en sus cuerpos, al proceso social y corpóreo de la enfermedad.

Conclusiones

Para comprender, desde un enfoque histórico y antropológico la enfermedad de Hansen, es preciso no solo evidenciar el carácter biomédico de la misma y los desarrollos tecnológicos y científicos que permitieron comprenderla, y definirla como entidad microbiológica y propia del campo de la medicina, sino también comprender las relaciones políticas en la producción de conocimiento y de dichos avances, y los impactos biopolíticos en la sociedad. En Colombia, el poder sobre el enfermo de lepra, durante las primeras tres décadas del siglo XX, era absoluto en tanto se controlaba su territorio, su cuerpo, su autonomía, sus derechos y deberes, tal y como se describe en el concepto de biopolítica. Sin embargo, las transformaciones mundiales de la sociedad, la política y la ciencia, la creación de la OMS, el fin del colonialismo y el desarrollo de los antibióticos, en este caso específico de las sulfonas, modificaron las formas de control y, por ende, la política de y hacia la enfermedad y su población. Política dada desde el microscopio, el laboratorio, la industria, las instituciones, los Estados y las organizaciones.

que velen por ellos”, la N°13 de 1932 reguló los exámenes y delimitó el personal facultativo médico encargado de los mismos, la N° 67 de 1933 ordenó “carnets de sanidad”, la N° 83 de 1933 sobre el tratamiento y observación a las personas que quedaron en libertad y la N°87 de 1935 autorizó a los directores de los lazaretos para concederles la libertad a los enfermos no peligrosos. República de Colombia. Legislación colombiana sobre lepra; contiene las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones y demás disposiciones que rigen sobre la materia. Bogotá: Editorial de la Lit, 1937.

Esto lleva a comprender la medicina como un campo de poder que permea la sociedad [32]. “Si el médico se ha convertido en experto en todos los asuntos públicos y privados es porque toda persona sana es un enfermo que se ignora” [33]. La medicalización hace no solo de la enfermedad una entidad médica, además de sociocultural y religiosa, sino que permite situar al médico como el poseedor de un saber experto al cual le confiere el poder de determinar las formas de manejo y control. No obstante, el proceso de medicalización, lejos de ser un proceso unitario, fue un proceso múltiple que permitió la mutación del conocimiento y, en consecuencia, de las políticas sobre la enfermedad. Lo que en principio situó la enfermedad desde su carácter contagioso, en el que su medicalización promovió la reclusión de los enfermos sin la garantía de un tratamiento efectivo; posteriormente, con el avance de la farmacología y sus ofrecimientos en la terapéutica, la medicalización permitió desmontar el aislamiento obligatorio.

Finalmente, la construcción del conocimiento del proceso salud-enfermedad y de las estrategias de curación representó un gran impacto con respecto a las políticas públicas y mecanismos de poder a nivel social, así como a las experiencias subjetivas de los enfermos con la enfermedad. En el caso de la lepra, la curación de la enfermedad, representada por la terapia antibiótica, fue la herramienta necesaria para permitir la inclusión de los enfermos en la sociedad y su reconocimiento como ciudadanos, en tanto la batalla contra el bacilo era la lucha legítima en términos biopolíticos, más allá de la experiencia individual de la curación.

Referencias

- Ruiz A. Croniquilla de Contratación. 2013. Contratación: Telcel; 2013.
- Organización Mundial de la Salud. Lepra [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [Access 20 April 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la lepra 2016-2020: acelerar la acción hacia un mundo sin lepra. Organización Mundial de la Salud 2016:17-18.
- Botero N, Polo D, Sinuco L. La lepra en Colombia: estigma, identidad y resistencia en los siglos XX y XXI. *Revista Salud Bosque* 2015; 5(1): 67-80.
- Longo D, Kasper D, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J, Jameson JL. Harrison: principios de medicina interna. 18ª ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
- Martínez Martín AF. El lazareto de Boyacá: lepra, medicina, iglesia y Estado 1869- 1916. *Cómo Colombia fue convertida en la primera potencia del mundo y Boyacá, en una inmensa leprosería*. Sogamoso: UPTC; 2006.
- Zapata MI. Reseña de “Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia” de Diana Obregón Torres. *Tabula Rasa* 2005; (3): 341-346.
- Canguilhem G. Escritos sobre medicina. Buenos Aires: Amorrortu; 2004. p. 122.
- Botero N. Nos hicimos a pulso. Memoria de los hijos de los enfermos de lepra, en el Lazareto de Contratación, Santander. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009.
- Obregón Torres D. Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia. Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit; 2002.
- Obregón Torres D. Medicalización de la lepra: una estrategia nacional. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
- Flores Reyes O. Tratamiento de la Lepra [Internet]. Caracas: Instituto Nacional de Dermatología, División de Dermatología Sanitaria; 1979 [Acceso 9 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://revista.svderma.org/index.php/ojs/article/viewFile/1042/1010>
- Montoya y Flórez JB. Contribución al estudio de la lepra en Colombia. Medellín: Imprenta; 1910.
- Rodríguez G, Pinto R. La lepra, imágenes y conceptos. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, Salud/medicina Universidad de la Sabana; 2007.
- Obregón D. Sobre epidemias, endemias y epizootias: algunos aspectos del desarrollo de la bacteriología en Colombia. *Biomédica* 1998; 18(2): 110-121.
- Obregón D. Debates sobre la lepra: médicos y pacientes interpretan lo universal y lo local. En: Universidad Nacional de Colombia, editor. *Culturas científicas y saberes locales: asimilación, hibridación, resistencia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002. Págs. 258-282.
- Chala J, Lleras R. Tratamiento biológico en la lepra sueroterapia antileprosa. *Revista Colombiana de Leprología* 1941; 1 y 2:112.
- Herrera A. Informe del director general de lazaretos correspondiente al año de 1930. Bogotá: Imprenta Nacional; 1930.
- Benchetrit A. Archivos de Lepra. Archivos de lepra 1931 1929-; serie I a III (Nº 1 a 36).
- Groosi M. 1925-2005 Evolution and Current Status of Leprosy Chemotherapy. *An Bras Dermatol* 2005; 80(2): 199-202.
- Mandell G, Douglas J, Bennett JE. Enfermedades infecciosas, principios y prácticas. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
- Terencio de las Aguas J. Historia de la terapéutica de la Lepra. *Rev Leprología* 2001; 4(2): 117-124.
- Gold Standard-ficha de medicamento. Clofazimine-Lamprene 2017 [Internet] [Access 10 de marzo de 2016]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.ezproxy.unbosque.edu.co/#!/content/drug_monograph/6-s2.0-134?scrollTo=%23Indications
- Ministerio de Salud y la Protección Social. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en salud pública-Guía de atención integral de la Lepra. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007.
- Ávila F, Ávila C. El concepto de biopolítica en Michel Foucault. *A Parte Rei. Revista de Filosofía* 2010; (69): 1-6.
- Foucault M. Seguridad, territorio, población: Curso en el College de France: 1977-1978. 1ª ed. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2006.
- Platarrueda C. La voz del proscrito. Lepra y representaciones sociales de los lazaretos en Colombia. Versión modificada Tesis de Maestría en Antropología. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas; 2009.
- Foucault M. Defender la sociedad. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2008.
- Douglas M. Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú. España: Siglo XXI Editores; 1973. p. 250.
- Botero N. Control social en Colombia 1820-1850: vagos, prostitutas y esclavos. [monografía en Internet] Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013. [Acceso 9 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/45141/1/1094891370.2013.pdf>
- Besaglia F. Razón, locura y sociedad. México D.F.: Siglo XXI; 2006.
- Bourdieu P. Sociología y Cultura. México D.F.: Grijalbo-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes; 1990.
- Romains J. Knock o El triunfo de la medicina. Madrid: Grupo Editorial Bruño; 1989.