

Abundio Baptista Mora

LEPRA EN BOLIVIA

Historia y Evolución

Lepra en Bolivia

Historia y Evolución

©Derecho intelectual: Abundio Baptista Mora

Correo electrónico: abu_bap@hotmail.com

Sucre – Bolivia

Depósito Legal: 3-1-1639-19

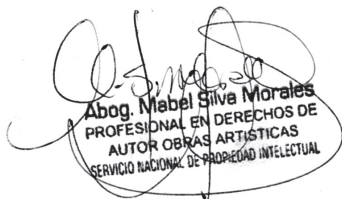
ISBN: 978-99974-0-828-0

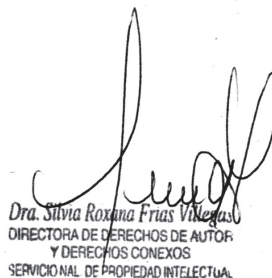
Esta obra está protegida por bajo la ley 1322 de Derechos de Autor y está prohibida su reproducción bajo cualquier medio, sea digital, analógico, magnético u óptico, de cualquiera de sus páginas sin permiso del titular de los derechos.

Corrección: Guadalupe Amusquívar Peñaranda
aedicionessucre@gmail.com 78684511

Impresión: Talleres Gráficos “Multigraf” Calle Aniceto Arce N° 534

SERVICIO NACIONAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL DIRECCION DE DERECHO DE AUTOR Y CONEXOS	
OBRA REGISTRADA MEDIANTE:	
Res. Admin. No.	1-1157/2019
Título de la obra:	Lepra en Bolivia historia y...
Autor:	Abundio Baptista Mora
Titular:	Abundio Baptista Mora
Fecha:	24 - junio - 2019 a Paz - Bolivia
UNIDAD DE REGISTRO	DIRECTOR DE DERECHO DE AUTOR


Abog. Mabel Silva Morales
PROFESIONAL EN DERECHOS DE
AUTOR OBRAS ARTÍSTICAS
SERVICIO NACIONAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL


Dra. Silvia Roxana Frías Viquez
DIRECTORA DE DERECHOS DE AUTOR
Y DERECHOS CONEXOS
SERVICIO NACIONAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL



**DIRECCIÓN DE DERECHO DE AUTOR
Y DERECHOS CONEXOS**
RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA N° 1-1157/2019
La Paz, 24 de junio de 2019

VISTOS:

La solicitud de Inscripción de Derecho de Autor presentada en fecha **19 de junio del 2019** por **ABUNDIO BAPTISTA MORA** con C.I. N° **1033891 CH.**, con Número de Trámite **DA-H-400078/2019**, señala la pretensión de inscripción de la Obra Literaria titulada: **"LEPRA EN BOLIVIA Historia y Evolución"**; cuyos datos y antecedentes se encuentran adjuntos y expresados en el Formulario de Declaración Jurada.

CONSIDERANDO:

Que, en observación al Artículo 4 del Decreto Supremo N° 27938 modificado parcialmente por el Decreto Supremo N° 28152, que señala: *"El Servicio Nacional de Propiedad Intelectual SENAPI, administra en forma desconcentrada e integral el régimen de la Propiedad Intelectual en todos sus componentes, mediante una estricta observancia de los regímenes legales de la Propiedad Intelectual, de la vigilancia de su cumplimiento y de una efectiva protección de los derechos de exclusiva referidos a la propiedad industrial, al derecho de autor y derechos conexos; constituyéndose en la oficina nacional competente respecto de los tratados internacionales y acuerdos regionales suscritos y adheridos por el país, así como de las normas y regímenes comunes que en materia de Propiedad Intelectual se han adoptado en el marco del proceso andino de integración"*.

Que, el Artículo 16 del Decreto Supremo N° 27938 establece: *"Como núcleo técnico y operativo del SENAPI funcionan las Direcciones Técnicas que son las encargadas de la evaluación y procesamiento de las solicitudes de derechos de propiedad intelectual, de conformidad a los distintos regímenes legales aplicables a cada área de gestión"*. En ese marco, la Dirección de Derecho de Autor y Derechos Conexos otorga registros con carácter declarativo sobre las obras del ingenio cualquiera que sea el género o forma de expresión, sin importar el mérito literario o artístico a través de la inscripción y la difusión, en cumplimiento a la Decisión N° 351 del Régimen Común sobre Derecho de Autor y Derechos Conexos de la Comunidad Andina, la Ley de Derecho de Autor N° 1322, el Decreto Supremo N° 23907 y demás normativa vigente sobre la materia.

Que, de conformidad al Artículo 18 de la Ley de Derecho de Autor N° 1322, en concordancia con el Artículo 18 de la Decisión 351 Régimen Común sobre Derecho de Autor y Derechos Conexos de la Comunidad Andina, referentes a la duración de los Derechos Patrimoniales, se tiene que: *"La duración de la protección concedida por el ordenamiento jurídico vigente será para toda la vida del autor y por 50 años después de su muerte, a favor de sus herederos, legatarios y cesionarios"*.

Que, se deja establecido de acuerdo al Artículo 4 de la Ley Derecho de Autor N° 1322 y el Artículo 7 de la Decisión N° 351 del Régimen Común sobre Derecho de Autor y Derechos Conexos de la Comunidad Andina que: *"No son objeto de protección las ideas contenidas en las obras literarias, artísticas, o el contenido ideológico o técnico de las obras científicas ni su aprovechamiento industrial o comercial"*.

Que, la solicitud presentada se vincula con los Artículos 6 de la Ley de Derecho de Autor N° 1322; 26 Numeral 1 Inciso a) del Decreto Supremo N° 23907 Reglamento de la Ley de Derecho de Autor; y, 4 de la Decisión N° 351 del Régimen Común sobre Derecho de Autor y Derechos Conexos de la Comunidad Andina.



POR TANTO:

La Directora de Derecho de Autor y Derechos Conexos sin ingresar en mayores consideraciones de orden legal, en ejercicio de las atribuciones conferidas.

RESUELVE:

INSCRIBIR en el Registro de Obras Literarias de la Dirección de Derecho de Autor y Derechos Conexos, la Obra Literaria titulada: "**LEPRA EN BOLIVIA Historia y Evolución**", a favor del autor y titular: **ABUNDIO BAPTISTA MORA** con C.I. Nº **1033891 CH.**, bajo el seudónimo **ABU**; quedando amparado su derecho conforme a Ley, salvando el mejor derecho que terceras personas pudieren demostrar.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.



Dra. Silvia Roxana Friaș Villegas
**DIRECTORA DE DERECHO DE AUTOR
Y DERECHOS CONEXOS**
SERVICIO NACIONAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL



SRPv/mlsm
c.c. Arch.

Oficina central / La Paz
Av. Argentina No. 1014
Ed. Angelica María entre Villalobos
y Díaz Romero, Zona Miraflores
Telfs.: 2115700 - 2119276 - 2119251
Fax: 2115700

Oficina Distrital / El Alto
Av. Juan Pablo II No. 2550,
Edificio Multicentro El Ceibo Ltda.
Piso 2 Of. 1A, Zona 16 de Julio
Telf.: 2141001

Oficina Distrital / Cochabamba
Calle Chuquisaca 600, piso 2,
entre Antezana y Lanza
Zona Central - Noroeste
Telf.: 4141403

Oficina Distrital / Santa Cruz
Prolongación Oustiaro,
Esq. Uruguay No. 29
Edif. Bicentenario, 1er. Anillo
Telf.: 3121752

Oficina Distrital / Chuquisaca
Calle Kilómetro 2, No. 366
casi esquina Urutogaita
Zona, Parque Bolívar
Telf.: 72005873

Oficina Distrital / Tarija
Calle Ingarí No. 156
entre Colón y Sulipacha
Edif. Coronado, piso 2,
Of. 202, Zona Central -Telf.: 72015286

Oficina Distrital / Oruro
Calle 6 de octubre No. 5837
entre Ayacucho y Junín,
Galería Central, Of. 14 (Ex Banco Fin)
Teléfono.: 6201288

Coautora

Lic. Ing. Andrea Rebeca Baptista Avalos

Investigadora operativa, participó de la misma manera en anteriores obras relacionadas con el tema.

Colaboradores:

Dra. Mary Avalos Salazar: *Médico cirujano, Odontóloga, Universidad Mayor de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Médico de Atención Primaria de Salud.* Participó en esta obra con los temas de la recolección de datos estadísticos y la construcción de los indicadores de salud departamental, nacional y mundial de la lepra; identificó e hizo las aproximaciones entre los componentes asistenciales en el control de las enfermedades a lo largo de este documento.

Lic. María Cecilia Baptista Avalos: *Socióloga, Universidad Mayor de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Magister en Desarrollo y Economía Socio Comunitaria Productiva, por la Universidad Andina Simón Bolívar.* Su participación ha estado fusionada con investigaciones operativas sobre la sociología de la enfermedad en diferentes etapas y ámbitos del país; el comportamiento social, cultural y religioso de los afectados en cada capítulo de esta obra.

Lic. Carlos Chavarría Rocha: *Licenciado en Derecho y Ciencias Políticas, Universidad Mayor de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Posgrado en la Universidad del Valle.* Participó en la investigación de los aspectos técnicos, administrativos, y jurídico legales que fueron parte en cada etapa de la Historia de la Lepra en Bolivia.

PRÓLOGO

“Una de las cualidades esenciales del médico, es su interés humano, porque el secreto de cuidar a un enfermo estriba en preocuparse por él”

Francis Weld Peabody

(Médico estadounidense nacido, en Cambridge, Massachusetts).

El Dr. Abundio Baptista Mora, médico cirujano, distinguido colega y amigo mío, me ha honrado con la solicitud de que escriba el Prólogo de su libro *“Lepra en Bolivia – Historia y Evolución”*. Es muy grato para mí escribir estas líneas de introducción, atendiendo este pedido, cumplo con la mayor satisfacción, por tratarse de un libro encargado de divulgar aspectos que muestran la cruda realidad de una enfermedad milenaria, de un pasado lleno de dolor, tragedia y misterio, sumada al oscurantismo de no contar con el justo remedio, solo queda el ser humano inane ante el acatamiento de las leyes naturales, y la resignación ante los designios del implacable destino.

Se trata de una obra muy bien confeccionada en la que se comprueba un amplio dominio de la temática por parte del autor, con un criterio didáctico, excelente exposición y orden en los diferentes temas.

¿Acaso la labor del médico no está mostrando el fervor de un coleccionista? Tiene la paciencia del que recupera del olvido, los logros del hombre para transformarlos en yacimientos, que sirven para expresar nociones originales. El médico coleccionista, avezado, escribe sus hallazgos y deducciones en base a los conocimientos de otros hombres de ciencia de otras latitudes, y de cualquier época, para combatir el mal perenne de los siglos: el olvido, especialmente en las ramas del saber humano.

Esta condición de concentrar sistemáticamente el origen de los datos, requiere cultivar el don de la observación. La pasión del médico concebirá un conjunto de información escrupulosamente ordenada en el campo de un tema específico. Este cuadro confeccionado con inteligencia se llama experiencia. En la profesión médica la experiencia puede ser personal denotando una cualidad muy particular.

El acto cultural de editar un libro obliga a pensar sobre las razones que obligan al médico a convertirse en autor; de ahí nuestras disquisiciones anteriores.

Este libro trata de la “Lepra en Bolivia, historia y evolución”, constituye un escaparate laboriosamente instalado en el repositorio cultural del coleccionista, el Dr. Abundio Baptista, enriquece su contenido analizando temas tan importantes como la descripción de los antecedentes históricos de la Lepra en el mundo, en América, en las épocas pre colonial y colonial, así como la llegada de esta enfermedad a Bolivia. Describe el procedimiento utilizado para brindar atención a los enfermos en los Lazaretos, leproserías, leprocomios, colonias y sanatorios, datos desde luego muy importantes, cerniendo lo superfluo y circunscribiéndose al tema fundamental.

Lepra en Bolivia – Historia y Evolución”. Constituye un testimonio para el presente y futuro de la Lepra en Bolivia, su lectura servirá para interiorizarse de la historia y de la evolución de esta milenaria enfermedad.

La fuerza de voluntad del Dr. Abundio Baptista, su amor a la profesión, su gran solidaridad con los enfermos, a pesar de sus limitaciones visuales, ha centrado sus esfuerzos para publicar esta obra

Publicar un libro en nuestro medio significa siempre un notable y encomiable esfuerzo, desde luego, con mucha decisión, ya que hay que vencer enormes dificultades y superar frecuentes tropiezos; por ello, se hace más meritoria y desde todo punto de vista, encomiable la labor realizada por el Dr. Abundio Baptista en presentar esta publicación cuya cuidadosa redacción, lenguaje claro y comprensible, favorecen la asimilación de los temas programados, unidos a un formato, tipo de imprenta, esquemas y figuras adecuadas que merecen el manifiesto público y sincero reconocimiento de los lectores.

Sucre, mayo de 2018

Dr. Antonio Dubravcic Luksic

Jamás en la historia del conflicto humano,
tantos debieron tanto a tan pocos.

Winston Churchill

Polonio a
Laertes

Ni tomes ni des prestado, pues dando
se suele perder préstamo y amigo,
y tomando se vicia la buena economía.
Y, sobre todo, sé fiel a ti mismo,
pues de ello se sigue, como el día a la noche,
que no podrás ser falso con nadie.

Hamlet, Acto Primero, Escena III

DEDICATORIA

A todos los enfermos de lepra que
nos confiaron sus episodios de
dolor, cuyas miradas ansiosas
reflejaban la esperanza.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS FUNDAMENTALES

- 1.- INTRODUCCIÓN
- 2.- LEPRO, DISCORDANCIA TEOLÓGICA Y CIENCIA
- 3.- RESUMEN DE LA HISTORIA DE LA LEPRO EN EL MUNDO
- 4.- LEPRO EN AMÉRICA
 - 4.1.- Época precolombina
 - 4.2.- Escenario previo a la conquista
 - 4.3.- Época colonial
5. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

CAPÍTULO II

EL ORIGEN DE LA TRANSMISIÓN EN BOLIVIA

1. INTRODUCCIÓN
2. ESCLAVOS AFRICANOS
3. INMIGRANTES DE OTROS CONTINENTES
4. PAÍSES VECINOS
5. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

CAPÍTULO III

LEPRO EN BENI

1. INTRODUCCIÓN
2. EL ORIGEN DE LA TRANSMISIÓN
3. EL DR. VIADOR PINTO SAUCEDO
4. LOS PRIMEROS CASOS
 - 4.1. Diseminación rápida de la enfermedad
 - 4.2. Lepra en Trinidad
 - 4.3. Baures
 - 4.4. El drama de la lepra en Baures
 - 4.5. Riberalta, Guayaramerín y Tumichucua
 - 4.6. Un suceso inesperado en Riberalta
5. DESARROLLO DEL CONTROL DE LA LEPRO EN BENI
 - 5.1. El censo de lepra
6. LA LUCHA EN PERIODOS DE MEDIANA Y BAJA ENDEMIAS
 - 6.1. El trabajo del Dr. Willy Saravia Burgos
 - 6.2. El Dr. José Day Álvarez
7. EVOLUCIÓN, ESTADÍSTICA Y CRONOLOGÍA
8. SITUACIÓN ACTUAL DE LA LEPRO
9. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

CAPÍTULO IV

LEPRA EN CHUQUISACA

1. INTRODUCCIÓN
2. SOBRE EL PRINCIPIO DE LA TRANSMISIÓN
3. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD
 - 3.1. Eclosión de la lepra en Chuquisaca
 - 3.2. Los sacerdotes alemanes
 - 3.3. El Cañón de Fernández
 - 3.4. La diseminación
4. EMBATES CONTRA LA LEPRA EN CHUQUISACA
5. LEPRA EN LAS PROVINCIAS
 - 5.1. Provincia Hernando Siles
 - 5.2. Provincia Belisario Boeto
 - 5.3. provincia Tomina
 - 5.4. Provincia Azurduy
 - 5.5. Provincia Oropeza
 - 5.5.1. Un brote en la provincia Oropeza
 - 5.5.2. ¡Doctor, en Potosí también hay lepra...!
6. LEPRA EN TODO EL DEPARTAMENTO
7. ETAPAS DE CONTROL DE LEPRA EN CHUQUISACA
 - 7.1. Guerreros contra la lepra
8. ANÁLISIS POR DECENIOS
9. HOSPITAL DERMATOLÓGICO MONTEAGUDO
10. LA DAHW DE ALEMANIA
11. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

CAPÍTULO V

LEPRA EN SANTA CRUZ

1. INTRODUCCIÓN
2. SOBRE EL ORIGEN DE LA TRANSMISIÓN
3. ECLOSIÓN DE LA LEPRA EN SANTA CRUZ
4. CONSTRUCCIÓN DE UNA COLONIA
5. EVOLUCIÓN DE LA LEPRA
6. ANÁLISIS POR DECENIOS
7. SITUACIÓN ACTUAL DE LA LEPRA EN SANTA CRUZ
8. HOSPITAL DERMATOLÓGICO JOROCHITO
 - 8.1. Dra. Nora Siles
 - 8.2. Dr. Renato Amonzabel
 - 8.3. Dr. David Paz
 - 8.4. Las Hermanas de San Vicente de Paul
9. LA AMENAZA CONTINÚA
10. VOLUNTARIOS MENONITAS
11. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

CAPÍTULO VI LEPRA EN OTROS DEPARTAMENTOS

I. LEPRA EN TARIJA

1. INTRODUCCIÓN
2. EL ORIGEN DE LA TRANSMISIÓN
 - 2.1. Expansión inicial
 - 2.2. Expansión secundaria
3. EL LAZARETO, PRIMER ASENTAMIENTO PARA ENFERMOS DE LEPRA
4. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD
5. UN NUEVO PLAN DE ACCIÓN
6. ANÁLISIS POR DECENIOS
7. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

II. LEPRA EN COCHABAMBA

1. INTRODUCCIÓN
2. EVOLUCIÓN
 - 2.1. El censo de la lepra en el departamento
3. INVESTIGACIÓN DE LA DRA. ROSARIO ZAMBRANA
4. EVOLUCIÓN POR DÉCADAS
 - 4.1. Comentarios generales
5. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

III. LEPRA EN PANDO

1. INTRODUCCIÓN
2. BREVE HISTORIA DE LA MEDICINA EN PANDO
3. EL ORIGEN DE LA TRANSMISIÓN
4. EVOLUCIÓN
5. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

IV. LA LEPRA EN LA PAZ

1. INTRODUCCIÓN
2. EL ORIGEN DE LA TRANSMISIÓN
3. EVOLUCIÓN
4. BÚSQUEDA ACTIVA EN 2009
5. ANÁLISIS POR DECENIOS
6. TESTIMONIO CON GUITARRA EN SAN BUENAVENTURA
7. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

V. LEPRA EN LAS ALTURAS

1. INTRODUCCIÓN
2. LEPRA EN LOS VALLES
3. LEPRA Y PISOS ECOLÓGICOS EN CHUQUISACA
4. SOBRE 3000 METROS DE ALTURA
5. LEPRA EN POTOSÍ
6. LEPRA Y PISOS ECOLÓGICOS EN BOLIVIA
 - 6.1. Temperatura
 - 6.2. Humedad y pluviosidad
7. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

CAPÍTULO VII RESUMEN DE LA LEPRA EN BOLIVIA

1. INTRODUCCIÓN
2. EL INSUMO DE LA INFORMACIÓN HISTÓRICA
3. SURGEN LAS DISCREPANCIAS
4. EVOLUCIÓN DE LA LEPRA
 - 4.1.- inusitada notificación de casos
5. LEPRA, CONTACTOS Y CONTAGIO
 - 5.1. Contactos
 - 5.2. Contactos que enferman
 - 5.3. Lepra, de las infecciosas la menos contagiosa
6. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

CAPÍTULO VIII TRATAMIENTO DE LA LEPRA, HISTORIA Y EVOLUCIÓN

1. INTRODUCCIÓN
2. ÉPOCA PRECOLOMBINA
3. ÉPOCA DE LA COLONIA
4. ÉPOCA REPUBLICANA
 - 4.1. Etapa de aislamiento e incurabilidad
 - 4.1.1. Terapéutica nacional
 - 4.2. Etapa de la monoterapia
 - 4.3. Etapa de la multiterapia
5. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

PRESENTACIÓN

Queda fundado que la historia, por donde se la desentraña, es el argumento testimonial de las épocas y siglos, tiene la prodigiosa misión de conservar los acontecimientos que el tiempo afanoso trata de consumirlos en la nebulosa del olvido, ella los conserva y guarda, para que cobren vida en la memoria de los hombres en cualquier tiempo, motivo y lugar.

La historia es luz y resplandor de la existencia, con sus gratos acontecimientos, sus tristes y trágicos episodios que marcan el inevitable equilibrio en la efímera vida del hombre. Historia que nos presenta tal como fueron las cosas pasadas, y nos invita a imaginarnos que vimos y alcanzamos aquellos tiempos en que sucedieron.

Historia, testigo y depósito de inconcebibles tragedias por las incomprendiones del hombre por el hombre, pero también es sabia, porque es depósito de virtudes y gloriosas hazañas en el afán de recuperar la integridad del ser humano.

Historia, testigo y guarda de las virtudes humanas, maestra y preceptora de la vida, que ninguna virtud deja sin elogio, ni perversión sin juicio, a todo da su perfecto valor y lugar, a veces disonante con cada gusto y opinión.

Historia, sabiduría extrema; da a los mancebos prudencia de ancianos, y los hace experimentados sin tener ejercicio ni usanza, y su falta hace a los viejos parecer jóvenes imprudentes; así aprendimos de Cicerón cuando expuso: “no saber el hombre lo que pasó antes que naciese, es ser siempre niño”. De manera que la historia hace a los hombres sabios, prudentes y avisados; porque con ejemplos y muestras de las cosas pasadas da aviso y regla para determinar las de ahora y las que aún vendrán.

Historia de la Lepra en Bolivia, que muestra la descarnada realidad de un pasado lleno de dolor, tragedia y misterio, que, sumada al oscurantismo de no contar con el justo remedio, solo quedaba el acatamiento de las leyes naturales, a la resignación ante los designios del implacable destino.

El presente libro es apenas una aproximación de lo que me he propuesto, tal vez no cubra las esperanzas que su título ha despertado en el benévolo lector, pero estoy seguro que su contenido es experiencia real, fehacientes acontecimientos; y, protagonistas que muestran las diferentes facetas de la condición humana, desde la más sublime solidaridad con los enfermos, hasta el más inclemente desprecio y repulsión que de ellos hacen escarnio sus semejantes. Quedará defraudado quien piensa encontrar en él, una creación literaria, vida imaginada o el resultado de alguna perspicaz fantasía.

Este libro está escrito con estilo simple, como queda entendido, no es otra cosa que el lenguaje fácil, compuesto de palabras propias y frases claras, aplicadas según la intensidad de los relatos y en periodos diferentes, sin figuras y complejas metáforas ni otros adornos floridos, pero que sin embargo admite las comparaciones y crítica justas, los adjetivos expresivos, las anécdotas curiosas, los espacios que rememoran hazañas de ilustres ignotos. Hasta permite los deseos de desahogar sentimientos, porque las reflexiones serias y morales se nos escapan involuntariamente cuando el corazón está oprimido frente al drama horrendo de la lepra.

Con firmeza escribo y comparto este libro, en tiempos que me toca transitar el otoño de mi vida, cuando no muy lejos se avizora el declinar de la tarde, entendiendo que la misión de médico que por mi propia voluntad me ha sido encomendada, me obliga a hacerlo; muy a pesar de mis limitaciones visuales, sin tener ya el pleno gozo ni el deleite de apreciar la perfecta armonía de la naturaleza; así, en medio de las penumbras, he podido plasmar algo que considero una deuda con los enfermos de mi país. Luego vendrán los que complementen este sencillo trabajo, que servirá para con mayor profundidad conocer la heredad y derecho de las cosas, tal cual sucedieron, con aciertos y errores, que sirvan para imitar lo bueno compitiendo en virtudes y excelencias; y otros malos, de cuyos hábitos huir, y de sus fines y fama escarmentar.

El autor
Valle de Sucre, invierno de 2019

AGRADECIMIENTOS

Muchos años de afanosa labor para consolidar las diferentes etapas de esta historia de la lepra en Bolivia han transcurrido, alineadas en el propósito de contar con documentos e información que validen con la mayor aproximación su contenido. En ese proceso, hemos tenido la valiosa cooperación de instituciones locales, departamentales y nacionales; de muchas personas entre profesionales, técnicos, expacientes, otros afectados que aún cursaban la enfermedad; personal de servicio de los establecimientos de salud, trabajadores extensionistas de otras ramas de la salubridad; profesores, clérigos, agentes comunitarios, autoridades, líderes locales y tantos otros más que desde aquellos lugares recónditos y alejados del país, han podido brindar su valioso aporte a esta historia

UN SINCERO HOMENAJE

Si ha existido algún temor para escribir este libro, ese sentimiento de incertidumbre que conmovía mi espíritu, si acaso dejara de mencionar la labor de personas e instituciones que anduvieron por los arduos caminos del control de esta enfermedad en Bolivia. Me acojo al beneficio de la disculpa, si involuntariamente he omitido algunos nombres, para quienes va mi sincera admiración y respeto.

A los ilustres ignotos, guerreros contra la lepra en Bolivia, rendimos este especial reconocimiento luctuoso. Ya no están con nosotros, no obstante, mantenemos en la memoria su invaluable aporte. Fue el deseo de todos plasmar en un documento esta historia que hoy la compartimos, para que el país se entere que una vez anduvieron médicos y personal de apoyo lidiando contra la lepra por lugares inhóspitos, a costa del riesgo de su salud incluso su vida, para dejarnos un país que tiene bajo control este daño, lejos de aquella amenaza horrenda que en esos tiempos fue causa y efecto de mucho dolor y desesperación.

Dr. Viador Pinto Saucedo († 1965). Considerado como el baluarte y paradigma de la lucha contra la lepra en el Beni, con repercusión en todo el país. Conspicuo profesional médico cuya entrega y dedicación en la

lucha contra esta enfermedad y solidaridad con los enfermos, muestran su alto valor ético, de generosidad y total entrega incondicional. El trabajo realizado en años y en condiciones sumamente difíciles cuando aún existían las colonias o leproserías, ponderan en sumo grado su gran contribución para el control de este flagelo en Bolivia.

Pastor, Walter Herron († 1963). Conocido como el “Cóndor de la selva”, cuya contribución para controlar la lepra en el Beni ha trascendido y fue reconocido en esferas nacionales. Cuando las condiciones de los enfermos de lepra eran insostenibles, ahí estaba para brindar su valiosa colaboración. Su mayor despliegue lo realizó en las colonias de El Tane y Victoria. Recibió el “Cóndor de los Andes” por su meritoria labor.

Dr. Jorge Suarez († 1976). Primer Jefe Nacional en la Lucha Antileprosa. Constituyó un paso decisivo el encarar los primeros censos de lepra, encaminados a determinar la magnitud del problema que se tornaba cada vez más insostenible. Fue el inicio de las intervenciones fundamentadas sobre una línea de base estadística para el control de la lepra.

Dr. Efraín Solarte Alava († 1977). Médico Salubrista y Leprólogo colombiano. Vino a Bolivia en 1973, contratado por la DAHW de Alemania, fue director del Hospital Dermatológico Monteagudo. Trabajó en condiciones muy precarias, muchos meses sin otros médicos que lo acompañaran. Realizaba la búsqueda directa de enfermos desplazándose a caballo para llegar a revisar a sus pacientes. Sabemos que durante estos viajes ejercía también labores como médico de atención integral. Falleció en su país Colombia.

Dr. Germán Mamani († 2002). Durante su solitario trabajo de campo en Chuquisaca y su apego al programa, diagnosticó varios casos de lepra. Falleció muy joven, mientras cumplía su servicio rural.

Dr. José Day Álvarez († 2006). Meritorio profesional médico especialista en Dermatología y Leprología. Cumplía funciones de jefe de programa en el Departamento del Beni. Su trabajo infatigable y muchas veces incomprendido ha dejado profundo recuerdo de voluntad y entrega incondicional en el inmenso territorio amazónico.

Dr. Willy Saravia († 2014). Médico Leprólogo, estuvo en la vanguardia de la lucha contra la lepra en varios escenarios del país, Monteagudo, Santa Cruz, Trinidad, Baures, Magdalena; fue responsable del programa regional en Beni. Después de su jubilación vivió con su familia, enfermo, sin que la sociedad ni las mismas organizaciones de su gremio reconocieran su magnífica labor. Falleció en 2014.

Dr. Ángel Apodaca Lizarazu († 2018). Médico Dermatólogo y Leprólogo, director del HDM por más de tres décadas; tuvo a su cargo continuar la difícil etapa de consolidar el control de la lepra en Chuquisaca. Recorrió por las poblaciones de riesgo de todas las provincias de Chuquisaca. Extendió su trabajo a otros departamentos.

Rev. Leo Schwartz († 2018). Sacerdote alemán que llegó a Bolivia en la década de los años sesenta del pasado siglo. Durante su labor pastoral en el Chaco chuquisaqueño visitó comunidades alejadas de la Provincia Hernando Siles, fue cuando se percató la existencia de afectados por la lepra. Viabilizó la ayuda de Alemania para controlar esta enfermedad en la región. El Hospital del municipio de Villa Vaca Guzmán lleva su nombre en merecido homenaje.

El autor
Valle de Sucre, invierno de 2019

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria de Salud
CDM	Centro Dermatológico Monteagudo
CENETROP	Centro Nacional de Enfermedades Tropicales
DAHW	Asociación Alemana de Asistencia al Enfermo con Lepra y Tuberculosis
DDS	Dapsone (diamino-difenil sulfona)
HDJ	Hospital Dermatológico Jorochito
HDM	Hospital Dermatológico Monteagudo
ILEP	Federación Internacional de Lucha Antileprosa
LAMPREN	Clofazimina
LD	Lepra Dimorfa
LI	Lepra Indeterminada
LL	Lepra Lepromatosa
LT	Lepra Tuberculoide
MB	Multibacilar
MB	Paucibacilar
MS	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PCR	Reacción en cadena de la polimerasa
PDCL	Programa Departamental de Control de la Lepra
PDM	Plan de Desarrollo Municipal
PNVCL	Programa Nacional Vigilancia y Control de la
PQT	Poliquimioterapia
RAE	Real Academia Española
RPS	Responsable Popular de Salud
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SEDES	Servicio Departamental de Salud
TAC	Tomografía Axial Computarizada
TB	Tuberculosis
TGN	Tesoro General de la Nación
TMD	Tratamiento Multidroga
TMM	Tratamiento Multimedicamentoso
WHO	Siglas en inglés de OMS

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS FUNDAMENTALES

- 1.- INTRODUCCIÓN
- 2.- LEPRO, DISCORDANCIA TEOLOGÍA Y CIENCIA
- 3.- RESUMEN DE LA HISTORIA DE LA LEPRO EN EL MUNDO
- 4.- LEPRO EN AMÉRICA
 - 4.1.- Época precolombina
 - 4.2.- Escenario previo a la conquista
 - 4.3.- Época colonial
5. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

1. INTRODUCCIÓN

Cuando toca referirnos a la lepra, inevitablemente nuestra imaginación se remonta a tiempos pasados; el solo hecho de nombrarla despierta la curiosidad de conocer los antecedentes y eventos que en torno a ella se han generado, por las características e impacto social con las que viene precedida esta milenaria enfermedad, con alternativas de terror y de compasión, pasando de los rasgos más sublimes de piedad a la crueldad más inaudita. En muchos casos esta irracionalidad incontenida e inconsciente ocasionó indescriptibles actitudes de rechazo y marginación, no fueron pocos los acontecimientos en los que se produjeron horriblos desenlaces.

Lepra, enfermedad añosa dejó su rastro dramático e invalidante por donde transitó, en cualquier parte del mundo, con diferente intensidad y en tiempos diferentes. Es considerada como el padecimiento más antiguo que haya sido descrito por el hombre. Su extensa relación histórica ha sido narrada desde diferentes objetivos y por innumerables escritores, entre los que cuentan, aquellos que basan sus recapitulaciones y comentarios en investigaciones y experiencias propias. En este afán y de acuerdo con los propósitos de indagación, se han abordado diferentes dimensiones y matices de la enfermedad, con énfasis en aspectos relevantes de acuerdo a la época, el lugar y, porque no decirlo, hasta el provecho que de ella obtendrían. Están los que incidieron en el aspecto médico, social, político, mítico, religioso; por nada estuvieron ausentes los que utilizaron este tema para inspirar sus torcidas historias, películas, novelas, cuentos, que contribuyeron a magnificar esa sombra misteriosa que ha sesgado la realidad, cuyo efecto horrendo persiste hasta ahora en la memoria de los pueblos.

Así, pues, consustanciados con esta realidad, vemos con evidente claridad que los interesados en escribir sobre estos acontecimientos, como es el caso del historiador o el cronista, por supuesto también el investigador científico, intentarán ser lo más precisos y alcanzar la mayor aproximación posible de cuanto se pretende demostrar, admitiendo, y en rigor al compromiso con el benévolo lector, que no todas las circunstancias y eventos pasados alcanzarán el mismo grado de

profundidad y exactitud, cuyo sustento dependerá de las posibilidades de recolectar datos y el adecuado insumo testimonial.

Tratar de reconstruir sucesos pasados como el que ofrecemos en el presente documento, sobre el “mundo de los leprosos”, es, sin embargo, incompleto, en el entendido que los métodos de estudio históricos tienen su complejidad, por el esencial hecho de ser el hombre el sujeto de la investigación, el mismo que por naturaleza está sometido a tantas variaciones, muchas de estas impredecibles. Sobre estas realidades se ciñe este contexto y, asentimos que aún quedan grandes vacíos, silencios de largos espacios que no permiten ser incorporados por estar extraviados en la bruma del tiempo, que irremediablemente se ha encargado de sepultar parte de esta peculiar historia.

El ritmo y la intensidad de las averiguaciones realizadas para obtener los datos, representan una labor sumamente conflictiva, por los caminos recorridos y el tiempo para conseguirlos. La poca disponibilidad de elementos de información sobre eventos transitados por la enfermedad, en bibliotecas, hospitales, otros servicios de salud privados, instituciones internacionales, profesionales que atendieron a los enfermos, también cuentan los expacientes, contactos, entre otros, ha sido el común denominador en este complicado trabajo de documentación histórica. Del insumo disponible, algunos tienen sesgos e inconsistencias, por lo que prescindimos de esas reseñas por ser poco fiables.

Las contingencias y sesgos documentales inducen a pensar en las restringidas condiciones del trabajo sanitario realizado en este tema, no obstante, en algunos lugares hasta es imperdonable no contar con este insumo informativo, por el mero hecho de tratarse de ámbitos territoriales donde la lepra tuvo presencia notable, es más, es donde aún existen pobladores en quienes la enfermedad dejó su definitiva huella, de quienes es posible conocer relatos incontenibles de esos tristes pasajes.

No queda otra cosa que conformarnos con lo que encontramos, entender con resignación la única justificación que se esgrime: “Que el sistema de salud en esos años de alta endemia, ha sido de muchas limitaciones en su estructura y organización”. En este escueto análisis cabe mencionar que los hospitales Dermatológicos de Jorochito en Santa Cruz y Monteagudo

en Chuquisaca son los que pueden brindar detalle y secuencia de su trabajo.

Las averiguaciones y posterior revelación de la verdad, como es el documento presente que compartimos, de cuanto sucedió sobre los indescriptibles sufrimientos de los enfermos de lepra, de ninguna manera consideramos constituya una irreverencia, y mucho menos, inmiscuirnos en la sustancia interior del sufrimiento ajeno. Por el contrario, es una obligación revelar ante la historia y la humanidad, hechos que estuvieron marcados en el dolor y la tragedia en extremo. Además, no consiste en un simple deber científico en el sentido estricto de la palabra, sino, también, un deber religioso, moral y ético, que nos ubique en la real dimensión de nuestras deficiencias y aciertos, como parte de una actual sociedad civilizada, mirando también hacia atrás, para no olvidar el proceso de nuestra larga historia, que, sin duda, permitirá enmendar errores.

Es un imperativo socializar, desde el punto de vista de los factores de riesgo epidemiológico, una clara advertencia en el entendido de lo que un día fue una epidemia con alto impacto y conmoción social por los efectos trágicos, aún la acechanza del flagelo persiste en nuestros días, aunque en menor intensidad. Esta advertencia alcanza mayor notabilidad, si estamos conscientes que en la actualidad Bolivia se encuentra entre los países de *alta carga de lepra*, en el entendido que la OMS clasifica en este parámetro a los que notifican anualmente más de cien casos nuevos de este mal. Bolivia se encuentra en el marco de esta cuantificación desde hace muchos años. Así también, se tiene un agregado que preocupa, los casos de lepra autóctonos, en los últimos cinco años, se han notificado desde todos los pisos ecológicos del territorio nacional. Vale decir, desde los 200 hasta los 4.000 m.s.n.m.

Si no conocemos nuestra propia historia en materia de salubridad, y efectuamos un análisis crítico que nos sirva para corregir errores, entonces estaremos irremediablemente expuestos a nuevamente vivir esos infaustos episodios.

2. LEPRA, DISCORDANCIA TEOLOGÍA Y CIENCIA

Buscando contribuir que el amable lector despeje algunas dudas sobre la magnitud y las diferentes interpretaciones que ha tenido esta enfermedad, partiendo de su nominación, en el presente capítulo identificaremos algunas precisiones sobre la etimología, la interpretación y significación del término *lepra*, por estar ligado en el contexto histórico de tantas centurias ha sido tema de conceptos discordantes; y, por metodología, esta recapitulación, sobre la base de tantos antecedentes recogidos y estudiados nos consiente discriminar y ubicar el término *lepra* en su verdadera significación, que a decir verdad, es motivo de un enredo histórico, teológico y científico, extendido a través de tantos siglos para finalmente concluir en el siglo XIX (1873), cuando se identifica a la bacteria que produce este daño, de la que surge su nominación correcta, y otros aspectos biológicos concluyentes que hasta entonces se manejaban por simple suposición y analogía.

El Antiguo Testamento (AT) ha sido escrito en los idiomas hebreo y arameo. Originalmente lo que hoy conocemos con el nombre de *lepra* en los citados idiomas está escrito como *Tsara'ath*, que significa *castigo de Dios*. Se refería a todo tipo de lesiones en la piel, que incluía algunas manchas que aparecían en la pared y en la ropa. Estas lesiones descritas en la piel, muchas de ellas corresponden en la actualidad a otras enfermedades perfectamente identificadas y no conciernen con las de la lepra; del mismo modo, las manchas en la ropa y la pared corresponden a otras muy distintas. (En extenso en el AT, todo el capítulo XIII del Tercer libro del Pentateuco, Levítico, atribuido a Moisés).

De pronto, para transcribir la Biblia del hebreo y arameo al idioma griego (200 años antes de Cristo), que en ese entonces la mayor parte de los escritos estaban en griego y era la lengua de la cultura (Traducción del AT conocida como la Septuaginta), se utiliza el vocablo griego *lepra* para reemplazar el hebreo *Tsara'ath*. Sin embargo, la palabra griega *lepra*, significa *elefantiasis o descamación* (por la comparación con los efectos en los pies de los que la padecían; mutilados los dedos parecían un pie de elefante, además de adquirir un color oscuro, acompañado de una sequedad y gran descamación de la piel). Lo que quiere decir que el griego

lepra (en su etimología) tampoco abarca todas las lesiones que en la actualidad caracterizan con claridad a la lepra que conocemos.

Es necesario considerar que en los libros del Antiguo Testamento, en todos los pasajes que toca referirse al *Tsara'ath* (lepra) en ninguna de las citas hace referencia a los signos considerados básicos que orienten a la sospecha o descarte de un caso de lepra como se la conoce en la actualidad, nos referimos concretamente a la disminución de la sensibilidad (hipostesia o anestesia), tampoco menciona las lesiones en los nervios, las parálisis, retracciones musculares en extremidades, ni aluden a los lepromas o nódulos, y menos se refieren a las características faciales que son las más llamativas cuando se trata de cuadros avanzados. Contrariamente hacen referencia a lesiones de piel diferentes a las de la lepra, que en la actualidad son conocidas e identificadas correctamente con otra nomenclatura.

En el contexto del Nuevo Testamento (NT) se aprecian rasgos más aproximados a los que conocemos en la actualidad. En aquel escenario ya se relacionaba a la lepra con la discriminación, aislamiento, las restricciones que los afectados padecían, tipo de lesiones; aunque no precisan los signos clínicos básicos de este daño. Ha sido este tipo de lepra que Cristo curó, lo que está ampliamente descrito en varios pasajes del NT.

Finalmente, en 1873, Armauer Hansen, descubre el bacilo que causa la enfermedad de la lepra, al que en adelante se lo denominaría Bacilo *de Hansen*. Lo observado también motiva se la denomine *Enfermedad de Hansen*. Entonces estaremos de acuerdo que esta nominación científica con sus rasgos clínicos claramente identificados en la actualidad, difiere mucho al *Sara'ath* del AT, a la *elefantiasis*, *descamación* o *lepra* de los griegos, y parecida a la del NT.

Concluyendo este vericuetto, cuando hablamos de lepra en la actualidad, etimológicamente y por semántica nos estaremos refiriendo a la elefantiasis, lo que es un error, que no concuerda con los aspectos que identifican a la enfermedad. Sin embargo, el término ya ha sido *adoptado* por el uso de tantos años, por eso los expertos dan la significación

diferente a la elefantiasis, más bien, como conceptualmente se la conoce a la enfermedad de Hansen.

De este modo, los lectores podrán encontrar literatura donde se la nombre como *lepra* y otros, como *Enfermedad de Hansen o Hanseniasis*. Existen discrepancias entre escuelas científicas y decisiones propias de algunos países en adoptar uno u otro término, no por el significado, más bien por el estigma y choque psicológico que alegan otros estudiosos sobre este tema. Es el caso de Brasil, entre otros países, que, desde hace mucho tiempo, por decreto ha adoptado el término de Enfermedad de Hansen.

3. RESUMEN DE LA HISTORIA DE LA LEPRO EN EL MUNDO

La historia es un elemento imprescindible cuando se trata de conocer la trayectoria de las enfermedades como es el caso de la lepra, cuyos antecedentes a lo largo de miles de años constituyen una de las más interesantes por su amplio transitar en el mundo; aún en la actualidad su presencia es motivo de grandes desvelos en numerosos países y de todos los continentes. Constituye la enfermedad más antigua que se haya conocido, y que tenga, además, la descripción de sus antecedentes y características. Su historia ha ido acompañada por el miedo y terror como ninguna.

Son varias las citas argumentadas que hacen referencia a la presencia de este azote en los distintos territorios y civilizaciones, siempre acompañadas de pasajes o leyendas que la enfermedad inspiraba al extremo de cualquier descripción de pavor.

Entre los escritos más antiguos que hacen referencia, están los encontrados en el Rig Veda de los hindúes —se estima que fue lanzado mil cuatrocientos años antes de Jesucristo—, en el mismo existe una maldición a quienes portaban la enfermedad: “Que se oculte y viva aparte, sobre un lecho de estiércol, con los perros sarnosos y los animales inmundos, ése cuyo cuerpo se cubre de pústulas semejantes a las burbujas de aire infectado que surgen de los pantanos y revientan en la superficie. Porque ofende a la luz ¡Que se arroje de los pueblos a pedradas

y que se cubra de basuras a él, basura viviente! ¡Que los ríos vomiten su cadáver!”.

Recorriendo por otros escenarios, en la China también existen descripciones de la lepra, dos mil años antes de la Era Cristiana, con diferentes rasgos sobre su origen, entre ellas, la de ser un castigo divino para purgar los pecados. En Japón ya se conocía la enfermedad, con el añadido que entonces presentaba gran diseminación con características endémicas.

En este recorrido no puede estar ausente el Cercano Oriente, Egipto, así lo determinan los documentos encontrados de aquella época, uno de éstos se encuentra en el papiro de Ebers, que cita una enfermedad con características parecidas a la lepra. La relación estrecha que ha existido entre egipcios y hebreos, ampliamente documentado en los libros del Pentateuco bíblico, ha sido motivo de discusión sobre el origen de la enfermedad, de este modo los egipcios culpaban a los hebreos de haber sido quienes fueron los transmisores de la enfermedad; inversamente los hebreos aludían lo mismo. Algunos hasta aducen que la salida del pueblo hebreo de Egipto se debió a una expulsión por la propagación de la enfermedad.

También existen varias teorías sobre la presencia de la lepra en África. Algunos investigadores sostienen que el origen estuviera en el África Central.

El pueblo de Israel ha tenido gran presencia de la enfermedad en su medio, la conocían con el nombre hebreo *Tsara'at*, ampliamente descrito en el AT, cuyo origen se atribuía al pecado o al castigo divino. Los afectados tenían que recurrir a los sacerdotes y eran separados del resto de la población.

De esta manera se pueden citar otras crónicas más sobre la lepra, las que recorriendo por el laberinto de las antiguas civilizaciones encontraremos a cada paso alusiones de diferente intensidad, todas con el mismo común calificativo, miedo y terror.

Desde estos variados escenarios de la antigüedad, la propagación de la enfermedad ha seguido el camino del comercio, las guerras y las peregrinaciones religiosas. Una de éstas tiene relación con Alejandro Magno, que en sus conquistas bélicas en territorios de la India y Persia los soldados fueron infectados, y con ellos de regreso llegó la lepra y se propagó en Grecia y Asia Menor.

Con estos antecedentes la llegada de la lepra a Europa ha tenido varios caminos, diferentes en temporalidad y modalidad de transmisión. Los romanos conocieron la enfermedad cuando los legionarios de Pompeyo retornaron de Siria, cuya primera propagación no tuvo gran trascendencia. Después de este suceso, nuevamente la importaron cuando regresaron de Egipto. En estas condiciones los romanos mediante sus conquistas bélicas por gran parte de Europa, se constituyeron en una de las vías de transmisión de la enfermedad.

El experto español en lepra Dr. José Ramón Gómez, indica que la lepra fue traída a España por los mercaderes fenicios que la difundieron por Galicia y Andalucía, y fue conocida en principio como “mal fenicio”. Los romanos, desde el siglo I antes, hasta el siglo V después de la Era Cristiana, diseminaron por el norte de España, fundamentalmente en Cataluña, Galicia, Asturias y León. Sin olvidar que otra vía de difusión fue por los árabes, durante el dominio del sur de España entre los siglos VIII al XIV. (1).

En el siglo XI el mal encontró su camino por la ruta de las Cruzadas. Los que estaban sumidos en estas campañas hacia Palestina, a su regreso traían consigo la enfermedad, que se propagó masivamente en Europa alcanzando su máximo apogeo en los siguientes siglos XII y XIII.

Siglo XIV, corría el año 1347, tiempos de la Edad Media en Europa, sacudida por una de las peores epidemias que la humanidad ha tenido que soportar: la “peste negra” también conocida como peste bubónica; se extendía desde Italia, Francia, España, Alemania, llegaba hasta Rusia y la península Escandinava. Fue alta la mortalidad, se dice que esta epidemia diezmó una tercera parte de la población europea, con una repercusión socio-demográfica sin precedentes. Esta plaga, entre otras, encontró el mejor escenario en una sociedad cuya mayoría vivía sumida en una forma

de vida precaria, con bajas condiciones socio-económicas, por el crecimiento de las poblaciones urbanas y periféricas de las ciudades, con el efecto negativo en materia de la salubridad pública, hacinamiento, deficientes condiciones de salud ambiental por la falta de emuntorios y alcantarillado para la adecuada disposición de los desechos orgánicos. Bajo el efecto letal de la “peste negra” gran cantidad de leprosos murieron a causa de ella. Sin evitar nombrar que en este episodio de epidemia acusaron a los leprosos y algunos judíos de envenenar las fuentes de agua; fueron sacrificados sin piedad, los quemaban vivos por cientos, sin antes haberles comprobado su culpabilidad. En 1346, en las calles de Londres fueron cazados y sacrificados los leprosos errantes hasta terminar con el último de ellos. Lo antedicho es solo un poco entre otras tantas atrocidades cometidas.

Europa medieval, clima de tantas amenazas mórbidas por la asociación de varias injurias patológicas; una de ellas la lepra, que desde mucho antes ya sentaba su presencia maligna y destructora en este contexto, alcanzó su mayor exponente agresivo en esta parte del mundo. Tanta fue la magnitud de la lepra en Europa que se conoce por lo menos 19.000 centros de aislamiento construidos exclusivamente para estos enfermos; de éstos, por citar solo a un país, cerca de 2.000 estaban en Francia, lo que hace suponer que existía uno en cada pueblo. Algo parecido ocurría en los demás países del continente. La transmisión se extendió hasta llegar a la Península Escandinava. Citaremos lo que ocurrió en Noruega, el gran número de leprosos existentes motivó a sus científicos hacer intensas investigaciones. Haciendo un paréntesis a esta cronología podemos indicar que, en el año 1873, uno de ellos, un noruego, Armauer Hansen, descubrió el agente causal.

El temor hacia los leprosos alcanzó extremos inimaginables, en tal sentido se puso en evidencia el fondo enérgico de las reacciones humanas, con algunos atisbos de compasión, pero con gran predominio de conductas de crueldad inconcebibles que la historia cuenta traducida en horrosas acciones de destrucción.

Época dramática la que vivían los leprosos, eran duramente despreciados, significaban un gran riesgo para la salud de los demás. Estaban sometidos a leyes estrictas de excepción que la misma sociedad

a la que pertenecían había establecido. Sus derechos civiles fueron anulados, no podían detentar ningún derecho de posesión ni la propiedad de ningún bien; estaban prohibidos de realizar actividades públicas, ni comprar, ni vender, hasta de transitar por las calles. Eran la imagen patética de los *muertos en vida*.

Las condiciones y ritmo de vida de las sociedades de entonces tenían sus propias características, muy ligadas a las concepciones políticas, sociales, económicas y religiosas que imperaban. En este mismo comentario, los alcances científicos también tenían sus marcadas limitaciones; todo juicio de valor emitido, y cualquier adelanto científico conocido, tenía que guardar el equilibrio con el medio y lo que sus altas autoridades consideraban pertinente. A lo dicho corrobora la intervención del famoso cirujano Ambrosio Paré, que emitió un certificado médico realizado a un leproso, escrito a finales del siglo XVI; que sin duda se encuentra en las memorias de la Historia Universal de la Medicina.

Transcribimos el certificado elaborado por el cirujano Ambrosio Paré:

"Nosotros, Cirujanos de París, por orden del señor Procurador General del Rey en Chalette, dada el 28 de Agosto de 1583, por la cual hemos sido nombrados para dictaminar si el llamado G. P. es leproso.

Por tanto, lo hemos examinado como sigue: Primeramente, hemos encontrado su rostro con un tinte de caparrosa (verde azulado), pálido y lívido y lleno de manchas azules; igualmente hemos tirado y arrancado cabellos y pelos de la barba y cejas y hemos visto que a la raíz del pelo estaba adherida alguna pequeña porción de carne.

Sobre las cejas y detrás de las orejas hemos encontrado pequeños tubérculos glandulosos, la frente plegada, la mirada fija e inmóvil y los ojos enrojecidos y brillantes; los orificios nasales anchos por fuera y angostos por dentro, casi cerrados, con pequeñas úlceras costrosas; la lengua hinchada y negra y por encima y por debajo hemos encontrado pequeños granos como se ve en el cerdo "leproso" (triquina), las encías corroídas y los dientes

descamados y su aliento muy penetrante, teniendo la voz enronquecida y hablando por la nariz.

También lo hemos visto desnudo, encontrando su cuero áspero y desigual como el de una oca delgada y desplumada y en ciertos lugares muchos dartros. Además, lo hemos pinchado bastante y profundamente con una aguja sin haberla sentido apenas. Por estos signos más unívocos que equívocos, decidimos que el llamado G.P. es leproso confirmado. Por lo cual será bueno que sea separado de la compañía de los sanos, dado que este mal es contagioso.

“Todo esto lo certificamos ser verdad poniendo como testigos nuestros signos manuales (firmas) aquí colocados...”

Por esta descripción médica se trataba de una lepra variedad lepromatosa (forma avanzada de la enfermedad). Lo que demuestra la precisión y prolijidad de los galenos de esos tiempos para asumir la responsabilidad de diagnosticar este mal. Fueron los que comenzaron con el manejo de la lepra originada por causa etiológica —aunque todavía no tenían identificado el agente causal— frente a los superfluos y equívocos orígenes misteriosos que se le atribuían.

Después del diagnóstico de la enfermedad, se procedía a separar al enfermo del mundo de los sanos; para esto el sacerdote oficiaba una ceremonia o ritual que tenía características escalofrantes como el “Separatio leprosum”. El enfermo arrodillado en el altar de la llamada sala de leprosos, existente en la mayoría de las iglesias de áreas leprógenas. El afectado por el mal llevaba el rostro cubierto por un velo negro. El oficiante tomaba una palada de tierra del cementerio tres veces y la dejaba caer sobre la cabeza del leproso diciendo:

“Te prohíbo para siempre entrar en esta iglesia o en el mercado o en el molino o en cualquier reunión del pueblo o en compañía de persona sana”.

“Te prohíbo para siempre lavarte las manos y todas las cosas que te sean necesarias en fuentes, arroyos u otra parte cualquiera. Si deseas beber toma agua en una vasija sin tocar el agua en tu piel”.

“Te prohíbo que salgas sin el hábito de leproso, de modo que puedas ser reconocido por los otros, tampoco irás descalzo excepto dentro de tu nueva casa”.

“Te prohíbo que toques cosa alguna que deseas comprar en cualquier parte y sin indicarlo con vara o palo de modo que pueda saber lo que deseas”.

“te prohíbo cuando marches por el campo responder a cualquiera que pueda hacerte preguntas a menos que previamente por no contagiarte te coloques en dirección del viento”.

“Igualmente te prohíbo en adelante comer y beber como no sea en compañía de leprosos” (2).

Estos ritos o ceremonias diferían en la forma, la alocución y el procedimiento, entre los países europeos; desde luego que el fondo que buscaban tenía el mismo fin.

Después de escuchar estas prohibiciones, el leproso se revestía del hábito que le señalaría a los ojos de todos. Se componía este de falda gris o negra, túnica del mismo color, sombrero, guantes y zapatos, porque el leproso no debía de caminar con los pies desnudos; sobre la túnica y a nivel del hombro izquierdo, llevaba consigo un trozo de tela roja en forma de pata de ganso o L, que constituía el signo distintivo de los leprosos. En otros lugares la insignia era un trozo de tela amarilla o una escarapela roja sobre el sombrero o un guante de lana sobre el pecho y otro sobre la cabeza. Se le daba al enfermo una cesta para el pan, un barrilito para el vino y las clásicas castañuelas, en algunos sitios se les daba una carraca, un cascabel o un cencerro que agitaban para prevenir a los transeúntes de su presencia (3).

Inversamente a este criterio de rechazo, persecución, confinamiento y dolor corporal sin límites, la historia nos enseña que han existido personas que destacaron por su labor de solidaridad, comprensión y servicio para con estos desamparados. Según se consideraba en esos

tiempos, la caridad con los leprosos era la caridad extrema a la que muy pocos se atrevían; algunos curaban las heridas, proveían alimentos, otros hasta besaban sus úlceras. Escuetamente haremos referencia de estos grandes personajes de la bondad y la fe.

Roberto II Rey de Francia (972 – 1031). Conocido como el “piadoso”, se caracterizó por su gran apoyo y solidaridad con los leprosos. En sus largos viajes visitaba a los enfermos en sus leproserías, curaba sus heridas, brindaba limosnas y otro tipo de ayudas.

Francisco de Asís. Cabalgaba un día por la llanura de Asís cuando le salió al camino un leproso. Era el momento de dar a Cristo la prueba decisiva de su disponibilidad para “conocer su voluntad”. Bajó del caballo, puso la limosna en la mano del leproso y se la besó; el leproso, a su vez, apretó contra sus labios la mano del bienhechor. Montando otra vez, Francisco prosiguió su camino con el alma llena de un sabor desconocido, llena de gozosa expansión (4).

Santa Isabel de Hungría. (1207 – 1231). Inolvidable por su gran devoción y servicio con los pobres y los enfermos, entre ellos los leprosos. Se encontró a un leproso abandonado en el camino, y lo acostó en su propia cama con su marido ausente. Llegó este inesperadamente y le contaron el caso. Cuando iba a regañarla, vio en su cama, no al leproso sino un hermoso crucifijo chorreando sangre. Recordó que Jesús premiaba lo hecho a los pobres como hechos a Él mismo.

Luis IX Rey de Francia (1214-1270). Las descripciones muestran a un rey alto y delgado con un aire angelical y un rostro lleno de gracia (según escribe el franciscano Salimbene), de gran fortaleza física, que le gustaba recibir a sus amigos y hablar con ellos. Su piedad estaba influida por el movimiento de las órdenes mendicantes. De aquí sus frecuentes meditaciones sobre la Pasión de Cristo, su devoción a la corona de espinas, para la cual hizo construir la Santa Capilla. Curaba a los leprosos y recibía a los pobres en su mesa (5).

En este largo periodo de la lepra en el mundo, no ha faltado en cada lugar el apoyo brindado a los dolientes, muchos de estos se han mantenido dentro un perfil silencioso, otros han sido ignorados, sin embargo, en

cada etapa de la historia incluyendo la que nos toca vivir, encontramos instituciones y espíritus caritativos prestos a ayudar a los desvalidos por diferentes causas.

Muchos años después, en Europa, en el siglo XIX surge la figura del Padre Damián: (1840- 1889), nacido en Tremeloo, Bélgica. Cuya actitud primordial de su vocación de servicio fue el de estar con los marginados leproso, compartiendo las mismas condiciones de vida, curando sus heridas y brindando el apoyo espiritual. Fue conocido como "el leproso voluntario", porque con tal de poder atender a los leproso que estaban en total abandono, aceptó volverse leproso como ellos. Un ejemplo de vida plena al servicio de los demás.

Volviendo a la temporalidad en que la secuencia histórica nos ubica, España no quedaba exenta de este drama medieval, de tantas epidemias, guerras y otro tipo de sucesos; soportó como los demás los embates despiadados de estos sufrimientos, por supuesto una de ellas, la más antigua, la de mayor magnitud, trascendencia e impacto social, la lepra.

Nuevo Mundo, 1492, se produjo el acontecimiento histórico que señaló el arribo de los españoles a esta parte del planeta. Fueron tres viajes en tres diferentes momentos que trajeron pobladores europeos para colonizar. El primero, el 12 de octubre, Cristóbal Colón pisó por primera vez tierra americana, llegó a la isla de Guanahani, por él llamada San Salvador, la tripulación no superaba los 100 hombres y en tres embarcaciones. El segundo viaje, con la tripulación de 17.000 hombres 17 embarcaciones. (6).

El tercer viaje lo inicia el 30 de mayo de 1498 con 6 navíos que pasan por las Islas Madeira, Las Azores y Cabo Verde, donde a finales del siglo XV la lepra era muy frecuente. Colón inicia su cuarto y último viaje el 9 de marzo de 1502 y se dirige hacia Gran Canaria en las Islas Canarias, también era muy conocida la lepra en esta época y ya existían establecimientos construidos por los misioneros católicos para los leproso. Es a partir de estos momentos en que la lepra es transportada hacia lo que hoy es el continente americano. Entre los colonos europeos se encontraban los portadores de enfermedades desconocidas, la lepra contaba entre éstas. Por el otro lado, también estuvieron las gentilezas de

los nativos del lugar que aportaron con lo suyo, de tal manera que se produjo lo inevitable, un intercambio de enfermedades.

De aquí en adelante ya podemos hablar de la lepra en nuestro continente, de sus antecedentes y formas de transmisión en términos epidemiológicos, al resto de las poblaciones existentes por donde pasaron los portadores de la enfermedad a lo largo del extenso territorio americano, por las colonias primero, para luego permanecer en los territorios independientes hasta nuestros días.

4. LEPRA EN AMÉRICA

4.1. Época Precolombina

Son pocas las evidencias y otras aproximaciones que se tiene sobre la presencia de lepra en los pueblos del Bajo y el Alto Perú. Son los relatos de los cronistas y otros estudios realizados en las reliquias y cerámicas de antes y durante el periodo incaico, los que de alguna manera brindan un acercamiento con las patologías que pudiesen confundirse con lepra. Los cronistas coinciden con la presencia de algunas endemias como la sífilis, la verruga peruana, el tifus exantemático y la leishmaniosis tegumentaria, patologías que de acuerdo con a los análisis realizados muestran características ampliamente diferentes a los de la lepra. Teniendo en cuenta la morfología de las lesiones, su asiento anatómico y su localización topográfica, son la sífilis y la leishmaniosis tegumentaria las enfermedades que pueden entrar en discusión sobre el diagnóstico diferencial con la lepra (7).

Los Huacos —recipientes de arcilla cocida—, para uso práctico, llamados de esa manera por las poblaciones y culturas precoloniales, cuyas representaciones artísticas abarcan todos los aspectos de la vida de esa época; son del mayor interés porque algunas de estas cerámicas presentan formas que enseñan alteraciones anatómicas, traducidas en lesiones patológicas por alguna enfermedad en el rostro y las extremidades.

En 1939, Heráclides Souza Araujo, examina cerámicas, urnas funerarias, cráneos y momias del Museo de Lima, atribuyendo las lesiones nasales y

labiales a leishmaniasis llamada en el lenguaje andino “Uta”, que significaba “corroer” (8).

El simbolismo de esta enfermedad está relacionado con la mujer gestante, que aparece cuando la embarazada ve a un “atoj” (zorro o en algunos casos perro) en la luna llena, representa la unión carnal con un ser mitológico, por lo general se creía que vaticinaba que los dioses están con ansias de sangre (sacrificios).

Históricamente han existido confusiones en el diagnóstico de las enfermedades, lo que pone en evidencia la necesidad de considerar el alcance de estos sesgos, que por algún parecido clínico, muchas veces por el alto predominio de criterios subjetivos de los investigadores, han sido considerados como casos evidentes de la enfermedad que se estudia. Tal situación ocurrió en la Edad Media en Europa, cuando portadores de enfermedades cutáneas u otras parecidas, han sido confundidas con lepra, recibiendo el trato respectivo. Similar controversia surgió con las enfermedades precolombinas, entre las que tenían algún parecido, siendo los estudios científicos antropológicos retrospectivos que dieron la pauta final. Es el caso de la existencia precolombina de la sífilis en el Alto y Bajo Perú, confundida con la lepra por algunos investigadores —demostrada por los hallazgos en cráneos y huesos largos— ha motivado desde 1895 sea tratado con verdadero interés científico sobre dichas mutilaciones y deformidades en cráneos y cerámicas peruanas (Huacos), y su relación con posibles secuelas de lepra. La postura de que se tratasen de lesiones causadas por la sífilis fue acogida por el Dr. Albert S. Ashmead —connotado médico científico de Nueva York—, cuyo criterio fue también compartido por el eminente profesor Virchow, quien hizo notar que dichas mutilaciones podrían efectivamente atribuirse a la sífilis y no así a la lepra. Aunque después surgieron otras posturas disidentes al respecto.

Por las referencias consideradas se puede inferir que no existió lepra en el Alto y Bajo Perú durante la etapa precolombina. Lo que no se puede afirmar respecto a la sífilis, cuya presencia en América en esa época, ha sido también analizada y complementada por investigaciones en el viejo mundo. Sobre este aspecto George Sarton escribía: “(...) no se puede demostrar enteramente esta hipótesis, pero se puede fortalecer por dos series de consideraciones. En primer lugar, la sífilis presenta síntomas

muy definidos y es difícil creer que hubiera escapado a todos los grandes médicos europeos del pasado si los hubiesen visto con sus ojos. No hay mención de esos síntomas ni descripción de enfermedad alguna que nos haga pensar en la sífilis a través de toda la abundante literatura médica anterior a 1495, griega, árabe o latina. En segundo lugar, la propagación explosiva de la sífilis a fines del siglo XV indica que era una enfermedad nueva para lo cual los europeos estaban totalmente indefensos. La falta de literatura acerca de la sífilis en las obras de medicina anteriores a 1495 quedó compensada por su abundancia después de esta fecha” (9).

Volviendo a la trama de la lepra, de acuerdo a investigaciones realizadas en Latinoamérica se estableció la no existencia antes de la colonización. El Dr. José Terencio de las Aguas, experto Leprólogo español, indicaba: “Hemos realizado un recorrido histórico por los países americanos y las opiniones de un nutrido grupo de expertos, sobre todo latinoamericanos, nos llevan a considerar la no existencia de la lepra autóctona antes del descubrimiento y colonización” (10).

Al margen de esta concepción histórica existen otras que la cuestionan. Sobre este tema existen otras deducciones sobre la inexistencia de la enfermedad en la América precolombina. Para esto nos referiremos a la obra *Historia de la Medicina en México*, escrita por Francisco de Asís Flores y Troncoso, que relata que, a principios del siglo XVI, Hernán Cortés fundó en las riberas del Río San Cosme, en Tlaxpana, un hospital para leprosos ya que, aparentemente, éstos abundaban entre los aborígenes. Este hospital se construyó lejos del centro de Tenochtitlán porque se “creía que la enfermedad era contagiosa y se tenía gran repugnancia a estos enfermos” (11).

Vemos necesario hacer un paréntesis para coincidir, que antes como ahora, han existido otras patologías que por sus particularidades clínicas se asemejan a la lepra; —una evidencia que corrobora lo dicho está en el antiguo testamento de la Biblia—, lo que nos induce a pensar que han habido casos que fueron considerados como lepra, sin serlo, que solo fueron el resultado de un mal diagnóstico o interpretación; y, lo que es aún peor, estar ante un leproso y no diagnosticarlo. Este último apunte, aunque parezca impropio, es muy frecuente en nuestros días, sin que de

por medio tenga influencia en los resultados el disponer de tantos adelantos científicos y otras ventajas operativas.

4.2. Escenario previo a la conquista

El grandioso escenario americano en la época precolombina, desde el Norte hasta el Sud, con sus diferentes culturas y naciones originarias, diversidad de idiomas, costumbres, han constituido un universo de pobladores que han realizado su vida en el cerco del macroclima continental, sujetos a la influencia y variaciones de sus factores ambientales, sociales, culturales y políticos, sin recibir injerencia alguna de lo que se tenía en los demás continentes. En estas condiciones cada cultura ha podido desenvolverse de acuerdo a sus circunstancias, alcanzando ante los ojos y el análisis del mundo actual, un mayor o menor grado en términos de desarrollo en sus distintas variables de vida.

En gran parte del Sud del continente se desarrolló el Imperio Incaico, cuyo alcance se extendió desde Colombia hasta el Norte de Argentina. En este lugar de Sudamérica quedó el ámbito precolonial del Bajo y Alto Perú; para tener una base histórica que ubique nuestro trabajo, es necesario mencionar algunas características que, ante los acontecimientos de la Conquista que posteriormente acaecieron, consideramos de importante valor recordarlas.

El sistema de organización política en el Imperio de los Incas, antes de la conquista, de acuerdo con los cronistas de la época, conociendo que su visión e indagaciones fueron desde la perspectiva de ser ajenos a esa realidad, sin embargo, tienen coincidencias sobre la forma de vida que llevaban aquellos pueblos originarios. El historiador René Gonzales Moscoso, hace una interesante consideración cuando explica en su libro "Pensamiento político en la conquista", dice el autor: "Como se ve no existe acuerdo para clasificar su sistema de organización política dentro los cánones occidentales. Lo único evidente es que el Imperio de los Incas desarrolló en medio de los Andes una sociedad original que en muchos aspectos superaba a las de Europa, y que según frase del muy ilustre Bartolomé de las Casas: *estaba muy bien gobernada*" (12).

Continuando con René Gonzales, indicaba: “Podríamos añadir —a manera de conclusión— una pregunta y una respuesta de Carlos Ponce Sanjinés:

¿La gente que vivió durante el incario alcanzó la felicidad?

Se contestaría el interrogante planteado, con certeza que cuando menos nunca padeció miseria, pobreza, hambre, desamparo, desocupación, que contó con garantizada confianza en su existencia vital y que si acaso no culminó en la felicidad total, jamás fue infeliz” (13).

En la misma senda de razonamiento, Fausto Reinaga indica: “En el Imperio de los Incas, nunca hubo ni se conoció el hambre. Era delito *tener hambre y estar desnudo*. (...) el Incario se nutría de una variedad de productos vegetales, animales, y minerales abundantemente. La estatura, la solidez y la resistencia del indio de la época de la Conquista, son el testimonio irrefutable y perentorio de su buena alimentación. El hambre del indio comenzó cuando fue convertido en el esclavo mitayo de las minas y en el esclavo-siervo-yanacuna de los latifundios (...)”. (14).

Lo precitado refleja brevemente una imagen del ritmo y calidad de vida que era costumbre en los pobladores del incario. Existiendo, asimismo, muchos otros antecedentes históricos que corroboran lo mencionado. Lo que es importante en el tema de la salubridad, permite conocer que esta sociedad incaica, con un ritmo de vida inmerso en una organización colectiva y solidaria, ha podido desarrollar medidas sanitarias efectivas, cuyos métodos y formas de curación, aún en la actualidad tienen importante vigencia. En gran parte de los países de Sudamérica está incorporada a la medicina académica y su enseñanza en las universidades.

Los Incas tuvieron grandes avances en la artesanía, conocían el refinamiento de los metales, maestros artesanos en las telas y tejidos, buenos alfareros, excelentes arquitectos cuyas obras formidables no pueden ser explicadas la forma de cómo se erigieron. Construyeron terrazas en lugares poco aptos para la agricultura (montañas), concomitante a técnicas de riego para la producción; construyeron caminos que comunicaban las distintas poblaciones. Éstas y muchas más,

hicieron de los Incas una civilización avanzada, con su propia lengua, que persiste en nuestros días, y son millones de personas en Bolivia, Perú, Ecuador y Argentina, que se comunican a través de la misma.

Según Luis Baudín —catedrático de la Facultad de Derecho de París y autor del libro *El Imperio Socialista de los Incas*— afirma que el Incario fue un socialismo de Estado (15). Otros investigadores y sociólogos clasifican como “semisocialismo”; “comunismo primitivo”; sociedad “colectivista-paternalista”, entre tantas otras. Lo cierto es, y donde todos confluyen, que se trataba de una sociedad bastante organizada en sus diferentes componentes.

Es necesario hacer estas consideraciones puntuales con la intención de contextualizar el escenario de organización político y social del Imperio Incaico, donde posteriormente se produjera la Conquista, cuyas connotaciones, efectos y derivaciones han sido muy bien detalladas por muchos autores e investigadores; y no incidiremos en ello por no ser tema específico de este trabajo.

4.3. Época Colonial

Son conocidas las teorías que se ocupan de distorsionar la no existencia de lepra en América antes de la conquista; sustentadas en hallazgos óseos, cráneos de esos tiempos, cuyas huellas no son concordantes con las que dejan las lesiones leprosas; más bien, se deben a otras patologías ya existentes en la etapa precolombina.

Según los cronistas de la época, antes de la conquista, los indígenas no presentaban muestras llamativas en su integridad física y funcional; los primeros encuentros mostraban a los originarios no haber sufrido grandes enfermedades que sean motivo de impacto cuando los conquistadores tuvieron sus iniciales contactos. Solo nos referimos a quienes estuvieron en esos tiempos y narraron lo que habían visto. Uno de ellos fue Fray Bartolomé de las Casas, quien fue nombrado oficialmente Protector de los Indios, —conocido por otros como “Apóstol de los Indios” — por sus antecedentes de haber convivido con ellos, tampoco describe ningún signo de que éstos padeciesen lepra. En sus crónicas escritas sobre la *Historia de las Indias*, enfatiza aspectos de los

indígenas en tiempos de la conquista. Transcribimos tal como fue escrito: (...) entre ellos no hay mujer mala ni adúltera, ni ladrón que se lleva a juicio, ni jamás se halló uno que matase a otro; viven castísimamente, no padecen malos tiempos, no pestilencia; a la mujer preñada nunca hombre la toca, ni cuando está en el tiempo de su purgación; no comen carnes inmundas, sacrificios ningunos tienen; según las reglas de la justicia, cada uno es juez de sí mismo; viven mucho y sin enfermedad pasan de esta vida, y por esto los historiadores los llaman santísimos y felicísimos. (...) y todos los que yo vide eran mancebos, que ninguno vide que pasase de edad de más de treinta años, muy bien hechos, de muy hermosos y lindos cuerpos y muy buenas caras, los cabellos gruesos cuasi como cerdas de cola de caballos y cortos; los cabellos traen por encima de las cejas, salvo unos pocos detrás, que traen largos (...).”

Continúa fray Bartolomé de las Casas respecto de algunas características de los habitantes del nuevo continente cuando la llegada de los españoles, las que, desde luego, no pueden ser coincidentes con el criterio de algunos lectores. Decía fray Bartolomé: “(...) es de saber que todas aquellas islas de los lucayos eran y son sanísimas, y había en ellas hombres y mujeres viejísimos, que cuasi (casi) no podían morir por la gran suavidad, amenidad y sanidad de la tierra (...); (...) todos de buena estatura, gente muy hermosa, los cabellos no crespos, salvo correntíos y gruesos, y todos de la frente y cabeza muy ancha, y los ojos muy hermosos y no pequeños (...).”

Podía haber sido muy llamativo para los españoles la presencia de lesiones en los cuerpos de los indígenas en caso de ser portadores de enfermedades, entre ellas la lepra. Contrariamente ha sido atrayente y digno de reiteradas consideraciones para los cronistas, las condiciones físicas que la mayoría presentaban en esos tiempos, que iban acompañadas de los excelentes entornos que ofrecía la Naturaleza.

Las condiciones de vida de los nativos del nuevo mundo, y el no estar en contacto con otras enfermedades desconocidas, predispusieron una carencia inmunitaria para que el organismo de éstos actuara en forma efectiva —defensa orgánica— en el momento del inevitable contagio. A este hecho, considerado epidemiológicamente natural, añadimos los malos tratos, esclavitud, hambre, tortura, y otros tormentos a los que

fueron sometidos los indígenas. El obispo fray Bartolomé de las Casas que viajó desde España al Nuevo Mundo, pudo constatar todas estas crueldades cometidas contra los nativos del lugar, presentó ante la Corte española un relato de las atrocidades cometidas contra los indígenas. Sintetizamos de la siguiente manera: **El obispo fray Bartolomé de las Casas o Casaus para el muy alto y muy poderoso señor el príncipe de las Españas, don Felipe, nuestro señor;** —de esta forma estaba dirigido el reclamo a España—, que entre algunos párrafos relevantes indicaba: “(...) en estas ovejas mansas, y de las cualidades susodichas por su Hacedor y Creador así dotadas, entraron los españoles, desde luego que los conocieron, como lobos y tigres y leones cruelísimos de muchos días hambrientos. Y otra cosa no han hecho de cuarenta años a esta parte, hasta hoy, y hoy en este día lo hacen, sino despedazarlas, matarlas, angustiarlas, afligirlas, atormentarlas y destruirlas por las extrañas, nuevas, varias y nunca otras tales vistas ni leídas ni oídas maneras de crueldad”. (16).

“(...) Dos maneras generales y principales han tenido los que allá han pasado, que se llaman cristianos, en extirpar y raer del haz de la tierra a aquellas miserables naciones. La una, por injustas, crueles, sangrientas y tiránicas guerras. La otra, después que han muerto todos los que podían anhelar a suspirar o pensar en libertad, o en salir de los tormentos que padecen, como son todos los señores naturales y los hombres varones (porque comúnmente no dejan en las guerras a vida sino los mozos y mujeres), oprimiéndolos con la más dura, horrible y áspera servidumbre en que jamás hombre ni bestias pudieron ser puestas. (...) la causa porque han muerto y destruido tantas y tales y tan infinito número de ánimas los cristianos han sido solamente por tener por su fin último el oro y henchirse de riquezas en muy breves días (...)” (17).

El padre Las Casas no fue el primero ni el único de los humanistas hispanos que asumieron la defensa de los indios, aspecto que hay que reconocer y valorar como un rasgo importante de la cultura española de entonces, pues entre muchos otros, el dominico Antonio de Montesinos conmovió al Rey Católico, tanto como escandalizó causando gran alboroto entre conquistadores y colonos con sus memorables sermones en 1511. Les preguntaba Montesinos a sus contemporáneos: “¿Éstos no son hombres? ¿No tienen ánimas racionales? ¿No sois obligados a

amarlos como a vosotros mismos? ¿Esto no entendéis, esto no sentís? ¿Cómo estáis en tanta profundidad de sueño tan letárgico dormidos? Tened por cierto que, en el estado que estáis, no os podéis más salvar que los moros y turcos que carecen y no quieren la fe de Jesucristo” (18).

El historiador J.M. Balcázar escribe al respecto: “La conquista española semejó la invasión bárbara en Europa. A poco tiempo de ella comenzaron la disolución, la miseria, las enfermedades con gran mortalidad, el trabajo excesivo, la desnutrición, un enorme consuno de alcohol, la esclavitud, todo eso se constituyó sobre la vida hiperbólicamente llamada paradisiaca de un pueblo sobrio, laborioso y disciplinado. Para no establecer responsabilidades concretas habrá que repetir como algún poeta “culpas fueron del tiempo y no de España”.

Las poblaciones concentradas durante esta etapa colonial, vivían en un caos permanente. Las condiciones de higiene eran deplorables, que, al no existir ninguna legislación de salud, constituían terreno abonado para que las injurias patológicas germinaran, y en un momento dado muestren su efecto nocivo, muchos de ellos con consecuencias trágicas.

Las calles o callejuelas en la parte media tenían un canal o acequia que servía para recibir las aguas servidas, orines y a veces deyecciones; basurales, tierra o fango en época de lluvias, viviendas con zaguanes, ventanas y puertas eran la vía para vaciar toda inmundicia. Calles en oscuridad, donde la pendencia y la promiscuidad eran normales. Armas, crimen y enfermedad, codicia, reyerta y muerte (19).

No queda duda, por lo descrito, que las condiciones orgánicas de los indígenas sometidos quedaban predisuestas a recibir y ser vulneradas por cualquier injuria mórbida o ambiental; sin mucho esperar cobraron sus propias víctimas entre los indígenas y los pobres pobladores de las ciudades.

5. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

1. FONTILLES, "Manual Actualizado de Leprología", Pág. 10. Alicante, España, 2008.
2. BRODY, J. "Diseases of the soul". Oxford: Blackwell Publishers.1990 Pp. 66-7. Citado por Gómez J.R. en Fontilles, Revista de Leprología. Vol. XVIII. Núm. 5 Pág. 394, mayo-agosto. España 2012.
3. PINTO, V. "La Lepra" Revista Universidad, Pág. 176. Oruro, Bolivia, 1954
4. LÁZARO I, O.F.M. Cap., "La vía de la conversión en San Francisco de Asís, en Selecciones de Franciscanismo", vol. IV, n. 11 (1975) 181-190.
5. http://www.mercaba.org/Rialp/L/luis_ix_de_francia_san_1.htm
6. GÓMEZ. J. R. "Lepra en América", Revista Leprología Fontilles" Vol. XXVIII, Núm. 5, Pág. 388, España 2012.
7. PESCE, H. "Lepra en el Perú precolombino", Trabajo presentado a la Conferencia de Ciencias Antropológicas, Lima, Agosto de 1951.
8. DE LAS AGUAS, T. "Historia de la Dermatología Ibero-Latino-Americana" "Consideraciones histórico-epidemiológicas de la lepra en América", Pág. 181.
9. SARTON, G. "Ensayos de Historia de la Ciencia". Pág. 117. Talleres Gráficos Toledo, S.A, calle Penitenciaría, 37, México 2, D. F. 1962.
10. MARQUÉS DE CAMPO, D. "Consideraciones histórico-epidemiológicas de la lepra en América". Pág. 193. España, 2006.
11. FLORES Y TRONCOSO, F. "La Historia de la Medicina en México, desde la época de los indios hasta la presente". Edición facsimilar de 1º. ed., México, 1982. México, IMSS, 1982, vol. IV. Citado por Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Pág. 89, Vol. 106, Nº 1, Enero 1989.

12. GONZALES, R. "Historia de las ideas políticas en el mundo y en Bolivia", 3º Edición. Editorial Túpac Katari, Pág. 106. Sucre, Bolivia, 1982.
13. ÚLTIMA HORA "La república federativa de los incas", Publicación de periódico, 1º de agosto de 1975.
14. REINAGA, F. "La Revolución India". 4º Edición. Pág. 128. Talleres Gráficos WA-GUI, La Paz, Bolivia, 2010.
15. MOSCOSO, R. en "Historia de las ideas políticas en el mundo y en Bolivia" 3º Edición. Editorial Túpac Katari, Pág. 105. Sucre, Bolivia, 1982
16. DE LAS CASAS, T. "Brevísima relación de la destrucción de las Indias". Pág. 3.
17. IBÍD. Pág. 4.
18. Disponible en www.proyectosalonthogar.com
19. ARCHIVOS BOLIVIANOS DE HISTORIA DE LA MEDICINA. Marzo-Abril, Pág. 14. La Paz, Bolivia, 1996

CAPÍTULO II

EL ORIGEN DE LA TRANSMISIÓN EN BOLIVIA

1. INTRODUCCIÓN
2. ESCLAVOS AFRICANOS
3. INMIGRANTES EUROPEOS Y DE OTROS CONTINENTES
4. PAÍSES VECINOS
5. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

“Porque no nos ha dado Dios espíritu de cobardía, sino de poder, de amor y de dominio propio”

Segunda de Timoteo 1:7

1. INTRODUCCIÓN

No está claro cuál ha sido la vía de ingreso primaria de la lepra en esta parte de América; no existe información documentada que indique la presencia de enfermos de lepra antes del siglo XIX, específicamente en la región que constituiría territorio de Bolivia. Este comentario no expresa que no hayan ocurrido este tipo de acontecimientos. Sumidos en nuestro propósito, brindamos algunas luces a la cuestión.

Los primeros eventos documentados que se conocen están relacionados con los casos que se presentaron en Tarija, en la década de los años treinta del siglo XIX, en referencia a los enfermos atendidos por los religiosos franciscanos de Tarija y la posterior construcción en 1846, del primer asentamiento o reducto conocido como “Lazareto”. Este dato nos permite colegir que los casos existentes han tenido su inicio, tomando en cuenta el avance de las lesiones de esos enfermos y el periodo de incubación de la enfermedad, 5 a 10 años antes, presumiendo que los primeros han estado ya infectados, y otros ya con los signos de la afección evidente, inclusive antes del inicio de la República.

Son muchas las vías de ingreso de la enfermedad al suelo americano ampliamente descritas desde diferentes hipótesis. Sin embargo, existen aquellas que son irrefutables, por tener el sustento histórico documentado que prueban esa condición. Es innegable que antes de la conquista no existía lepra en el Nuevo Mundo; que fueron los españoles los que primero la introdujeron. Las Antillas fue la primera puerta de entrada. También guarda relación con el comercio de esclavos de África; posteriormente otros inmigrantes europeos, por solo citar los más importantes.

Según vemos, el acontecer histórico de cada país respecto a este tema, tiene variaciones en términos de precisar cuál fue la vía que mayormente incidió en la diseminación de la lepra en cada territorio. Con este cuestionamiento, vemos necesario encarar lo que ha ocurrido en el nuestro, sosteniendo que, de todas las vías de contagio anotadas, varias de ellas han tenido relación con el ritmo de vida de nuestros antecesores en esos tiempos. Pero no a todas se las puede atribuir, como veremos después, de constituir causa principal de la transmisión de la enfermedad.

La ubicación geográfica del territorio nacional en el contexto sudamericano, y por tener una ubicación central, encuentra límites fronterizos con varios países, lo que significa que poblaciones de varios departamentos, por la disposición política territorial, tienen situación de frontera con similares de países diferentes. Por lo tanto, las vías de ingreso o salida, refiriéndonos al nexo epidemiológico de las enfermedades, también son diferentes. Con solo citar que la situación fronteriza de Oruro con Chile, es diferente a los resultados de riesgos de transmisión a que está expuesta la población del Beni por su vecindad con el Brasil, y ésta a su vez, es diferente a lo que ocurre entre Tarija, Argentina y con Paraguay.

En la misma dimensión compete considerar los eventos sociales, políticos, migratorios, incluso las conflagraciones bélicas, que han tenido que ver cada uno y a su tiempo con la incursión de la lepra y otras enfermedades en nuestro medio.

El arribo de los españoles al Nuevo Mundo (las Antillas, Centroamérica) fue en 1492; el arribo de los mismos al centro del territorio Incaico, concretamente a Cajamarca, ocurrió 40 años después, en 1532. Entonces, cualquier antecedente respecto a la injerencia española/europea o africana en esta parte de América es a partir de esa fecha.

Es en el siglo XVIII que algunos historiadores hacen escasa referencia y con poca precisión sobre algunos supuestos casos aislados. A partir del siglo XIX, es cuando la patología desarrolla y es descrita con todas sus características.

2. ESCLAVOS AFRICANOS

La historia de Bolivia tiene un espacio importante que concierne a la llegada de esclavos africanos al Alto Perú. Según los documentos alusivos al tema, los primeros arribos de esclavos datan del siglo XVI, a pocos años de iniciada la explotación de las minas del cerro de Potosí, existió una población africana arraigada en la Villa Imperial. Según un cronista potosino de la época, en 1557, es decir 13 años después del descubrimiento de la existencia de la plata, indicaba lo siguiente: "(...) a consecuencia de haberse levantado después de una nevada que duró

ocho días un viento tan delgado y penetrante y por la escasa protección que ofrecían entonces las viviendas, perecieron 14 españoles y 18 negros esclavos" (1)

También están los documentos que indican la llegada de estos contingentes de esclavos a principios del siglo XVII, es así que el año 1601, se tuvo la llegada de 50 esclavos a Potosí para ser vendidos allí. En 1603 ya se importaron del Brasil a Charcas, vía Buenos Aires, 450 esclavos (2). Desde entonces se tuvo un flujo de esclavos que llegaba por diferentes rutas y por distintos motivos.

El notable historiador Alberto Crespo, hace una aproximación estadística sobre esta población en la Villa Imperial: "(...) según el censo de 1611, de un total de 160.000 habitantes, los negros, mulatos y zambos sumaban 6.000, es decir un 3,9%".

Por lo que nos muestra el mismo investigador, los censos posteriores expresan un descenso de la población potosina, que también ocurrió en los negros. Describe que para 1719, cuando la población se había reducido a 70.000 personas, los negros (esclavos y libres), mulatos, zambos y cuarterones llegaban a 3.209 personas. Y, en 1832, solo quedaban 1.142. (3)

Fue la inicial intención y motivo de su traslado a Potosí la de incorporarlos en el trabajo de explotación de las minas; el trabajo forzado, las deficiencias alimentarias y las condiciones de no aclimatación, no fueron favorables, teniendo consecuencias de alta mortandad. Para una labor menos exigente fueron destinados al trabajo en las hornallas de la Casa de Moneda. Otros fueron ocupados en trabajos domésticos y de servicio, también estaban los que fueron llevados al campo, en la siembra, de esta forma llegaron a las zonas tropicales de La Paz y a otras regiones templadas y cálidas del territorio.

Ha sido relevante la presencia de la población africana en nuestra historia; con mayor repercusión en Potosí, Charcas y La Paz, posteriormente en Mizque y Santa Cruz. Ámbitos donde mayormente incidimos en busca de vínculos epidemiológicos de transmisión de la enfermedad que es motivo de este documento histórico.

La Villa Imperial, Potosí, fue donde los esclavos se asentaron en mayor concentración y tiempo, también fue lugar de muchas de sus desventuras, hechos infaustos de muertes masivas, entre tantas otras adversidades que en su condición de sometidos les tocó vivir. En este escenario caótico, donde las observaciones del medio y sus autoridades, a cualquier fenómeno social o de cualquier otra índole, era motivo de crítica o alarma por las precarias condiciones sanitarias en que se encontraban, y por el temor a la diseminación de eventos mórbidos u otro tipo de riesgos; entonces, refiriéndonos a alteraciones o deformidades de los rasgos físicos y funcionales, mucho más si son mutilaciones, como es la característica de la lepra, en todo tiempo y civilización no han podido pasar sin ser detectadas.

Tomando en cuenta que la presencia de los africanos en nuestro territorio data de mediados del siglo XVI y principios del XVII; y, en ese tiempo, ya se conocía y comentaba la magnitud y trascendencia de lo que significaba la lepra por su presencia endémica en otras latitudes del continente (Caribe, Centroamérica, Colombia, Brasil), contando además con importante flujo poblacional en Potosí, entre éstos los españoles y mestizos ilustrados que tenían la capacidad de documentar la ocurrencia de los sucesos. Con ese juicio, nos permitimos hacer algunas presunciones: la ausencia de leproserías en esos tiempos, que era la principal medida de protección del contagio en todas partes del mundo, a la que se añade la no referencia de esta enfermedad en los testimonios escritos de entonces, podemos indicar que la penetración de la lepra por los esclavos negros a esta parte de América (hoy Bolivia), tiene menor significación respecto a otras formas o vías de contagio. Haciendo notar que lo expuesto, de ninguna manera es aplicable a la transmisión de otras enfermedades a causa de este tráfico de esclavos, las que son muy conocidas, como la parasitosis por *Anquilostoma Duodenalis* que produce anemia, enfermedades virales como el sarampión y la varicela, también ha estado la sarcoptosis, entre muchas otras patologías con características diferentes a la lepra.

Tampoco estamos negando que posteriormente, ya en la etapa republicana, haya habido contagios a partir de los descendientes de esclavos africanos de otros países, como es Brasil o de otro origen, son el

resultado de otras circunstancias epidemiológicas posteriores, incluso siglos después, que ya no guardan vínculo con el tráfico de esclavos de entonces.

La Villa Imperial dentro su historia tiene referencias de grandes episodios de pestes o enfermedades, tal cual reza en documentos escritos en esos tiempos. Entre tantos riesgos, no se menciona a la lepra, ni siquiera existe la descripción de patologías parecidas. Obviamente, estas consideraciones están sobre la base de registros conseguidos, por lo mismo, de ninguna manera aseveramos que no haya existido.

En la Revista “Archivos Bolivianos de la Historia de la Medicina”, el Dr. José N. Montero, hace una interesante recapitulación de las *Primeras Pestes en la Villa Imperial*. Menciona la presencia de diferentes sucesos que fueron descritos, donde no se nombra a la lepra; pero, sí, están entre éstos, refiriéndose al año 1557, de una nevada que duró 11 días; que fue seguida de pestes como el catarro y la tos. (El nombre de peste se utilizaba antiguamente para referirse procesos patológicos masivos y agudos de cualquier índole con alta repercusión). En 1560 y 1561, soportaron la injuria de otra peste desconocida, indican que la gente moría en 24 horas. “Unos se hinchaban de los pies hasta el estómago y morían”, según la descripción de Bartolomé Arzáns de Orsúa y Vela. Luego, en 1693, hubo otra sequía a cuya causa murieron cantidad de hombres y animales. En ese mismo tiempo soportaron el Tabardillo. En 1706, otra vez estuvo presente la peste del Tabardillo. Un año después en 1707, otra peste coincidente con una sequía. En 1709, surgió la peste conocida como catarro o pechuguera. 1713, otra sequía, y la peste de “corrimientos y tabardillos”. 1717 estuvo con ellos la peste de “Tabardillo y Viruelas”, según dice el autor, también estuvieron otros “achaques”. En 1719, de acuerdo al cronista Bartolomé Arzáns, sufrieron una epidemia desconocida (no se trataba de lepra), la más grande de la historia de la Villa Imperial (4)

Por referencias que anteceden es posible argumentar que la lepra en esos años, siglo XVIII, concretamente en la Villa Imperial, no tuvo mayor connotación, porque según observamos, hasta los “achaques” —Achaque: Indisposición o enfermedad habitual, especialmente las que acompañan a la vejez. También: Indisposición o enfermedad generalmente ligera.

(DRAE)— fueron tomados en cuenta, no así los efectos de una enfermedad tan destructiva e invalidante como se hacía sentir la lepra; entonces, está a las claras que fue poca su presencia.

Lo ocurrido en el Alto Perú ha sido diferente a lo ocurrido en otros ámbitos del continente, donde el clima es tórrido: Caribe, Antillas, Brasil, a los que llegaron esclavos de diferentes partes del África, donde fácilmente se habituaron a las condiciones climáticas que con el tiempo tuvieron gran repercusión estadística. Y, además, no cabe discusión alguna sobre esta corriente de tráfico migratorio obligado como causa fundamental de penetración de la lepra.

Todavía queda por justificar lo propuesto en este trabajo, dentro los motivos que señalan la vía de transmisión en territorio boliviano diferente a los demás países del continente, cuando indicamos que el menor impacto ha sido por la vía de los esclavos negros. Para esto compartimos las siguientes hipótesis.

La alta mortandad de los esclavos, aún antes de llegar a territorio de Potosí o a la entonces Charcas, el viaje lo hacían caminando, que duraba muchos días incluso meses, (generalmente desde el puerto de Buenos Aires), paulatinamente se fueron segregando los más débiles, que de acuerdo con las características de la enfermedad una de sus afecciones constituye los organismos disminuidos y carenciales. Nos induce a suponer que los supuestos infectados o enfermos, por su ya demacrada constitución física colapsaron en esta primera etapa de arduo caminar en suelo americano. Los que resistieron hasta llegar a Potosí, pronto estarían sintiendo las añadidas presiones de las nuevas adversidades a su ya magro organismo afectado.

La procedencia africana de los esclavos, que posteriormente fueron destinados y distribuidos en suelos del Alto Perú, tiene su importancia en el objetivo de esta historia. Para contextualizar el panorama y ubicarnos mejor, empezamos considerando que existen teorías sobre el origen territorial de la lepra en el mundo; una de estas corrientes señala que fue en el África Oriental; otra preconiza que estuviese en territorios asiáticos, incidiendo mayormente en la India. Determinar la procedencia de los esclavos, es de por sí una tarea sumamente complicada, por el variado

origen, el idioma, aspectos que muchas veces por los afanes de este comercio, para los operadores no eran primordiales como para detenerse en esos detalles; una vez llegados al puerto solo urgía distribuirlos, sin importar el número, afinidades de idioma, costumbres ni parentescos.

No obstante, el investigador Alberto Crespo hace una importante aproximación de la procedencia de los esclavos que llegaron a La Paz entre 1650–1710, con el ingrediente que solo el 45,3 por ciento de los consultados pudieron señalar su procedencia: El mayor número, 98 (entre hombres y mujeres), correspondía a los que no mencionaban su origen porque no sabían expresarlo o habían perdido la memoria; seguido de los procedentes de Angola y Congo, con 33 y 9 respectivamente, también estaban los de Banguela, que eran 9. Continuaba la lista nombrando a los Criollos de La Paz, Mulatos, a los de Biafra, y los criollos de varios lugares (5).

En el libro *Historia de Bolivia* de la editorial Gisbert, también se encuentra una descripción consonante al anterior criterio, cuando expresa: “A la Audiencia de Charcas llegaron negros procedentes principalmente de Angola y del Congo” (6). Como se podrá ver, la procedencia mayor es desde los países del África Occidental, hacia el Atlántico, geográficamente frente a las costas Orientales de Sudamérica; desde luego sin excluir a los originarios de otros países africanos.

Si recordamos que el origen de la lepra ha estado en el África Oriental próxima al continente asiático donde está la India, podemos percibir que el otro extremo, el Occidental, donde están Angola y el Congo, han podido no estar en un espacio geográfico de tanta injuria epidemiológica de la lepra, así suponemos que fue cuando los embarcaron para su largo viaje hacia las costas de Sudamérica. Los hilvanes históricos basados en los documentos que se cuenta nos permiten plantear esta hipótesis.

Si de algo vale considerar el siguiente análisis, estamos en condición de indicar que también en Argentina la corriente de esclavos africanos ha tenido una mínima importancia en cuanto a la introducción de la lepra —sin olvidar que el puerto de ese país ha sido el punto de llegada desde el África de muchos contingentes que transportaban a millares de esclavos—; sin que ello haya sido causa de mayores sobresaltos sobre la

lepra, tanto así, que más de un siglo después, en 1778, recién se construirían las primeras leproserías. Así lo expresan los cronistas argentinos; cuestión, que, como la nuestra, tampoco está alejada de la verdad (7)

Ubicados en el contexto de principios del periodo republicano, también se cuenta con fuentes históricas sobre este tema, las que, al no nombrar la lepra en los Yungas, excluyen que haya existido, por lo menos en forma muy evidente que motive la preocupación de la población y sus autoridades. Recurrimos a los relatos del connotado científico naturalista francés Alcides d'Orbigny, —el paso por Bolivia del investigador fue entre 1830 y 1833—. Relata que tuvo que realizar labores de médico en los Yungas de La Paz. En Irupana (1830), curaba a los enfermos, cortándoles las fiebres intermitentes. Esta vez incursionamos en el hecho de no haber identificado casos de lepra, por el solo antecedente de no mencionarlo, que para un investigador y científico que atendió por un tiempo prolongado las enfermedades de cuanta persona solicitaba, no podían haber pasado inadvertidas evidencias clínicas de este daño.

El primer censo de lepra realizado en 1942, que continuó en 1943, en una etapa epidemiológica de alta endemia en el país, el segundo de éstos nos brinda una aproximación de datos respecto a los casos de lepra, focos, y comunicantes (contactos) existentes en Bolivia. En lo que concierne a La Paz solamente se reportaron 4 casos autóctonos: 1 en La Paz ciudad, 2 en Chulumani, y en Puerto Acosta 1 caso (8). Denotan los datos la poca presencia de lepra en La Paz y gran parte de sus provincias; así, según queremos demostrar, es otro sustento teórico que demuestra que en un ámbito donde confluye la población de ascendencia africana, no se tenga significativa presencia de la enfermedad, realizando comparaciones en los años siguientes, hasta avanzar a los últimos 10 años, no se tiene mayor notificación, es más, los casos de lepra en el departamento de La Paz están focalizados en zonas limítrofes con el Beni, concretamente los municipios de Ixiamas y San Buenaventura; contextos muy distantes a los Yungas.

Tratando de incorporar todo hilván de evidencia que se cuenta, estamos para comentar que en 1939, una autoridad nacional de salud se refirió a la detección de un caso de *lepra yungueña* en las vecindades de Irupana.

No se tiene conocimiento si se trataba de un afro-boliviano, mestizo, indígena o blanco. Sin que este detalle tenga mayor relevancia respecto al tema; ya en esos años la transmisión ha podido ser por cualquier portador enfermo, del mismo modo que el infectado también pudo ser cualquier persona independientemente de su procedencia, raza o edad.

3. INMIGRANTES DE OTROS CONTINENTES

Desde los primeros arribos al Nuevo Continente, era conocida la procedencia de los colonizadores españoles y portugueses en lo que corresponde a la costa del Atlántico. En esos años de la conquista, la lepra constituía uno de los principales azotes que soportaba la población europea. Según se conoce ya existían alrededor de 20.000 leproarios con muchos miles de enfermos.

El primer enfermo entre los descubridores españoles fue Gonzalo Jiménez de Quesada, en 1522 conquistador de Colombia y fundador de Bogotá. Poco después, los portugueses la aportaron de Portugal, Islas Madeira y Azores, donde ya existía lepra, así como en sus colonias africanas. La introducción de la enfermedad fue eminentemente Ibérica en los primeros años de la conquista (9).

Si nos detenemos a recordar los sucesos históricos fusionados con los reportes de la enfermedad, nos situarán en la realidad de considerar que tampoco han sido los primeros europeos los que tuvieron mayor injerencia sobre la transmisión de la enfermedad. Cosa muy aparte de lo que pudo suceder en el Bajo Perú, y lo que hoy es Argentina y Brasil.

Durante la República, la llegada de migrantes europeos ha ocurrido en diferentes etapas. Uno de los episodios que marcó un referente sin precedentes, se debió a los polos de desarrollo y atracción económica en la Amazonía boliviana —a fines del siglo XIX y comienzos del XX— atraídos por la explotación de la siringa, llamado acertadamente por el destacado escritor cruceño Juan Bautista Coímbra el “árbol de oro”; además de las riquezas que significaban la ipecacuana, la vainilla, el cacao y la castaña. Los migrantes no solo provenían de España, estaban también de otras latitudes, alemanes, ingleses, griegos, franceses, entre tantos otros. Varios

de éstos, después de haber concluido, bien o mal con su primer objetivo, se distribuyeron por varias regiones del país.

Los años siguientes, en la primera mitad del siglo XX, fue muy frecuente la llegada de inmigrantes europeos y asiáticos. Los primeros por las grandes conflagraciones mundiales, que sometieron al viejo mundo en una crisis continental, al que se incrementó la inmigración de población judía que huía de la persecución antisemítica de que era objeto en Europa —Bolivia aceptó la llegada de un contingente importante de migrantes hebreos—. También estuvieron los japoneses, que se asentaron en campos cultivables de Santa Cruz; tampoco estuvieron al margen los Menonitas que cumplen similar labor de agricultura.

4. PAÍSES VECINOS

En el contexto de los países vecinos es necesario hacer una escueta referencia sobre la presencia de la enfermedad en la República Argentina, toda vez que los nexos comerciales y laborales han sido parte histórica de la dinámica bilateral; de tal modo que muchos de los eventos acaecidos, sobre todo en las poblaciones fronterizas, son de entera incumbencia para ambos países.

Al remitirnos a las descripciones históricas, llegamos a conocer que mucho antes que sucedieran acontecimientos notorios de la lepra en lo que es hoy territorio nacional, fue en Argentina que tuvieron los primeros encuentros con la enfermedad. El 5 de febrero de 1760, en las Actas del Cabildo de Buenos Aires, se pedía a “los enfermos del *Mal de San Lázaro* que se fueran de la ciudad ante el peligro de contagio” (10).

El 3 de noviembre de 1766, un bando fijado en el frente de los edificios públicos debe haber atemorizado a la población. Decía: “Todos los que padecieran de enfermedad o mal de San Lázaro contagioso, salgan de esta ciudad y su jurisdicción, dentro el término de dos meses, que se contarán desde el día de la Publicación de este bando, so pena de ser castigados, y que se despacharán a su costa fuera de la provincia”.

De este modo, en el país vecino la lepra ya tuvo reportes que datan desde el siglo XVIII. Los primeros enfermos de lepra comunicados oficialmente

datan del 10 de diciembre de 1792, fecha en que el médico español Juan Manuel Rodríguez y Sarmiento, cirujano aprobado por el Protomedicato de Buenos Aires, realiza en la Provincia de Santa Fe a solicitud del Virrey Arredondo, el examen a un grupo de pobladores considerados sospechosos de padecer lepra, tras lo cual informa al Cabildo la existencia entre los antes mencionados de 4 enfermos. Se considera esto como el primer estudio serio sobre la lepra dentro el territorio americano (11).

En 1778 se fundaron las primeras leproserías en Santa Fe, Córdoba, Tucumán y Salta.

En 1781 se fundó una verdadera leprosería en el Fuerte de San Juan Bautista, a orilla del río Salado.

La Casa de Aislamiento (Hospital Muñiz) para la atención de enfermos de lepra, y otras patologías infecto-contagiosas, se fundó el 23 de diciembre de 1882.

En el siglo XX se construyeron otros sanatorios Colonias destinados a la internación y aislamiento a los enfermos de lepra: en Posadas, en Misiones, en la Isla El Cerrito en el Chaco, en San Francisco del Chañar, Córdoba, en General Rodríguez, Buenos Aires (12).

Entre 1927 y 1929, se realizó el primer censo de leprosos en Argentina: 2.300 enfermos, constituyendo la línea estadística de base (13).

En 1950 el número de enfermos conocidos llegó a 7.524. Alcanzando en 1980 la cifra de 14.321, a partir de este momento empieza a descender como en otros países.

El presente análisis solo quiere hacer una aproximación de cuánto ha podido ocurrir en materia del ingreso de la lepra en Bolivia. Conociendo que las corrientes migratorias han tenido su peso en la dinámica demográfica, han condicionado que contingentes de trabajadores bolivianos, aun desde la etapa preindependentista, ha sido significativo por la necesidad de mano de obra, por una parte, y la necesidad de buscar fuente de trabajo por la otra, estableciendo ciclos migratorios importantes que aún en la actualidad no pierden este ritmo y dinámica de

labor. Es el ejemplo de la zafra azucarera que desde los años 20 del siglo pasado, ha sido motivo de la migración de bolivianos hacia el norte de Argentina. Al respecto Laumonier, citado por Jean Paul Guevara indicaba: “Se calcula que durante el mes de mayo ingresan a la Argentina, vía La Quiaca, más de 30.000 personas, con el fin de trabajar unos cien días aproximadamente (de mayo a noviembre). En el mes de noviembre, parte del contingente regresa a Bolivia, pero habitualmente cierta cantidad de zafreiros/as quedaba instalada en el país en búsqueda de mejores salidas laborales” (14). Son condicionantes que necesariamente se las tiene que considerar para ubicarnos en la trama epidemiológica de los sucesos. Por lo que vemos necesario no abstraer esta corriente que sin duda en esos años ha sido parte del ingreso de la lepra en Bolivia; las referencias endémicas, la temporalidad y antecedentes de los factores de riesgo en cuanto al contagio de la enfermedad, señalan la pertinencia de este postulado.

Lo indicado no soslaya que después de haber tenido focos endémicos de lepra en Bolivia, los casos autóctonos no hayan también sido llevados e infectado en otros países, como ocurre con otras enfermedades debido a la movilidad poblacional. Y, esto, data desde siempre, por cuanto el flujo poblacional por las fronteras se ha convertido en un intercambio obligado de necesidades entre las naciones.

Ratificando lo precedente, un artículo de una revista española hace hincapié sobre los casos de lepra detectados en ese país —semanas epidemiológicas 51 y 52, de 2009—, especificando el origen de los mismos. Parte del artículo reza: “En 17 de los 18 casos incidentes consta un país de origen distinto de España: Brasil (10), Bolivia (2), Paraguay (3), India (1), Gambia (1) y uno no consta” (15). Nos muestra irónicamente la dinámica epidemiológica de la transmisión de la lepra e insta a decir, la lepra que se considera fue traída desde Europa, para finalmente regresar a ella.

La vecindad de los departamentos Pando y Beni con Brasil produjo la entrada de la lepra desde ese país por la frontera Norte, en momentos en que el auge de la goma constituyó a la Amazonía boliviana una zona de atracción económica importante que motivó la afluencia de trabajadores del vecino Brasil. Lo mismo se puede decir de los que vinieron del interior

del país, de regreso a su lugar de origen algunos trabajadores lo hicieron infectados.

Como ha sido nuestro anterior comentario, la lepra en Bolivia recién causó la principal alarma en los años treinta del siglo XIX, conociendo que la mayor arremetida fue en el departamento de Tarija. Posterior a este acontecimiento se mantuvo un silencio epidemiológico que no pasaba de notificaciones aisladas en algunos departamentos, así muestran los reportes del hospital Santa Bárbara de Sucre en 1871 que no fueron de mayor significación, como fueron los casos esporádicos de Baures en 1890 y 1904; dato que se complementa con lo apuntado en un periódico nacional, sobre el diagnóstico de algunos casos de lepra en el Beni en 1912.

Hasta que llegó la década de los años treinta del siglo XX, en que se originó una embestida de la lepra con grandes efectos y consecuencias en varios departamentos del país, sobre todo en Beni, seguido de Santa Cruz, Pando, Chuquisaca y Tarija, por citar los más importantes.

Refiriéndonos a los acontecimientos similares de la presencia de la lepra en el Brasil, observamos que entre ambos países la temporalidad e intensidad de este flagelo es distinta. Los estudiosos sobre este tema al referirse a los orígenes, indican lo siguiente: “Los primeros casos de lepra en Brasil fueron registrados en 1600, en Río de Janeiro, donde más tarde sería creado el primer lazareto. Otros casos se identificaron en Bahía, Pernambuco y Pará. Esto llevó a las autoridades, a pedir a Portugal la toma de medidas, que en realidad fueron implantadas dos siglos después (...)” (16).

Los primeros años la lepra tuvo mayor auge en las ciudades de Río de Janeiro, Bahía y Recife por haber sido los principales puertos de entrada de europeos y africanos; desde estos puntos se diseminó masivamente.

Los cronistas brasileiros al cuantificar el número de casos de lepra, indican que para el año 1890, se registraron 1.640 afectados.

A finales del siglo XIX, el auge de la explotación del caucho, en el interior de la Amazonía y Pará, que promovía el crecimiento de la población, en

especial por inmigrantes; entre éstos estaban trabajadores bolivianos que permanecían por largo tiempo en esas concentraciones abigarradas junto a trabajadores de diferentes lugares, condiciones muy favorables para cualquier tipo de transmisión.

Desde principios del siglo XX, se pudo considerar la existencia de dos epicentros de expansión de la endemia en Brasil. Uno localizado en la Amazonía y otro en las áreas y ciudades de la región sudeste de mayor población (17).

En 1927 fueron registrados 12.830 casos de lepra. El Norte de Brasil ha sido históricamente una región con elevadas tasas de notificación. El Dr. De Souza Araujo en un estudio sobre los afectados, en los estados del Norte de Brasil, presentaba estos datos: Acre con 100.000 habitantes, de acuerdo al censo efectuado en 1933 existían 234 leproso. Por estimaciones serían 700 los casos. De los enfermos, identificados, 55 estaban internados en el Lazareto "Souza Araujo" ubicado en Rio Branco (cerca de Cobija, Pando). Recomendaba la ampliación y mejoramiento del Leprosario de este lugar (18).

En todo Brasil entre 1934 y 1945 había 41 leprosarios, 28 preventorios y 106 dispensarios, pues la cifra total de enfermos en 1936, según Souza Araujo, era de 24.233 y para Hernani Agrícola más de 30.000.

El crecimiento paulatino de la enfermedad adquirió relieve de alta endemia; para el año 2002 los casos nuevos fueron de 47.026, con 77.154 casos registrados (19), lo que muestra una alta prevalencia; ubicando al Brasil en el segundo país del mundo en notificar anualmente mayor número de casos nuevos de lepra (20).

La ubicación de Brasil en el contexto mundial no tiene mucha variación, en el último reporte de casos nuevos anuales en 2013, la cifra fue de 33.000. Solamente superada por la India.

Con estas referencias podemos indicar que la transmisión de la enfermedad desde el vecino país se produjo por el Norte y el Este. Las provincias de Pando colindantes con el Estado de Acre; el Beni por sus

similares del Estado de Rondonia, y Santa Cruz por su vecindad con el Estado de Mato Grosso.

El auge de explotación de goma en Bolivia ocurrió a fines del siglo XIX y principios del XX, conociendo que en Brasil ya había empezado hace muchos años, en 1870.

El periodo de presencia económica por este rubro en Bolivia, fue entre 1890 y 1920. Auge económico que por sus efectos produjo una recolección masiva de peones de la región, otros fueron traídos de los departamentos de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba, para el trabajo como siringueros. Hasta su declinación años después (21).

El antropólogo beniano Wigberto Rivero, respecto a lo que sucedió en Baures indicaba: “El siglo XX, trajo grandes cambios al pueblo Indígena, por el auge de la goma. Baures se llenó de emigrantes cruceños y extranjeros (franceses, ingleses, alemanes y griegos), atraídos por la gran riqueza del “oro negro”. Baures se reavivó económicamente como centro proveedor de víveres y textiles para los centros siringales. Aunque mucha gente migró para la extracción de goma a la zona del lago Gloria, que era uno de los mayores siringales, el equilibrio fue mantenido por los otros migrantes, que aprovechaban las posibilidades de comercio” (22).

La explotación del caucho se constituyó en un centro económico importante después de la minería, conglomeró a migrantes de diferentes partes del país y otros vecinos. Con el previo antecedente que en el vecino Brasil, sobre todo en la Amazonía y los territorios colindantes con Bolivia, la lepra ya tenía su presencia endémica de alto riesgo.

Las migraciones de bolivianos hacia Brasil en los inicios de explotación del caucho, a su regreso muchos de ellos lo hicieron contagiados de la enfermedad. De la misma forma, teniendo después evento similar de masiva recolección de la goma en Bolivia, también ha sido motivo de la presencia de ciudadanos del país colindante, algunos con la probabilidad de ser portadores.

Esta dinámica y suceso epidemiológico en el contexto nacional, cuando tocó regresar a los siringueros a sus lugares de origen, constituyó en una

de las vías de transmisión interna hacia otras regiones del país más importante.

Las conflagraciones o conflictos bélicos acarrearán una cadena de efectos adversos que desatan su saña incontenida en las poblaciones afligidas. Uno de estos sucesos constituyó la Guerra del Chaco; de la que con mayor aproximación podemos comentar respecto a las condiciones que han predisposto para que se instauren procesos de transmisión de injurias transmisibles. El desenlace principal, basado esencialmente en la disminución de recursos, se traduce en la escasez de alimentos con sus efectos inmediatos de desnutrición; a las que se incluye las limitaciones para cubrir las básicas demandas de prevención y asistencia sanitaria frente a los emergentes riesgos.

Sobre estos efectos, historiadores médicos indican, refiriéndose a la tuberculosis, que desde la Guerra del Chaco ha habido un gran incremento de la enfermedad. El Dr. Manuel Balcázar escribía: “Muchos combatientes volvieron con cuadros avanzados de tuberculosis y fue necesario fundar hospitales exclusivamente destinados para intentar curarlos y cuidarlos en sus postreros días”. Para el Dr. Jaime Mendoza, esta enfermedad fue nombrada como “la tuberculosis de la guerra”.

Éstas y tantas otras afrentas nocivas para la salud de los combatientes a lo largo de la contienda, han tenido su terreno propicio en los bajos niveles de alimentación, pérdida de resistencia, clima cálido, fatiga, hacinamiento en las trincheras, suciedad, desgaste físico y nervioso. Por lo que no es extraño considerar que los organismos expuestos hayan sido causa de varias infecciones, una de éstas, la más insidiosa y de evolución solapada, la lepra.

La historia da cuenta que, durante la guerra del Chaco, de acuerdo con la publicación del periodista y escritor paraguayo Lic. Wolfgang Streich, varios prisioneros bolivianos estuvieron en contacto directo con una colonia de leprosos en el Paraguay. Fueron los que construyeron el Leprosario de Santa Isabel en la localidad de Sapucaí (uno de los distritos del departamento de Paraguarí. Se encuentra aproximadamente a 92 km de la ciudad de Asunción). La nota indica lo siguiente: “(...) también el Gobierno había comenzado a interesarse por los leprosos de Sapucaí.

Decidieron mandar a un grupo de prisioneros bolivianos para que construyeran grandes caserones con paredes de tabla y techos de paja para los internos que cada vez iban creciendo más y más en número, llegando desde todas partes del país. La mayor población con que llegó a contar la Colonia fue de 430 enfermos. Esto empeoraba la situación de los primeros moradores del lugar, puesto que aumentaba la escasez de alimentos y como consecuencia también la pobreza y en la misma medida disminuían las comodidades. Hasta ese entonces los enfermos comían en el suelo por carecer de lo mínimamente necesario (...)” (23).

En visita realizada al actual leprocomio de *Santa Isabel*, a 9 km de Sapucaí, conocido hasta antes de 1936 con el de *San Eusebio*; fue por el Decreto Supremo 4625 del 9 de septiembre de 1936, que se había cambiado por el de *Santa Isabel* (24); mediante averiguaciones retrospectivas y testimonios directos de los internos más antiguos, se pudo establecer una aproximación de la cantidad de prisioneros bolivianos que fueron enviados a realizar diferentes trabajos en este reducto para los enfermos de lepra; el número oscilaba entre 30 y 40, lo que significa que no todo lo que se exprese sobre este tema implica una masiva transmisión, por las características biológicas ya conocidas de la enfermedad y la respuesta inmune contra el contagio que por naturaleza presentan la mayoría de los humanos.

No obstante, a lo indicado, son varios los testimonios sobre lo acontecido con los prisioneros bolivianos, refiriéndose al contacto prolongado con enfermos de lepra durante su permanencia en este asentamiento. Haciendo otro análisis podemos recordar que la regla epidemiológica nos permite deducir que, los signos y síntomas de los contagiados y, por la naturaleza de incubación crónica de la enfermedad, más no en todos los casos, han podido ser recién manifiestos cuando estos prisioneros fueron evacuados al finalizar la beligerancia.

El historiador Israel Ramírez relata el caso de un prisionero boliviano en la guerra del Chaco, descripción que permite deducir las condiciones de debilitamiento de los prisioneros que predisponían a adquirir enfermedades: “(...) cayó prisionero en Campo Vía el 17 de diciembre de 1933, permaneciendo cautivo 36 meses, en las prisiones de: Asunción,

Tacumbú, Viñascué, Isatí, Recoleta y el Leprosario de Sapucaí, siendo sometido a trabajos forzados”

Sobre lo mismo, en un informe realizado por Henderson encontramos lo siguiente “(...) en el lapso de un año con la ayuda de los prisioneros bolivianos se levantaron 30 ranchos para una población de 80 hombres y 40 mujeres enfermos” (25).

El notable escritor nacional Augusto Guzmán, hace una interesante referencia sobre estos acontecimientos: “A tres kilómetros de este hospital, verdadera antesala de la muerte, sanatorio de milagro en que el único curandero es el aire de la montaña, que sopla constantemente, está el leprocomio, institución cuyos edificios están trabajando los prisioneros acantonados en Paso Pindó. Se habla de que hay varios prisioneros enfermos con el mal de Lázaro” (26).

Cuando terminaron las hostilidades del Chaco, se produjo el retorno de los prisioneros a sus lugares de origen en el territorio nacional., entre estos los portadores de enfermedades que ya se manifestaban en algunos casos, como la tuberculosis, leishmaniosis, malaria; estaban los que portadores de afecciones crónicas que todavía estaban en periodo de incubación, una de ellas la lepra.

Un apunte atrayente obtenido del testimonio de dos expacientes que todavía permanecían en el Leprocomio de Santa Isabel, revela que después de finalizada la contienda, en este lugar se quedó un prisionero boliviano que había contraído la lepra, porque conoció a una enferma paraguaya portadora del mismo mal, y vivieron juntos en la Colonia, hasta su muerte; fueron enterrados en el mismo cementerio.

Poco podemos referirnos a la transmisión de la enfermedad desde el Perú, aunque en la época colonial ya se conocía la lepra en este territorio; la entrada fue por la costa y los transmisores estaban entre los colonizadores españoles. Para aislar a estos enfermos se construyó un leprocomio en 1563. Este acontecimiento epidemiológico no tuvo mayor trascendencia en los posteriores años; teniendo desde entonces notificaciones que no causaron mayor preocupación. El impacto mayor fue en la Amazonía peruana a principios del siglo XX. El investigador Zuño

Berstein indicaba al respecto: “De 1901 a 1905 se comenzaron a relatar casos de lepra en ciertos lugares de la Amazonía, el 17 de marzo de 1905, se emitió una Resolución Suprema autorizando la construcción de un Lazareto en Iquitos para los leprosos del departamento de Loreto” (27).

Según las tesis estudiadas el origen de la lepra en esa región amazónica del Perú tiene que ver con la probabilidad de dos procedencias, la de Ecuador y la de Brasil. También es importante mencionar el flujo de las migraciones de pobladores peruanos y brasileros con motivo del auge del caucho. Ha sido en este contexto amazónico donde se realizaron intervenciones de control, incorporando nuevos establecimientos sanitarios para brindar atención en la región de Loreto.

Por lo citado podemos indicar que el Perú no ha tenido injerencia conocida en la transmisión de la enfermedad en Bolivia.

5. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

1. DE ARZÁNS, B. Citado por Alberto Crespo en el libro “Esclavos Negros en Bolivia” Pág. 22, Librería Editorial “G.U.M.” Tercera Edición, La Paz, Bolivia.
2. DE MESA, J. GISBERT, T. MESA, C. “Historia de Bolivia” Pág. 124. Editorial Gisbert. Calle Comercio 270. La Paz, Bolivia, 2008.
3. CRESPO, A. “Esclavos Negros en Bolivia” Pág. 28, Librería Editorial “G.U.M.” Tercera Edición, La Paz, Bolivia.
4. DE ARZÁNS, B. citado por Alberto Crespo “Esclavos Negros en Bolivia” Pág. 22, Librería Editorial “G.U.M.” Tercera Edición, La Paz, Bolivia.
5. CRESPO, A. “Esclavos Negros en Bolivia” Pág. 28, Librería Editorial “G.U.M.” Tercera Edición, La Paz, Bolivia.
6. DE MESA, J. GISBERT, T. MESA, C. “Historia de Bolivia” Pág. 124. Editorial Gisbert. Calle Comercio 270. La Paz, Bolivia, 2008.

7. AMBROSETTI, FE. "Historia de la lepra en la República Argentina", *El Día Médico*, Buenos Aires, N° 31: 1024-1030, 1947.
8. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. "La Lepra en Bolivia" Artículo escrito por Jorge SUÁREZ. Pág. 972. 1944.
9. DE LAS AGUAS, T. "Consideraciones histórico-epidemiológicas de la Lepra en América". *Revista Historia de la Dermatología Ibero-Latino-Americana*. Pág. 180. 2006.
10. ESCALADA R., BONANO V. "Tuberculosis y Lepra. Epidemiología y Control", Talleres Gráficos Impresos S.A. Vera 3825. Pág. 234. Santa Fe, República Argentina, 2005.
11. IBÍD. Pág. 234
12. IBÍD. Pág. 235
13. IBÍD. Pág. 236
14. LAUMONIER. Citado por Jean Paul Guevara "Migraciones bolivianas en el contexto de la globalización", Pág. 176. Publicado en: *Alternativas Sur*, vol. III, núm. 1, 2004, pp.171 – 187.
15. MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN. "Boletín Epidemiológico", España. Semanas: 51-52 del 20/12 de 2009 al 02/01 de 2010.
16. CAVALCANTI MAGALHAES, M DE C. IÑIGUEZ, L. "Evolución de la endemia de lepra en Brasil" *Revista Brasileira de Epidemiología* Pág. 344, 2005.
17. Ibíd. Pág. 347.
18. OFICINA PANAMERICANA, Boletín, agosto 1934 Pág. 726

19. CAVALCANTI MAGALHAES, M DE C. IÑIGUEZ, L. “Evolución de la epidemia de lepra en Brasil” *Revista Brasileira de Epidemiología* Pág. 344, 2005.
20. IBÍD. Pág. 347.
21. DE MESA, J; GISBERT, T; MESA, C. “Historia de Bolivia”. Editorial Gisbert y CIA S.A. Séptima Edición, Pág. 123. La Paz, Bolivia, 2008.
22. RIVERO, W. “Portal Amazonía” [www.amazonia](http://www.amazonia.com)
23. RATSLAFF, G. “Hospital Mennonita Km 81” *El Amor en Acción*. Pág. 35. Editora Litocolor S.R.L Asunción, Paraguay, 2010.
24. http://elmancebao.blogspot.com/2011_02_01_archive.html
25. HENDERSON, A. “The Leper Work in Paraguay” – World Call (Una publicación de los discípulos de Cristo en USA), Julio 1938. Citado por Gerhard Ratzlaff en “Hospital Mennonita km 81”. *Amor en Acción*, Pág. 33. Editorial Litocolor S.R.L. Asunción, Paraguay, 2008.
26. GUZMÁN, A. “Prisionero de Guerra” Librería Editorial Juventud, Vigésima Quinta Edición, Pág. 224. La Paz, Bolivia, 2001.
27. BURSTEIN, Z. “Revisión Histórica del Control de la Lepra en el Perú” Parte del trabajo presentado por el Dr. Zuño Burstein en la ceremonia de su incorporación como Académico de Número a la Academia Nacional de Medicina, Lima-Perú, 2001.

CAPÍTULO III

LEPRA EN BENI

1. INTRODUCCIÓN
2. EL ORIGEN DE LA TRANSMISIÓN
3. EL DR. VIADOR PINTO SAUCEDO
4. LOS PRIMEROS CASOS
 - 1.1 Diseminación rápida de la enfermedad
 - 1.2 Lepra en Trinidad
 - 1.3 Baures
 - 1.4 El drama de la lepra en Baures
 - 1.5 Riberalta, Guayaramerín y Tumichucua
 - 1.6 Un suceso inesperado en Riberalta
5. DESARROLLO DEL CONTROL DE LA LEPRA EN BENI
 - 1.1. El censo de lepra
6. LA LUCHA EN PERIODOS DE MEDIANA Y BAJA ENDEMIAS
 - 6.1. El trabajo del Dr. Willy Saravia Burgos
 - 6.2. El Dr. José Day Álvarez
7. EVOLUCIÓN, ESTADÍSTICA Y CRONOLOGÍA
8. SITUACIÓN ACTUAL DE LA LEPRA
9. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

“Mira que te mando que te esfuerces seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo en dondequiera que vayas”.

Josué 1:9

1. INTRODUCCIÓN

El penoso transitar para el control de la lepra en periodos de alta y mediana endemia en las diferentes regiones del país, históricamente ha tenido un caminar subordinado a elementos de fragilidad y precariedad extrema, permitiendo que cada escenario territorial en riesgo actúe aplicando, en forma local o regional, sus propias estrategias en mérito a los artificios de disponibilidad económica, de recursos humanos y el casi inexistente apoyo logístico; más allá del sistema de salud imperante, poco estructurado con evidentes deficiencias y sin garantía de básica sostenibilidad en sus propuestas de intervención, las que se traducían en insuficiente respuesta a las urgentes demandas de la población asediada por este azote, que, para colmo de males, venía acompañado del pavor y desesperación en extremo, por sus características repulsivas y destructivas, fuertemente ligado a comentarios horrendos y trágicos.

El departamento del Beni en el contexto nacional ha sido la región que ha soportado una de las mayores injurias endemo-epidémicas de la lepra. Desde que se tiene reportes de su presencia en este ámbito territorial, han surgido personajes insignes, médicos, paramédicos, instancias solidarias de la sociedad civil, la iglesia y otras de apoyo, que lidiaron permanentemente contra esta afrenta. Tiempos álgidos y penosos, cuando no existía el tratamiento específico, ni siquiera en principio, contar con una colonia adecuada para aislar y mitigar en algo las penurias de los enfermos. Condiciones desfavorables que acrecentaron este panorama sombrío.

Con el transcurrir de los años se tuvo la mirada y desprendimiento ocasional desde el nivel central, con la conformación del Servicio Nacional Antileproso en 1942. Fue una primera intención técnica para este cometido que sensiblemente poco duró; efímero auge, lo que más hizo fue dedicarse a realizar un inventario estadístico (censo) de los casos existentes en el país, sin haber alcanzado la cobertura espacial esperada por falta de medios; fue así que se tradujo en una labor intermitente y con muchas contingencias y adversidades que duró varios años. Con esta disponibilidad estadística, cada departamento o región ha podido desarrollar en menor o mayor grado las acciones de vigilancia de la lepra; algunos, como el departamento de Chuquisaca, por la predisposición de sus autoridades religiosas —viabilizado por el Cardenal José Clemente

Maurer—, se benefició con la ayuda internacional de Alemania desde 1966, labor que se irradió hacia otros departamentos. Mientras que los demás hicieron su defensa con lo que había a su alcance, inclusive tuvieron que soportar la ambición de sus autoridades que desviaron en su favor la ayuda que se consiguió para los enfermos. Este último aspecto será comentado con mayor profundidad en el transcurrir de esta historia.

Para quienes trabajan actualmente en el control de la lepra y, como ofreciendo un homenaje a los que nos precedieron en este esforzado trabajo, es un imperativo en virtud a ese despliegue y esforzada misión, continuar en esta ruta de controlar la enfermedad a costa de cualquier sacrificio. Aunque parezca extraño, una de las esenciales labores, como lo fue desde antes, consistirá en influir sobre las autoridades sanitarias, políticas y sociales para considerar a la lepra como cualquier otra enfermedad transmisible; y, de ese modo, adopten medidas en forma equitativa en el marco de la integralidad de las acciones de salud —con el factor adverso de estar considerada la lepra entre las enfermedades olvidadas y desatendidas—. Con esta premisa, solo queda buscar sean apoyadas y predisuestas todas las disposiciones técnico-normativas regionales, y otras legislativas de carácter especial que favorezcan el control de esta injuria.

2. EL ORIGEN DE LA TRANSMISIÓN

Contextualizando la magnitud mundial de la lepra, queda asentada que las especiales características que produce la enfermedad en los seres humanos, han permitido que varias descripciones procedentes de escritos sean consideradas ampliamente como pruebas de su existencia durante el primer milenio antes de Cristo, en Asia y Europa, para luego extenderse a los demás continentes, entre ellos el americano. Un acertado resumen lapidario y contundente es el que nos ofrece Francisco J. Silva, cuando indica al respecto: “podríamos considerar a la lepra como una antigua enfermedad asociada a los humanos que han poblado todos los continentes” (1).

Una vez la lepra en América, se diseminó, y en similares circunstancias llegó a Bolivia. Una de las vías de entrada fue por el extenso territorio del Beni; lo que originó sean varias de sus poblaciones las que soportaron la embestida de esta enfermedad, cuyo alcance adquirió características

inimaginables; que aún en estos días, no obstante estar disminuida la carga de ataque, la cadena de transmisión de este daño permanece, no se puede explicar de otra manera la notificación de nuevos enfermos cada año.

Figura 3.1

Una de las vías de ingreso de la enfermedad fue por las franjas limítrofes con Brasil.



La Revista Archivos Bolivianos de Medicina, órgano oficial de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Francisco Xavier, en su edición correspondiente a Enero-Diciembre de 1947, brinda un artículo de mucho valor histórico, escrito por el Dr. Viador Pinto, médico de la Colonia de Leprosos “San Juan”, en el Beni, que da a conocer los datos históricos de la lepra en este departamento, su repercusión territorial y social. Entre los datos preliminares de la lepra en Beni, hace una equilibrada observación: “Hasta la expulsión de los jesuitas en 1767, no se sabía que haya existido ningún caso de lepra en el Beni. Las misiones fundadas por ellos, no tuvieron intercambio comercial con las colonias establecidas por los portugueses a lo largo de los ríos fronterizos Iténez y Mamoré, siendo, por consiguiente, imposible la infiltración al Beni de elementos enfermos que por la vía amazónica penetraran a esta zona del Continente”.

“Los gobernadores militares que les sucedieron descuidaron el control estricto que ejercían los jesuitas. Los curas que se hicieron cargo de las misiones, comerciaron con los brasileños, pudiendo, así, infiltrarse algunos Hansenianos”.

“Así continuaron las cosas, hasta que llegó el apogeo del caucho en las últimas décadas del siglo XIX: oleadas humanas inundan las tierras del “oro negro”; por el norte llegan emigrantes de todo el mundo, arribando al Madera hasta la frontera con Bolivia y, por el sur, cientos de cruceños acuden a los siringales del Iténez, Beni y Mamoré y sus afluentes respectivos en busca de la goma”.

“Investigaciones recientes hechas por el sanitario de la Provincia del Iténez, con residencia en Baures, comprueban que, de los ascendientes y parientes colaterales cruceños de algunos leprosos viejos radicados en Baures y El Carmen, ninguno había padecido ni padecía lepra; es solo en estos últimos años que vienen de Santa Cruz algunos enfermos”.

“Con la depreciación del caucho en los primeros años de este siglo, vino el éxodo de los siringueros, que llevaron el contagio a todos los pueblos del Beni, quedando ahora como principales focos leprógenos Trinidad, Baures, El Carmen, Riberalta, Guayaramerín, San Joaquín y Loreto; y como los focos menos importantes todos los demás pueblos, diseminándose también la lepra al campo, donde de vez en cuando aparecen algunos casos”.

“El segundo apogeo de la goma elástica y su segunda caída, provocará seguramente un nuevo aumento del contagio, con su diseminación correspondiente”.

Es indiscutible por los datos que se tiene, que haya sido el Brasil el territorio que tuvo las manifestaciones de esta enfermedad mucho antes de que ocurriera en el ámbito nacional. Recordemos la amplia referencia sobre lo sucedido en el vecino país incluso desde el año 1600 de la época colonial. Fueron casos identificados en Río de Janeiro, que ciertamente motivó en años sucesivos la construcción de un Lazareto para confinar a estos enfermos; también se conoce de otros casos ubicados en Pernambuco y Pará. Fue tanto el impacto de la carga de ataque que tuvieron que pedir a Portugal la ayuda para controlar esta afrenta

nosológica (2). A partir de estos brotes de infección y por la dinámica migracional interna, la lepra en forma sucesiva y a través de los años se difundió por otras regiones, entre las que estaban las aldeañas con territorio boliviano.

Los comentarios analíticos y la documentación consultada, nos muestran que la entrada de la lepra en el Beni, en la época republicana, ha tenido principalmente dos caminos: A) El que fue traído desde el Brasil en los organismos infectados de los bolivianos que retornaban de trabajar en los siringales del vecino país. B) El que llegó por medio de los pobladores brasileiros por la vía el intercambio comercial, o por los que vinieron a Bolivia a trabajar en los siringales, centros de cosecha de la castaña, entre otros.

Por cierto, que también amerita tomar en cuenta otras vías de penetración, entre las que están algunos infectados que llegaron con migrantes europeos, u otros migrantes de países vecinos, cuyo paso fue itinerante o se afincaron en forma definitiva. Sin que este comentario haga precisiones por no contar con mayores referencias.

3. EL DR. VIADOR PINTO SAUCEDO

Al referirnos sobre los antecedentes de la enfermedad en esta parte del territorio nacional, es ineludible nombrar el trabajo realizado por el Dr. Viador Pinto Saucedo. Ha sido uno de los pocos profesionales que nos dejó importante e invaluable testimonio de lo que ha representado la lepra en esa parte del país, de cuyo contenido y evidencias nos aferramos como hilo conductor para mostrar a Bolivia y el mundo sobre la verdad histórica de estos eventos epidemiológicos. La tarea titánica del insigne médico, y los que le siguieron, todos virtuosos e íntegros profesionales incluyendo al personal de apoyo, evitaron con su trabajo decidido que este temible daño se disemine por todo el territorio nacional.

Su mirada y vocación de servicio han estado dirigidas hacia los pobres. Este don natural hizo que siempre sustentara concepciones progresistas, inclinadas a reivindicar los derechos de los marginados, los campesinos, los desamparados; aunque fue muchas veces, como era de esperar, incomprendido por los regímenes de poder, que solo beneficiaban a las clases pudientes favorecidas en desmedro de las atenciones elementales,

alimentación, educación y la salud de las mayorías. Nos induce a imaginar que la desesperada carencia en que vivía su gente, los pobres y los enfermos, ha germinado en él la idea de escoger la larga y difícil carrera de la medicina, y de ella, la especialidad que estaba dirigida a brindar atención a los enfermos más repudiados por todos, los afectados por la lepra.

Figura 3.2.



Dr. Viador Pinto Saucedo, primer médico Leprólogo en Bolivia; paradigma de la lucha contra la lepra en el país. Hombre erudito en su profesión. Una combinación de diplomacia, sabiduría, sencillez y solidaridad con los pobres. Atributos que identifican a los grandes de espíritu.

Con el permiso del tolerante lector, hago un paréntesis para expresar algo que es parte personal de esta historia. En el proceso de investigación para documentar este libro, nos congratulamos por haber sido recibidos, en atención a nuestra solicitud, por la hija del Dr. Viador Pinto, señora Sonia Leticia Pinto Román, en su domicilio en la ciudad de Santa Cruz. Impresionados quedamos cuando en su rostro y su trato de fina dama, nos pareció ver el reflejo de su señor padre. La señora Sonia y sus dos hijas; por mi parte, iba acompañado de mi hija menor Rebeca, que anduvo a mi lado por donde tocaba investigar, haciendo las veces de lazarillo ante mis limitaciones visuales. Entonces, ya presentados y acomodados a la mesa, compartimos un delicioso té, acompañado de riquísimas empanaditas de queso y los infaltables cuñapés, que gentilmente nos convidaron en un momento propicio de la tarde. Llegó el momento culminante, la señora Sonia sutilmente hizo apertura de sus recuerdos, pasajes inolvidables que había experimentado apoyando el trabajo de su señor padre ¡Cuánta historia! tiempos inolvidables junto a su señora madre y hermanos, de nostálgicas e inimaginables jornadas, semanas, meses y años de continuo batallar ante el inclemente avance de la lepra.

Absortos escuchamos, solo cabía imaginarnos aquellos dramáticos sucesos; nuestra sorpresa es incontenible, nos compungimos cuando en la conversación nuestra gentil anfitriona se refería a la personalidad del insigne apóstol de la salud. Sin evitarlo, en su rostro se dibujaba una serena y delicada melancolía.

En un lugar especial de la sala, puesto sobre una mesa, vemos un retrato enmarcado, se trata de una antigua fotografía del padre de la señora Sonia, el médico, del gran médico puedo yo decir, porque eso es lo que sentí cuando vi por primera vez el retrato de tan ilustre personaje, de cuya labor tanto leí y admiré por su inefable misión en esta vida, sirviendo a los tristes enfermos de lepra, los más desprestigiados, sin temor a equivocarme, eran los portadores de la peor enfermedad que se haya descrito en la historia de la humanidad. Por un momento me puse a pensar ¡qué tan terrible habrá sido este mal! que Dios tuvo que enviar a su hijo para que atendiera en su dolor a estos repudiados enfermos, les diera la mano, compartiera con ellos y ofrecerles el consuelo que los demás se los negaban. Dejo atrás mi efímero pensamiento, vuelvo a la realidad, me encontraba ahí, inmutable, frente al retrato del Dr. Viador Pinto Saucedo.

Nos fue obsequiado el libro escrito por el maestro de la lepra en Bolivia, **¡Levántate, Lázaro! Diario de un Leproso**, documento único en su calidad, que solo la mente de una persona que ha vivido esas amargas y trágicas experiencias ha podido escribir. Su adherencia a la lectura y su probada capacidad profesional era por todos reconocida, virtud que sumada a su alto nivel intelectual le permitieron investigar y documentar su trabajo, del que ahora, aunque una pequeña parte, tenemos la oportunidad de compartir con el amable lector.

Somos categóricos al aseverar que cualquier comentario o panegírico sobre el trabajo realizado por Dr. Viador Pinto Saucedo, siempre serán insuficientes, en la medida que pretendamos mensurar su valor y total entrega de este guerrero contra la lepra, cuyos pasajes llegaron a adquirir matices de leyenda.

Ha sido nuestro propósito que aflore del mismo pensamiento y palabras de los habitantes benianos, porque fueron ellos quienes conocieron, estudiaron o se enteraron en forma directa, la inmensa labor de tan

célebre profesional. El diario “La Palabra”, en el artículo **Justo homenaje póstumo a grandes hombres benianos**, publicado en diciembre de 2011, brinda una escueta semblanza del célebre médico, comprendiendo que su trayectoria profesional ha estado colmada de grandes logros y triunfos que ennoblecen el alma, esencia que privilegia únicamente a las personas con grandeza de espíritu. La aludida nota escrita por el destacado periodista Arnaldo Mejía Méndez, acertadamente decía lo siguiente: “Viador Pinto Saucedo culminaba el quinto año de Medicina en Chile, retornó a Bolivia para enrolarse en el Ejército como Médico del Regimiento Rocha 31 de Infantería, terminada la contienda siguió sus estudios en la Universidad Pontificia San Francisco Xavier de Chuquisaca de donde egresó como Cirujano”.

“En ese entonces el mal del siglo era la lepra (Hansen), el estudioso se adentra en sus investigaciones hasta llegar a dominar la incógnita y constituirse en el bastión de lucha contra la enfermedad. Fue el primer Médico Leprólogo de Bolivia”.

“Luego de arduo trabajo y exposiciones sobre la lepra, Viador Pinto decide incursionar en la novela científica, su primer libro fue “Mi amigo el viento”, que lastimosamente se perdió, luego “Levántate Lázaro”, letras guardadas por la señora Clara Parada de Pinto, estos pudieron ver la luz de la imprenta, una historia sobre la vida de los enfermos en el Leprosario San Juan, ubicado a 2,5 km al Sur de la ciudad de Trinidad”.

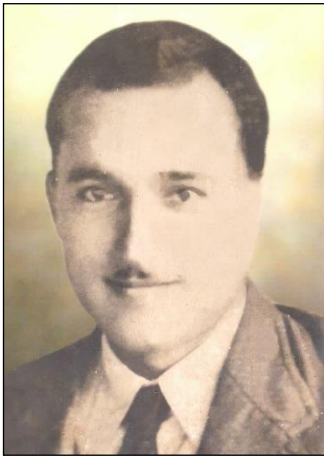
“Pinto Saucedo ocupó cargos importantes: Jefe Regional de Sanidad, Jefe de la Lucha Antileprosa y Director del Centro de Salud; presidente del Club Social 18 de Noviembre y del Rotary Club”.

“Fue miembro del Instituto Mundial de San Lázaro (Roma), Sociedad de Endemias Rurales Latinoamericanas (Brasil), Sociedad de Investigaciones Epidemiológicas del Mal de Hansen (Filipinas), Junta Médica Antiamarílica de la OMS (Venezuela)” (3).

En otro resumen del mismo periódico beniano, en diferente fecha y del mismo año, encontramos un artículo sobre el trabajo realizado por el meritorio médico; haciendo énfasis en el documento literario que dejó escrito, el libro “Levántate, Lázaro”, obra literaria testimonial que describe la situación y forma de vida que llevaron los leprosos en el Beni.

Parte del comentario refiriéndose al libro decía lo siguiente: “(...) Él, solo pretendió transmitir sus sentidas y fuertes impresiones que vio, vivió y sintió, como médico y amigo que lo fue de veras, de aquella gente castigada por el Bacilo de Hansen, parias purulentos y sangrantes, que vivieron encerrados en los infiernillos de los leprosarios. Desde esos antros, el Dr. Viador Pinto extrajo para la historia, el clamor que recogió”.

Figura 3.3.



Dr. Viador Pinto, en el esplendor de su vida. Interrumpió su carrera médica en Chile para ir a la Guerra del Chaco. A su regreso continuó y llegó a titularse como Médico Cirujano en la Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca.

Siguiendo con este documento de prensa, el autor del artículo enfatiza refiriéndose al contexto general que caracterizaba aquellos años, destacando, además, las precarias y exiguas realidades de apoyo con que se contaba para encarar tan temible amenaza: “En el Beni, después del auge de la goma con sus espejismos de sus libras esterlinas y que acuñaron fortunas que a poco se volvieron nada, la pobreza y la lepra, fueron los efectos que quedaron morando en nuestros pueblos. En esos tiempos tan terribles, los hijos de Lázaro nacían puros y limpios para luego yacer padeciendo el tormento de este maldito mal. Ricos y pobres, mancharon de forma inocente la honra y el orgullo familiar y, desencadenaron una especie de terror frenético en la sociedad de donde provenían”.

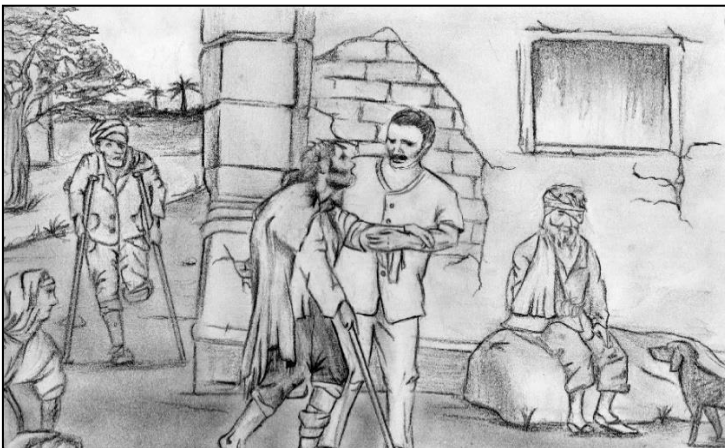
“El estado de ignorancia en el que mayormente vivía la población, contribuyó a distorsionar de un modo brutal y salvaje, este problema tan humano pero incomprendido por todos”.

“Las autoridades del Departamento como siempre, también pecaron de indolentes, de incapaces, y hasta de pillos bribones que se embolsillaban los dineros y la poca ayuda que llegaba de vez en cuando para los pobres enfermos”.

“¡Qué vida más desgraciada la de un leproso en un Leprosario! Vida sin vida, monótona y demencial, podrida y nauseabunda, aburrida y sin remedios que curen verdaderamente el mal, viviendo como perros y gatos y como animales dañinos, llena de odios contra todos, ¡sin mañana y... sin fin!”.

“(…) El Dr. Viador Pinto Saucedo, por su apostólica y humanitaria misión cumplida, especialmente a favor de los pobres, fue un beniano de oro y merece nuestra gratitud por siempre (...)” (4).

Figura 3.4.



“El amigo de los pobres”, Dr. Viador Pinto. Solo en la grandeza de su espíritu noble cabía el incesante deseo de ayudar a los desvalidos. No lo conocimos personalmente, pero sus obras y el legado ético que nos dejó, nos enseña el camino de servicio al margen de otras ventajas materiales de lucro.

Figura 3.5.



En su diario batallar contra la lepra, que despiadada corroía lentamente los débiles cuerpos de los afectados. Inimaginables han sido las contingencias que el insigne médico tuvo que enfrentar.

Figura 3.6.



Señora Doris Román, esposa del Dr. Viador Pinto. Fue meritoria su labor y apoyo al noble médico. En su condición de dama solidaria organizó varios eventos, rifas, kermes, colectas, entre otras actividades, para recaudar fondos que iban en beneficio de los enfermos.

Siempre estará en el recuerdo de las generaciones la ejemplar labor de esta admirable dama beniana.

4. LOS PRIMEROS CASOS

Las primeras notificaciones de lepra en el país están caracterizadas por la poca información existente y los largos espacios o silencios epidemiológicos. Después de los primeros enfermos conocidos en el Lazareto de Tarija, a mediados del siglo XIX (década de los años cuarenta), hubo reportes de algunos casos aislados que se registraron en el Hospital Santa Bárbara de Sucre en 1871. Aunque al margen de lo citado, se tiene lo que el naturalista francés Alcides d'Orbigny expresara, refiriéndose a la región de Baures, dice haberle llamado la atención la existencia de "varios casos de lepra". Según nos da a conocer la historia, el paso por Bolivia del investigador fue entre 1830 y 1833. Sin que exista mayores complementaciones que corroboren esta solitaria observación, que bien pudo haber sido confundida con otras patologías como la Leishmaniasis, entre tantos otros padecimientos en la piel que eran comprobadamente parte del perfil patológico en aquel territorio.

Los documentos contemporáneos, al referirse a los primeros casos en Beni, atestiguan y relacionan con las migraciones e intercambio comercial con Brasil. Un reporte narraba de la siguiente manera: "(...) con los que llegaron por el Brasil, debieron venir algunos leprosos; en 1890 se conocían casos en Baures; el aporte aumentó probablemente con los que acudieron a construir el ferrocarril Madeira-Mamoré en 1904". No cabe duda que se trataba de los primeros enfermos de lepra cuyas características clínicas, cuando la enfermedad está avanzada, los rasgos son inconfundibles.

Ubicados en esta observación retrospectiva sobre los primeros casos en el Beni —lo que compartimos son solamente algunas referencias encontradas—, en un artículo que corresponde a la revista de la Oficina Sanitaria Panamericana, publicada en febrero de 1937, el mismo que recurre a otro artículo de periódico (El Diario) para brindarnos una información internacional —no da a conocer ninguna fuente oficial que provenga de alguna instancia de salud del nivel nacional—; parte de la glosa en cuestión rezaba de la siguiente manera: "(...) El primer diagnóstico de lepra en Beni se hizo en el año 1912 y desde entonces raro ha sido el año en que no se registrara un caso (...) llama la atención el

hecho de que recientemente no se han presentado nuevos casos, y de que Beni no es el único departamento del país en que existe el mal” (5).

En consulta con la misma fuente de referencia, se encuentra una descripción significativa de medidas que se aplicaron ante la alarma colectiva que motivó la presencia de otros enfermos de lepra reportados en diferentes lugares, dando también, criterios manifiestos sobre las condiciones predisponentes que favorecían su propagación. La nota revelaba lo siguiente: “Beni. - Con motivo de una alarma suscitada en la población del departamento de Beni, Bolivia, por la denuncia de 5 casos de lepra en el año 1934-35, la Dirección de Sanidad Departamental realizó 323 observaciones clínicas, 712 exámenes microscópicos y 280 ensayos de albúmina, con solo dos diagnósticos positivos, que, agregados a los 5 casos anteriores, suman 7 por todo. El autor opina que el clima, las condiciones de luz y humedad, lo mismo que las de orden social y de higiene, hacen que el Beni sea una región favorable a la lepra, pero que ésta no reviste allí carácter grave, tiene poca infectividad y el número de casos es pequeño” (6).

Este panorama, cuando menciona las acciones de detección de casos de lepra basados en criterios de sospecha clínica y otros contactos, ha sido de especial importancia, porque marca un acontecimiento significativo en la salud pública del país. Podrá ser considerada como la primera intervención técnica, científica profesional con apoyo de laboratorio y desplazamiento de recursos humanos, que se haya realizado en territorio boliviano para el control de este mal. Lo señalado adquiere notabilidad si consideramos las restricciones económicas en que se debatía el país.

La cronología que precede, según parece, ha tenido su base en el largo periodo de incubación de la enfermedad, que fue gestando innumerables brotes en diferentes lugares, escogiendo organismos débiles y otros susceptibles, para después de algunos años de silencio aparente, al fin mostrar su aterradora y destructiva figura.

Lo mismo que en Beni, también la lepra hacía notar su presencia los siguientes años en otros departamentos: Santa Cruz, Chuquisaca, Tarija, Cochabamba. No había nada que dudar, había empezado el tiempo de importante epidemia de lepra en Bolivia.

El censo de lepra de 1942, cuando se creó el Servicio Nacional Antileproso, de alguna manera determinó la carga aproximada de este daño en Bolivia. Los resultados mostraron grandes sorpresas: la lepra estaba distribuida en gran parte del territorio nacional, zonas cálidas, Llano y Chaco; Valles alto y bajo; en 8 de los 9 departamentos; en áreas urbanas y rurales.

4.1. Diseminación rápida de la enfermedad

La lepra al igual que otras enfermedades infectocontagiosas de naturaleza crónica, por sus características biológicas y comportamiento epidemiológico, llega a constituir un problema social, debido a los efectos invalidantes y por su acción preferente en los grupos de población de mayor actividad laboral. Por cierto, incluye, su mayor incidencia en organismos debilitados con bajas condiciones nutricionales, por esas características estas enfermedades son conocidas como indicadores de pobreza, lo que denota que mientras se tenga patrones estadísticos inadecuados de desnutrición y otros estándares sociales y económicos poco alentadores, estas amenazas mórbidas persistirán. No está ausente el componente de defensa orgánica intrínseca, es así que la lepra tiene avidez por factores de predisposición inmunológica; de ese modo también algunas escuelas de Latinoamérica la consideran como una enfermedad infecciosa dermato-inmunológica.

No podemos dejar de considerar que las condiciones de pobreza y otras deficiencias, muy comunes y más intensas en esos años, han servido de detonante para la diseminación rápida de la enfermedad; a los que se incorpora el factor de nexa epidemiológico con Brasil, y otros focos ya instaurados; todos juntos acomodaron el brote de la enfermedad.

En estos vendavales y con la alta responsabilidad por delante, es cuando se trata de valorar el comportamiento de los médicos en situaciones de urgencia extremas, sean de orden asistencial o de control, nos ubica en un escenario en el que muchas veces el curso de los acontecimientos es expresado con vehemencia y un resentimiento incontenido, por no contar con los medios, para que en la debida oportunidad se pueda afrontar estos graves riesgos para la salud. El “médico y amigo de los pobres” hacía este relato sobre la dimensión que adquiriría la lepra en ese territorio: “Es verdaderamente aterrador el cuadro que presenta el Beni a este respecto.

Hasta la fecha, han sido conocidos más de 100 casos, de los cuales, viven 50, estando aislados solo 17 en Trinidad y 4 en Riberalta. En Baures, no se puede hablar todavía de aislamiento”.

Crecía la epidemia, quienes tuvieron que batallar lo hacían hasta con desesperación, contra una enfermedad que injuriaba la salud de habitantes del campo y de la misma ciudad capital; entre las víctimas estaban hombres y mujeres, personas de toda edad y procedencia. Tanta fue aquella temible afrenta que el valiente médico responsable de resistir aquel flagelo, veía con tristeza y preocupación tantas condiciones que propiciaban la diseminación rápida.

En otro de sus comentarios describía aquel crudo escenario: “Se debe esto, a la manera de vivir y trabajar en nuestra tierra. Factor importante, es la pobreza que existe, tanto en las ciudades como en el campo. No se conoce realmente la higiene ni se cuenta con los medios necesarios para establecerla. Por todas partes se nota desnutrición en los habitantes, agravadas por las epidemias que los diezman: paludismo y parasitosis intestinal. Hay, además, una verdadera promiscuidad entre patronos y peones en los establecimientos agrícolas y ganaderos, y entre dueños de casa y sirvientes en las ciudades. De ahí que no se puede establecer diferencias propiamente entre grupos sociales, y la lepra se observa en el Beni, indistintamente, entre ricos y pobres, entre habitantes de la ciudad y del campo, etc. Pocos se preocupan de mejorar su existencia, quizá porque a unos falte dinero suficiente y a otros por la indiferencia y tranquilidad con que se dejan estar bajo este clima cálido, húmedo y malsano, que favorece también la diseminación del mal de Hansen; ejemplo de esta indiferencia, es el caso de un enfermo, que ejerció durante varios años, el cargo de empleado de correos de San Joaquín, provincia Mamoré; era un extranjero radicado allí hacía muchos años, muy apreciado, tanto él como su familia. Su diagnóstico, lo habían hecho ya las gentes del pueblo y solo, cuando ya no se podía dudar de él, fue trasladado a San Juan; sin embargo, después de un tiempo regresó y murió allí atendido por sus familiares y amigos”. Son fehacientes las recapitulaciones que reflejan el drama sin límites en el que ha estado sumido gran parte del territorio beniano. Servirán para que aún los escépticos y detractores puedan consustanciarse de esa sombría realidad.

4.2. Lepra en Trinidad

Un aspecto que ha caracterizado a la lepra en esos tiempos sobre todo en el Oriente boliviano, fue la incidencia importante de casos en las capitales, muy parecido a lo ocurrido en Santa Cruz, y mucho antes lo sucedido en la ciudad de Tarija —hacemos hincapié que este comportamiento ha correspondido a las décadas de comienzo de la endemia; después, la mayoría de los enfermos fueron detectados desde los ámbitos rurales y comunidades alejadas—. Lo que promueve considerar algunas presunciones respecto a la vía de transmisión. La inferencia epidemiológica nos permite proponer algunas hipótesis:

- a) Se da por comprobado que algunos principales focos de lepra tenían su radicatoria, escondidos en la misma ciudad.
- b) Como parte de estos focos estaban algunos ciudadanos del mismo lugar, migrantes extranjeros u otros infectados procedentes de otras latitudes del país, pero que tenían el soporte económico y de influencia social para desarrollar una vida urbana.
- c) Desde luego que la causa innegable que se aplica en este comentario son las condiciones socioeconómicas, las que predisponen organismos debilitados a cualquier agresión mórbida, donde también incluye el factor de la predisposición inmunológica.
- d) Finalmente, las fuentes de infección de los focos iniciales en los campos rurales, siringales, centros laborales de siembra y cosecha, el comercio fronterizo, entre otros, que con su eventual desplazamiento hacia la ciudad han podido ser determinantes para la diseminación de la enfermedad.

Constituye una realidad en un escenario donde toda amenaza perniciosamente podía ser posible, con la sola contextualización de los insuficientes medios sanitarios que se contaba, y las condiciones precarias de higiene y salubridad, ligadas a los factores sociales, económicos y culturales, todos inducían inevitablemente a desenlaces como el presente.

El “médico y amigo de los pobres”, apunta una descripción que nos enseña aquellos sucesos que, en esos años de alta endemia, la lepra no exceptuaba condiciones ni rangos sociales. “Es aquí, donde el problema se presenta con caracteres más sombríos; y, cada día que pasa, se oscurece más el porvenir de este pueblo, si no se detiene a tiempo la

propagación del mal de Hansen. En otros centros no se tiene una idea exacta de la gravedad del problema en Trinidad; quizá interés algunos datos al respecto”.

“A pesar de lo dicho anteriormente, es curioso que, hasta hace unos veinte años, solo se conocía 3 casos pertenecientes a familias acomodadas y muy influyentes en el medio social. Y este es un punto importante que debemos tomar en cuenta, ya que todos los casos descubiertos hasta hoy día en los habitantes de Trinidad pertenecen a familias bien conocidas y apreciadas de la localidad. Así se hace difícil el aislamiento, ya que nadie quiere asumir la responsabilidad de una denuncia tan grave y solo cuando ya es imposible dudar, se llama a reconocimiento médico; o sea, después que el enfermo ha convivido mucho tiempo, años quizá, con sus parientes, sus amistades y con los que sus actividades sociales lo relacionan”.

“A los tres leprosos ya citados, fueron agregándose poco a poco, otros; llegando hoy día a veinte el número total de presentados y comprobados bacteriológicamente, en varias familias trinitarias. Cierto es también, que ninguno de ellos está hoy día en la ciudad y que solo un caso fue aislado en la Colonia de San Juan; algunos han muerto, otros han ido en busca de tratamiento a países vecinos, como Brasil y Argentina que tienen su lucha antileprosa bien organizada; otros han ido a refugiarse al campo o donde no los conocen”.

“Hay que notar que, antes de salir de Trinidad, todos los enfermos han hecho vida social intensa durante varios años; algunos como maestros, otros como militares, otros como empleados de oficina, otros como dueños de casa donde continuamente se efectuaban reuniones sociales, etc.”.

“Debe pensarse, entonces, que, si se hiciera un despistaje serio, se descubrirían otros casos más, tanto entre sus familiares, como entre los que convivieron íntimamente con ellos”.

“He tenido la ocasión de conocer personalmente todos los casos habidos en Trinidad y, por consiguiente, no se puede dudar de su existencia. Con esto, ya se puede imaginar la zozobra en que viven los habitantes de este pueblo” (7).

La historia de la lepra en el Beni ha tenido un largo y penoso recorrido, que incorpora todos los aditamentos y pasajes que en similares condiciones ha ocurrido en cualquier país de alta endemia. Empezando con las penurias de no contar con el tratamiento específico, la incompreensión y censura inclemente de la sociedad fuertemente imbricada al estigma despiadado, juntos motivaron una cruda etapa de segregación, incluso de persecución; para continuar con el aislamiento en leproserías precarias e insuficientes, que no eran otra cosa que su confinamiento y última morada, lejos del afecto de sus allegados más próximos, esposa, hijos, hermanos; los que en muchos casos hasta mostraban repulsión con solo mirarlos. Drama dantesco que no terminaba en solo eso, para colmo de males, se complementaba con privaciones y gran limitación de alimentos, insumos sanitarios, medicamentos, escaso personal sanitario, solo se contaba con algunos médicos, enfermeras y personal de apoyo dedicados a este trabajo. Cuando llegó la terapia específica descubierta en 1941, estos tardaron muchos años en llegar, con solo indicar que en el Brasil y Argentina apenas llegó en 1948, en Paraguay en 1949, conociendo que estos países eran considerados mundialmente por su alta carga de enfermos y alta endemia de la infección. ¿Estaríamos en condiciones de creer que a nuestro territorio hayan llegado estos medicamentos el mismo año? Algunos registros revelan que estos remedios recién fueron utilizados después de 1950.

Los años que siguieron comenzaron a manifestarse los resultados del tratamiento; se empezó a dar de alta a los que reunían criterios para este efecto y, lo más importante, que tuviesen posibilidades de una vivienda o familia que los acoja. Mientras tanto, las cosas no fueron como todos se figuraban, los leproserios seguían funcionando con su magra economía, quedaban los depositados enfermos con discapacidades, mutilados, ciegos; estaban los que se desplazaban apoyados en rodillas y codos, y los que se valían uno del otro para movilizarse, sin olvidar aquel grupo importante de enfermos que no tenían a donde ir; tampoco faltaban los que fueron despreciados y sufrían esta segregación, por las lesiones de aspecto repelente que portaban y los hacían dependientes aún para realizar sus elementales necesidades fisiológicas.

¿Quién puede decir que esto no era un tiempo de horrendo sufrimiento, desesperanza y dolor? Tragedia que es únicamente comparable con aquellas que fueron escritas bajo la inspiración de Esquilo. En esta ocasión estamos para recordar aquello que tal vez mucha gente no conoce, que sin embargo ha sucedido en nuestro país, ha vulnerado a nuestra gente, que se ha combatido con lo poco que se tenía a disposición. Lo único que abundaba era la desidia e inercia de los gobernantes, incluyendo a algunas autoridades locales. Sin ánimo de crear impulsivos testimonios, invito a los lectores a imaginarse y comentar sobre este otro mensaje del Dr. Viador Pinto, que en su trabajo solitario desesperadamente indicaba lo siguiente: "(...) no se puede llamar Colonia de Leprosos o antileprosa a San Juan, puesto que solo están allí los enfermos, para darles de comer y vestirlos mal; es necesario que se haga terapéutica antileprosa o científica; que haya locales para avanzados y mejorados y para curaciones que debe hacer el médico y el sanitario; es necesario que las drogas de efecto antileproso más conocidas no falten; aquí hemos oído hablar de la diasona y, sin embargo, no la conocemos; necesitamos pronamida; derivados de chaulmoogra, vitaminas, sulfas, penicilina, extracto hepático y todo esto, en cantidad suficiente; y dedeteizar cada 2 meses los locales (8).

Ni duda cabe, este testimonio es una muestra de la grandeza, generosidad, perseverancia, amor al prójimo y valentía de ilustres personajes, frente al olvido e indolencia de los demás.

Mientras tanto la lepra seguía avanzando, dejando por donde pasaba su huella de destrucción y dolor, destruyendo familias, generando muertos en vida, sin esperanza; desafortunados mortales que en sus momentos de angustia solo les quedaba llorando mirar al cielo, en busca de una respuesta a sus tormentos.

4.3. Baures

La historia de los pueblos está matizada de acontecimientos unas veces agradables y memorables; otras, son circunstancias de lucha, dolor, muchas veces de tragedia, sin embargo, hoy en día se recuerda este pasado con bastante energía y templanza, atributos que se emplearon para superar aquellos avatares y eventualidades negativas, las que parecerían pruebas de valor obra del destino para medir la fortaleza de

los habitantes. Tal como en la actualidad nos muestran, un nuevo cariz de desarrollo, fortaleza y temperamento ante cualquier nueva arremetida que germine. Fue así, de esta manera, cómo Baures alcanzó la victoria, transformando con aplomo la decadencia, en lo que hoy representa para el país: un vergel paradisiaco con gente alegre y hospitalaria, que esgrimen con orgullo la condición de ser de donde son, de Baures.

El antropólogo Wigberto Ribera Pinto, en la página de Portal Amazonía, hace una descripción interesante sobre lo que ha sido parte del pasado de Baures, la que guarda vínculos con la historia que estamos describiendo. Dice la nota: “El siglo XX, trajo grandes cambios al pueblo Indígena, por el auge de la goma. Baures se llenó de emigrantes cruceños y extranjeros (franceses, alemanes, ingleses y griegos), atraídos por la gran riqueza del “oro negro”. Baures se reavivó económicamente como centro de proveedor de víveres y textiles para los centros siringales. Aunque mucha gente migró para la extracción de la goma a la zona del lago Gloria, que era uno de los mayores siringales, el equilibrio fue mantenido por los otros migrantes, que aprovechaban las posibilidades de comercio”.

Figura 3.7.



*En la actualidad,
la esplendorosa y
bella ciudad de
Concepción de
Baures, en el
departamento de
Beni, Bolivia.*

“La actividad principal fue la agricultura y la producción de diferentes artículos textiles, como ropa, hamacas, etc. Se importaba tabaco, carne de chanco, manteca y chicha a todas partes de la provincia Iténez, hasta Guayaramerín. Baures se convirtió en uno de los centros industriales más

grandes de la región, contó con una imprenta propia, en la que se editaban los periódicos (El Porvenir y El Marconi). Llegó a ser la capital del Beni por seis meses, bajo la administración de Carmelo López, Prefecto de la región”.

Continúa Rivero Pinto: “Esta riqueza desapareció, a partir de los años cincuenta. La mayoría de su gente, jamás retorno de los sirringales del lago Gloria, eliminados por las enfermedades, que convirtieron a la zona en el hoy llamado “Cementerio Baures”. Otros migraron en búsqueda de trabajo y vida más próspera. No había más imprenta ni periódicos. Decayó la agricultura por falta de mercado. Una epidemia de viruela y el sanatorio de leprosos en la isla Tane, contribuyeron a la migración de la población”.

“Desde los años setenta comenzó una lenta recuperación económica y humana en Baures” (9).

Como sucinto comentario de los antecedentes expuestos, podemos complementar que la situación de Baures, en el contexto de la historia de la lepra, ha adquirido especial relevancia por sus efectos en la economía y desarrollo de esa importante región del Beni. Se ubica entre los principales referentes de alta endemia de lepra que en esos álgidos períodos azotó la Amazonía boliviana, vinculada a los efectos y riesgos que también sufrían poblaciones limítrofes de Brasil.

4.4. El drama de la lepra en Baures

Según René E. Rousseau, súbdito francés que vivió más de 30 años en esa región que ejercía como sanitario desde hace más de 9 años —personaje citado por Viador Pinto y los escritores Peter Wagner y Joshep Mc Cullough—, existe una descripción concisa que muestra el drama que vivió Baures en esos años (décadas de los años treinta y cuarenta). Indica la referencia: “Familias enteras han sido contaminadas y diezgadas; allí el temor es tan grande, que todos dudan si están contagiados o no. De tal manera es cierto esto, que sería de considerar el proyecto de convertir a Baures en un Leprosario Nacional, expropiando los terrenos necesarios; todo favorece para ello: el pueblo está situado a orillas del Río Negro, afluente del Río Blanco que desemboca en el Iténez; en terrenos altos, no

inundadizos, con buena agua, con pista de aterrizaje y alejado de toda vía de tránsito obligado entre los demás pueblos de la provincia”.

Han estado también otros escritores que aportaron describiendo aquellos momentos dramáticos; consideraciones trascendentes si imaginamos las condiciones de vida sencilla y humilde de sus pobladores, que de pronto se siente sacudida por una amenaza perniciosamente comparable con los más horrendos sucesos, que confluían en la desfiguración del cuerpo hasta adquirir características repulsivas y pavorosas, que hacían de estos enfermos piltrafas humanas condenados a morir confinados, lejos de cualquier conmiseración social, hasta de los familiares. Solamente estaban para acogerlos y tratar de ayudarlos los valientes médicos y su escaso personal de apoyo, con su también escasa disposición de insumos, estos últimos solo servían para paliar momentáneamente las heridas; por lo tanto, el médico los asistía aun sabiendo que si él mismo contraía la enfermedad no estaba en condiciones de curarse y, su destino final, podía ser como de los demás. Todo este escenario convulsionó a la población, como ocurrió del mismo modo en otras ciudades capitales y rurales de la región.

Continúa el relato sobre este deplorable pasaje: “Para ejemplo de contaminación entre familias de Baures, daré estadística hecha en dos de ellas, residentes y emparentadas: Familia A.- Padre y madre: aparentemente sanos; hijos: 1) lepra comprobada, vive en El Carmen; 2) lepra comprobada, vive en Baures, 3) lepra comprobada, vive en Baures; 4) menor, lepra comprobada, vive en Baures; 5) aparentemente sano, vive en Baures; 6) aparentemente sano, vive en Baures; 7) aparentemente sano, vive en El Carmen; 8) preceptora, aparentemente sana, vive en Baures”.

“Estos enfermos adquirieron la enfermedad en casa de sus tíos, uno muerto en San Juan, y su esposa muerta en Baures, ambos leprosos comprobados”.

“Familia B.- 5 personas han muerto por lepra y otra está aislada en San Juan. Se ha investigado si sus parientes cruceños eran o son leprosos, y se ha comprobado que no”.

“Respecto a lo que se ha hecho allí para combatir el mal de Hansen, muy poco puede decirse; los enfermos han vivido en completa libertad sin cuidarse de sí mismos ni de los demás; hasta en autoridades y empleados subalternos, ha habido enfermos de lepra”.

“Tuve ocasión de comprobar estos datos en una gira que hice por allí a principios de este año, como jefe del Distrito Sanitario”.

La recapitulación de los hechos que marcan historia sobre la lepra en aquel lugar de Beni, insta a seguir comentando, esta vez incidiendo que esta descripción, que ponía en evidencia, reiteramos, las precarias condiciones en que se encontraba el control de la enfermedad, paralelamente a un sistema de salud caracterizado por las restricciones de recursos humanos, insumos y medicamentos. Las adversidades se amplificaban cuando las condiciones climatológicas no permitían el acceso a las comunidades en la temporada de lluvias.

Sobre el mismo tema, el médico responsable departamental de la lucha contra la lepra, describía: “En un plano de Baures, hecha por Rousseau se notan varias casas cercanas a lo largo de una sola calle en que han vivido y muerto familias de leprosos”.

“Se les ha enviado pequeñas sumas de dinero para construir un galpón donde aislar a los enfermos, pero recién en este año ha podido edificar un pabellón con la ayuda de los vecinos. Hace pocos días que el mismo vecindario protestaba porque lo habían construido muy cerca y querían destruirlo; es incomprensible y absurda esta actitud de las autoridades, ya que de todos modos es un lugar de aislamiento y tratamiento; mientras que cuando convivían con ellos, no se preocupaban mucho. Desde luego que el tratamiento, es igual al que se hace en San Juan, o sea insuficiente, por las mismas razones.”

“Además, fueron trasladados a Trinidad 5 enfermos, al Mamoré 2, a El Carmen 4, al Brasil 2, quedando actualmente en Baures 8. Hay que pensar en que debe haber muchos familiares de éstos, seguramente enfermos”.

Como se ve, no es inconveniente inferir la proporción significativa del número de casos de lepra en ese tiempo, tomando en cuenta el total de la población. Se estima que la población de Baures y sus alrededores era

aproximadamente de 1.500 personas. En términos de incidencia significaba un indicador que mostraba claramente que se trataba de una situación epidemiológica de alto riesgo.

Tabla 3.1.

Leprosos fallecidos en Baures y otras poblaciones desde 1890

Nº de orden	Año	Natural de	Fallecido en
1	1890	Baures	Baures
2	1890	Loreto	Baures
3	1910	Sta. Cruz	Baures
4	1911	Baures	Baures
5	1911	Sta. Cruz	Baures
6	1911	Baures	Baures
7	1911	Baures	Baures
8	1911	Baures	Baures
9	1937	Baures	Baures
10	1937	Baures	Baures
11	1937	Baures	Baures
12	1939	Sta. Cruz	Baures
13	1939	Baures	Baures
14	1940	Baures	Baures
15	1943	Baures	Baures
16	1943	Baures	Magdalena
17	1944	Baures	Guayaramerín
18	1945	Baures	Baures
19	1946	Baures	Baures
20	1946	Baures	Baures
21	1946	Baures	Baures

Fuente: Archivos bolivianos de Medicina. Instituto Médico Sucre.

La psicosis colectiva que se vivió en esos momentos, que exacerbó los ánimos cuando se trataba de construir un leprosario en la misma población, fue motivo de descontento y protesta entre los habitantes, al

igual que ha ocurrido en cada lugar donde se ha querido construir una colonia de este tipo; ocurrió en Los Negros, Monteagudo, Jorochito, Pampa Grande, Tumichucua, por citar solo algunos.

En esta magnitud, aquellas acciones operativas en esa población se complementaron con datos estadísticos obtenidos de los casos ocurridos desde hace varios años. Es así, que, entre los insumos de la investigación, además de los casos de lepra vigentes en sus diferentes circunstancias, estaban registrados inclusive los fallecidos (Tabla 3.1).

Pese a las recurrentes contingencias que atravesaba el sector salud en esta región amazónica, se realizó la visita al lugar de la nueva eclosión de lepra en Baures y otras poblaciones aledañas; surgió de los habitantes, demandas para intentar cubrir básicamente las acciones para el control de la amenaza. De esa manera, el “médico y amigo de los pobres” escribió en el mismo artículo de revista, manifiestamente las necesidades imperiosas para enfrentar la enfermedad en Baures. Este el detalle de las recomendaciones fruto de la inspección técnica:

- a) En Baures debe construirse otra colonia similar para reunir a los leprosos de ese pueblo y demás provincias del Iténez y Mamoré. Se mandaría entonces una comisión técnica para hacer un despistaje en regla en esos pueblos. Esto es lo más urgente.
- b) De urgente necesidad también, es un laboratorio con su personal correspondiente.
- c) El despistaje debe hacerse sistemáticamente en todos los consultorios públicos y con carácter obligatorio.
- d) Ahora, si no podemos nosotros hacer esto, podría encargarse en el Beni de esta tarea, la Cooperativa Interamericana de Salud Pública, ya que su principal papel, es el profiláctico y cuenta con el dinero y técnicas necesarios.
- e) Se podría también construir una gran colonia en algún punto estratégico situado a orillas del río Mamoré y no muy lejos de Trinidad, este punto, es ya conocido y se llama Tornolargo, que reúne las ventajas necesarias para ello. No puedo dar aquí más detalles sobre él.

Las recomendaciones y solicitudes fueron justificadas desde cualquier observación, es más, nos sitúa en la desesperante realidad en que se vivía; es la visión que muestra los escasos medios de apoyo, materiales y equipos para ejecutar acciones básicas de diagnóstico. Solicitar un laboratorio con personal capacitado, es una medida que permite coleccionar las restringidas condiciones en que se encontraban los valientes médicos en cuanto a la disposición de medios complementarios de diagnóstico. Frente a estas deficiencias, emergían otras fortalezas de diagnóstico: la clínica, apoyada en la experiencia y formación profesional. El avance de la dolencia en muchos de los enfermos, considerados como portadores de lepra en su forma abierta, considerada contagiosa, también conocida como lepromatosa, presentaban evidencia semiológica inconfundible, parámetros exploratorios médicos que ayudaban en la precisión del diagnóstico final.

Figura 3.8.



Figura 3.9.



Tristes recuerdos de un pasado que nadie quiere vuelva a ocurrir. Ningún tratamiento podrá devolver la funcionalidad ni reparar las mutilaciones cuando la lepra ha alcanzado a destruir los nervios.

4.5. Riberalta, Guayaramerín y Tumichucua

Las poblaciones de Riberalta, Guayaramerín y Tumichucua, territorios donde han existido focos importantes de lepra aún desde las primeras décadas del siglo XX, comentarios esporádicos de diferentes fuentes nos brindan algunas luces que permiten cuantificar y conocer el rumbo e intensidad.

Un boletín de la Dirección General de Sanidad correspondiente a 1935, informaba: “Según informes enviados por los directores de sanidad de Riberalta y de Trinidad, existen cinco casos de lepra en uno y otro punto”. De esta forma poco precisa, con escaso y apretado contenido, se socializaba la agresión de este daño en el resto del país.

Desde esos años la lucha contra la lepra en Riberalta ha adquirido características notorias. Las prioridades partieron desde el nivel departamental, con el antecedente de haber sido éste el municipio, desde los periodos de alta endemia, hasta la actualidad, viene notificando anualmente y en forma casi sostenida nuevos casos de lepra.

4.6. Un suceso inesperado en Riberalta

Retrotrayendo algunas coyunturas pasadas, en 1993, ante la escasa respuesta de parte de las autoridades de salud, algunas instituciones de iglesia empeñadas en realizar acciones colectivas contra la lepra, acordaron efectuar una actividad concentrada de pacientes afectados con este mal, en la población de Riberalta. Para concretar este emprendimiento se realizaron grandes esfuerzos en reunir enfermos de varios lugares del país, Santa Cruz, Chuquisaca, Tarija, Beni y Pando; la mayoría de los convocados eran del lugar y otras comunidades aledañas. —Un expaciente de lepra, que radica en un lugar alejado del municipio de Caraparí, Tarija, que en su condición de enfermo estuvo presente en este acontecimiento, amablemente aportó importantes referencias sobre lo ocurrido—. Las instituciones que organizaron cubrieron los gastos de pasajes, estadía y alimentación. Dicha concentración tenía el objetivo principal de beneficiar a estos enfermos con un control por especialistas leprólogos, además de establecer nuevas medidas terapéuticas; ante la importancia del evento se contó con la presencia del Dr. Ángel Apodaca —también fue entrevistado—, médico dermatólogo y leprólogo del Hospital Dermatológico Monteagudo, además de otros profesionales del exterior. Uno de los efectos imprevistos que tuvo dicha concentración, se tradujo en la alarma de la población y las autoridades de Riberalta al enterarse que se trataba de pacientes portadores de lepra, rechazaron con una masiva manifestación y una serie de amenazas por la presencia de estos enfermos, arguyendo juicios erróneos y fuera de lugar sobre el contagio.

Al ser la lepra una patología, que aún en la actualidad es motivo de inusitada curiosidad cuando se la nombra, mucho más si gran parte de la población mantiene la idea de miedo y terror. La noticia sobre esta singular batahola colectiva en Riberalta no se dejó esperar en el nivel nacional.

La prensa escrita “Presencia”, de La Paz, Bolivia, el 16 de agosto de 1993, describía este hecho de la siguiente manera: “El Mal de Hansen (Lepra) puede curarse en tres meses: Los responsables de la organización alemana “Manos extendidas” indican que una nueva terapia será aplicada en enfermos de Tumichucua. Realizaron una evaluación en 31 enfermos de lepra, en Riberalta. El conocido sacerdote Filippo Clementi — Coordinador en Bolivia de Manos Extendidas— y el profesor Enno Freeksen, investigador del Mal de Hansen, indican que el tratamiento en adelante para esta enfermedad será solamente de tres meses [...] La estadía de los enfermos en Riberalta ocasionó reacciones negativas por autoridades [...] amenazaron con juicio a las autoridades de Tumichucua por haber dispuesto de ambientes que pertenecen a los ministerios de Salud y Educación. Todas las reacciones de la población se deben a la ignorancia de la gente respecto a la real connotación de la lepra. Pese al alboroto que se produjo las autoridades nacionales no respondieron” (10).

En esos primeros años de epidemia de la lepra se tuvo conocimiento que los enfermos no solamente estaban en Tumichucua, sino también estaban en Riberalta, de acuerdo a reportes consultados en esos años se tenía notificado 4 casos de lepra, y tenían un lugar eventual de aislamiento llamado “Agua Dulce”.

Guayaramerín, región fronteriza con Brasil, ha tenido casos de lepra reportados a lo largo de muchos años, desde la década de los años treinta. El censo de 1942 revela la existencia de 3 casos de lepra y 5 contactos. La concentración de estos enfermos generalmente se lo hacía en Tumichucua o Riberalta lugares donde se contaba con algún albergue temporal para que los afectados puedan ser atendidos. Sin embargo, todas estas formas de atención dentro los centros poblados han sido objeto de la desaprobación y censura colectiva de los habitantes, que como en otros lugares del mundo y en tiempos en que no se contaba con el tratamiento, la enfermedad era considerada prácticamente incurable; luego, los intentos de protección y seguridad sanitaria a las que se podía recurrir eran vistas como pertinentes.

5. DESARROLLO DEL CONTROL DE LA LEPRO EN BENI

Es inevitable tener que referirnos cuando de la historia de la lepra en el Beni se trata, de los asentamientos o colonias para aislar enfermos; sin embargo, este importante tema, y siguiendo la metodología establecida en este documento para su mejor comprensión, está ampliamente abordado en un capítulo especial que contempla la descripción de estos asentamientos.

La construcción de estos centros de aislamiento han sido la medida única de control que imperaba antes del descubrimiento de la medicación científica. Estos reductos fueron el efecto de la diseminación de la lepra en el Beni, como única alternativa para detener la transmisión. Establecimientos que tuvieron una distribución de acuerdo a parámetros y condiciones emergentes, entre los que figuraban: la accesibilidad, condiciones del terreno, distancia de los centros poblados, dotación de agua y víveres, dirección de los vientos, condiciones aptas para la siembra y, lo más importante, financiamiento para la construcción y el soporte sostenible para las muchas otras necesidades.

Figura 3.10.



Asunta Limpas de Parada Distinguida dama beniana, que gestó y dirigió instituciones locales para la ayuda a los enfermos de lepra. Fue presidente de la Cruz Roja Departamental de Beni, organizó la Directiva para la atención del leproario "SAN JUAN". Estuvo al mando en Trinidad de innumerables veladas artísticas, con fines de beneficencia (11).

Estos establecimientos surgieron a raíz de necesidades emergentes, no así a una previa planificación sustentada en pasos previos de valoración técnica, menos todavía, si se desconocía el verdadero universo de enfermos, la distribución de casos índice o zonas leprógenas, lo que

impedía tener conocimiento de indicadores estadísticos que muestren, midan y justifiquen los factores de riesgo. Todas estas falencias no eran atribuibles al orden local, eran de conocimiento de las autoridades de la rectoría de salud nacional. Sensiblemente, todo quedó bajo la responsabilidad de los escasos recursos con que la región contaba, en materia de recursos económicos y personal dedicado a labores asistenciales.

Comprendemos que se trataba de tiempos de recomposición económica, no obstante, siempre han existido prioridades, de ese modo se tomaron acciones prioritarias para el control de otras tantas enfermedades, aquellas que constituían impacto político o para quedar bien con los grandes financiadores; mientras que la lepra siguió avanzando, hasta que alcanzó matices dramáticos e inesperados.

En estos años críticos existieron considerable cantidad de casos de lepra, al igual que el número de brotes en diferentes localidades que, lamentablemente, en la historia muchos de éstos quedan como hechos acaecidos simplemente, por no contar con el elemento importante del reporte y la estadística. En estas condiciones y por varios factores, permanecieron incompletos a través de los años, de tal manera que solo quedan como sucesos o testimonios referenciales. No obstante, contamos con puntos de partida para orientar nuestro trabajo indagatorio, el primero, es el que nos brinda el Dr. Viador Pinto, que ya ha sido motivo de anterior análisis; ahora nos referiremos al segundo, el que se apoya en los datos del informe del Primer Censo de lepra realizado entre 1942 y 1943, por dos comisiones, en las zonas endémicas del país.

1.1. El censo de lepra

Refiriéndonos al empadronamiento realizado por las dos comisiones en las fechas indicadas, en Beni fueron constatados 14 focos leprógenos, fichados 45 leprosos y 132 comunicantes (contactos).

El reporte del censo hace notar que no se llegó a cubrir todo el departamento por falta de medios (tabla 3.2). Por referencias recogidas de los médicos conoedores de la zona se supo de la existencia en otras poblaciones con otros focos de lepra. Lo indicado no debería extrañarnos, en el entendido que, hasta en nuestros días, no se ha podido brindar cobertura con acciones

precisas de seguimiento a la totalidad de las poblaciones existentes. Sin olvidar que estamos considerando acciones de control de la lepra en una región que guarda nexo territorial y epidemiológico con el país vecino.

Tabla 3.2.

Provincia / Localidad*	Casos lepra	Contactos
Provincia Cercado		
Trinidad	19	52
Pto. Mel. Julio	1	0
San Antonio de Loras	1	2
San Pedro Viejo	1	3
Provincia Mojos		
Loreto	1	1
Provincia Marbán		
San Ignacio	1	5
Provincia Yacuma		
Santa Ana	2	4
Provincia Iténez		
Magdalena	3	12
Baures	3	10
El Carmen	2	15
Provincia Vaca Díez		
Riberalta	5	19
Guayaramerín	3	5
Agua Dulce	1	1
Provincia Mamoré		
San Joaquín	2	3

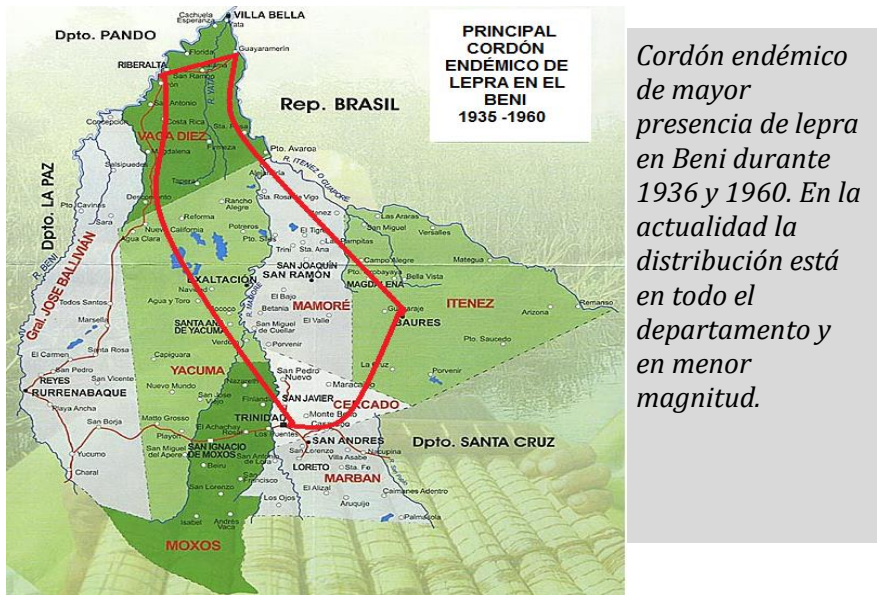
**La distribución, nomenclatura y el orden corresponden al informe del Censo.*

Complementa a dicho informe un comentario, tal como anotamos anteriormente, se refería a la existencia de otros focos leprógenos que por las dificultades de no contar con medios de transporte no se alcanzó a cubrir. Hace también una enfática observación sobre las condiciones miserables en que se encontraban 19 enfermos en un galpón (señalando

a la Colonia San Juan). Este comentario se encuentra ampliamente descrito en el tema de la Colonia San Juan.

Los datos parciales obtenidos, de todos modos, sirvieron como elemento inicial para realizar cuantificaciones y estimaciones en el terreno de la organización y planificación. Fue el primer impulso gubernamental de organizar el Servicio Antileproso Nacional, que emprendió y ejecutó el mencionado censo, tuvo corta efervescencia, muy pronto se consumió el exiguo presupuesto, para volver a la triste realidad de no contar con los medios ni presupuesto.

Figura 3.11.



A partir de la década de los años cincuenta, contando ya con la terapia específica, los tratamientos dieron sus resultados, algunos enfermos de las colonias o asentamientos comenzaron a ser dados de alta; entre los que estaban los portadores de lepra sin mayores complicaciones o con grado inicial de afección, de éstos la mayoría podían curarse. Aquellos casos avanzados, conocidos como lepra lepromatosa o multibacilar, tuvieron problemas en revertir la enfermedad porque el tratamiento solamente comprendía un solo fármaco, conocido como la monoterapia.

Tendrían que pasar muchos años, hasta la década de los ochenta, en que se complementó con otros medicamentos para recién encontrar el adecuado espectro de acción curativo para cualquier forma de lepra.

Con los acontecimientos del valioso aporte científico, la lepra en el Beni como en otras partes del país fue disminuyendo. De esa manera, paulatinamente desde los años sesenta las leproserías comenzaron a cerrar. El tratamiento se tornó ambulatorio, pero quedaba por delante otro largo y penoso recorrido: el de mantener el control de la enfermedad evitando a toda costa una nueva propagación, fuertemente amenazados por factores que contribuyen a su resurgimiento, conociendo que la lepra al igual que la tuberculosis son indicadores de pobreza. Quedaba latente la sombra de la enfermedad ligada a la desnutrición, inopia y otras carencias en la población.

2. LA LUCHA EN PERIODOS DE MEDIANA Y BAJA ENDEMIAS

Después de la colosal labor desplegada para evitar la propagación de la lepra en la región, y disminuida la notificación de casos nuevos, como en todo el mundo, por la aplicación de la medicación específica en base al efecto de las sulfonas sobre el bacilo productor de la lepra, en adelante había que continuar con el trabajo que en parte todavía quedaba inconcluso; aún restaba tener pleno conocimiento de la presencia de otros casos en proceso de acumulación y evolución, que sin el control respectivo, podían originar nuevamente rebrotes inesperados. Faltaba la penosa tarea del control y seguimiento, el examen periódico y por muchos años de los contactos y del mismo paciente, con el antecedente de no conocer el periodo de incubación de la enfermedad, que como en ninguna otra afección es impredecible, no se sabe con exactitud cuánto tardará en mostrar su evidencia en la piel de los nuevos infectados ¿meses, pocos años, varios años, 10, 20 o tal vez más?

Quedaba por llegar a otros focos en lugares alejados de poco abordaje con acciones de control por los equipos sanitarios. Arduas faenas se avizoraban por delante, a pesar del consuelo de la disminución de los casos por la ya existente medicación y haber mejorado en algo las condiciones de apoyo operativo. Del otro lado persistían los conceptos errados y costumbristas dañinos sobre la enfermedad. Continuaba el

pavor y drama en la colectividad ante su presencia; faltaba el largo y lento proceso de la concientización y promoción sobre la realidad que conlleva la milenaria enfermedad.

2.1. El trabajo del Dr. Willy Saravia Burgos

El Dr. Willy Saravia Burgos, se hizo cargo del control de la lepra después del Dr. Viador Pinto; contó con la colaboración del Dr. Medrano y el Dr. Carlos Murillo. Corría un tiempo de desconcierto por la instauración de un régimen no democrático; eran recurrentes los avisos sobre nuevas reformas en el sistema sanitario. Entonces, como antes, el programa no contaba con el apoyo elemental para realizar acciones preventivas, estaba un poco menos que abandonado. Eran pocos los sanitarios de la red de servicios departamental de salud, que incorporaban dentro sus atenciones cotidianas la búsqueda de sospechosos de lepra. Recién se llegó a comprender la titánica labor de quienes les antecedieron en este trabajo, pues muchos de estos logros fueron por esfuerzo propio. Lo mismo ocurrió con los que vinieron después, es el caso del profesional a quien hacemos referencia, el Dr. Willy Saravia Burgos.

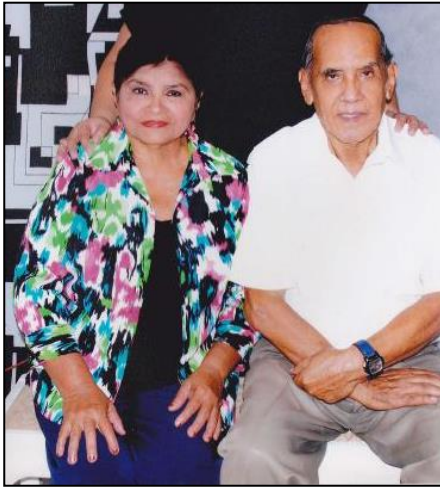
Figura 3.12.



Labor rutinaria de desplazamiento en la Amazonía. Urgía la presencia de los médicos en lugares endémicos. El Dr. Saravia, presto a emprender un nuevo viaje por largo tiempo.

Después de haber cerrado las leproserías o colonias de aislamiento, los pacientes que aún quedaban y otros nuevos que se añadían, eran atendidos en un pabellón especial en el Hospital Presidente Busch. Este ambiente para portadores de lepra o Hansenianos estaba entre las calles 9 de abril esquina Bolívar. Según fuentes creíbles, en 1973 existían 8 enfermos internados, 3 varones, 3 mujeres y dos discapacitados con lesiones avanzadas.

Figura 3.13.



Dr. Willy Saravia, junto a su señora esposa. Ambos y con sus propios medios preparaban alimentos y regalos de navidad para los enfermos de lepra.

El meritorio médico, después de una larga enfermedad falleció en 2014. Muchos no han conocido el valioso trabajo que realizó en el Beni y otras regiones del país. Siempre estará en la memoria de quienes conocieron su magnífica labor.

El trabajo desplegado por el Dr. Saravia, que entonces solamente recibía el escaso apoyo del Ministerio de Salud, dinamizó su labor ejerciendo continuas visitas a los diferentes poblados que otrora fueron endémicos, y otros donde se detectaron nuevos enfermos. Atendía denuncias de nuevos casos u otras complicaciones en pacientes que ya fueron tratados.

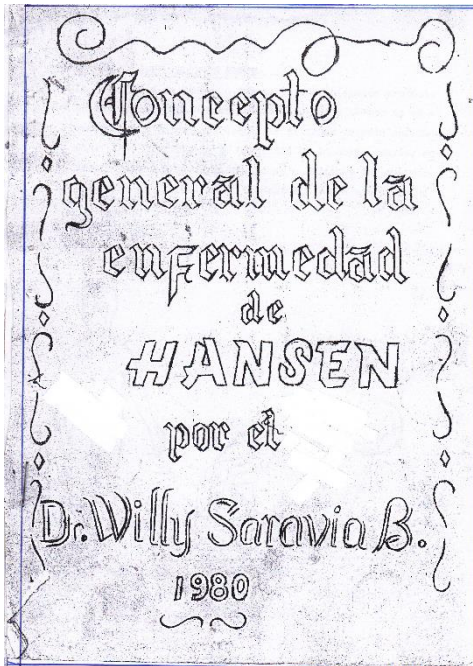
Era requerida su presencia en Guayaramerín, Riberalta, Baures, Magdalena y tantas otras poblaciones. Combinaba su presencia a eventos de capacitación e información sobre la lepra con visitas a los domicilios de los enfermos —como ha sido pauta o coincidencia, son los que viven en los lugares más alejados y de difícil acceso—, faena que, según nuestra propia experiencia, significa una labor extenuante, con riesgos inimaginables, largas caminatas de hasta un día para llegar a la vivienda de un solo paciente. Únicamente puede ser comprendido por quienes han

vivido tarea parecida. Aunque parezca irónico, esta labor en la actualidad no depara mayores cambios.

La permanencia fuera de su asiento de operaciones, significaba ausencias continuas de hasta tres meses, en viajes por los ríos, caminando a pie o en acémila.

La Navidad, aunque pareciera incómodo nombrarlo en medio de este penoso relato, pero es la fiesta esperada por todos, también los enfermos sabían de estas celebraciones; los médicos que los atendían, cuando aún se contaba con el pequeño pabellón en la calle “9 de abril”, gustaban compartir con los enfermos de lepra que estaban internados; algunos iban acompañados de sus esposas, les preparaban regalos, además degustaban juntos algunos alimentos que para estas fiestas acostumbran servirse ¿Cómo no recordarlo?

Figura 3.14.



Tapa de un cuadernillo de 24 páginas, tamaño 1/2 carta, con contenido educativo sobre la lepra, elaborado y dibujado manualmente por el Dr. Saravia. Una muestra del vivo interés por dar a conocer las normas técnicas de la lucha contra este mal. También nos recuerda las limitadas condiciones de apoyo con las que el programa contaba para desarrollar ese trabajo complejo.

Tiempos álgidos que medía el temple de estos profesionales, varios de ellos ya no están con nosotros; los que quedan figuran como ignotos y olvidados, sin que su magnífica labor sea reconocida. Algunos están enfermos y abandonados a su suerte, sustentados solamente por su magra jubilación. Solo queda el presente testimonio y homenaje que enseña al país y a las generaciones sucesivas.

Una visión que tuvieron los antecesores médicos salubristas del Beni, consistió en la iniciativa de realizar acciones integrales de salud, apoyados en otros programas que tenían presupuesto para desplazarse hacia las comunidades en los medios que se disponía. La coordinación y apoyo de la Dirección Departamental de Epidemiología fue importante.

El Dr. Alberto Mauro Gantier, desde 1973 estuvo a la vanguardia de la vigilancia epidemiológica del departamento, brindó el apoyo necesario al control de la lepra. Con estos criterios de coordinación se alcanzó un nivel técnico que favorecía la ejecución de las estrategias de acción. Uno de los resultados fue una encuesta de lepra en todo el departamento. Recorrieron todos los ríos del Beni en una embarcación perteneciente a una ONG durante tres meses. Se alcanzó registrar a 427 pacientes de lepra entre nuevos y antiguos en todo el departamento.

Figura 3.15.



Dr. Alberto Mauro Gantier, profesional Médico Salubrista y Epidemiólogo, desde la Dirección Departamental de Epidemiología del Beni, contribuyó con el apoyo técnico en la organización y control de este daño.

Otro aspecto relevante fue la incorporación de profesionales bioquímicos para apoyar en el diagnóstico, La Dra. Olga Loras Parada, Bioquímica, con entrenamiento en el diagnóstico de lepra y otras enfermedades infecciosas en el INLASA de La Paz, fue un avance para el proceso de consolidación del programa. Contando con este valioso medio de diagnóstico se intensificaron los exámenes de linfa en todo paciente que presentaba los signos y síntomas clínicos de sospecha. El seguimiento de los tratamientos contó con este medio para constatar las modificaciones morfológicas y destrucción de los bacilos por efecto de los medicamentos. Sirvió de criterio orientador para dar de alta a los pacientes.

No puede pasar imperceptible la magnífica labor de personas o instituciones que dieron su contribución al servicio de esta causa. En la oportunidad nos referimos a la religiosa católica Hna. Pacífica Mckenna, que también era enfermera de profesión. Desempeñó un rol invaluable en la lucha contra la lepra y la tuberculosis. Con sus propios recursos, entre los años 1980 y 1990, construyó viviendas para los enfermos de Hansen. Apoyaba los programas que estaban dirigidos a los más necesitados y abandonados de la sociedad. Esta ayuda permitió que todos los afectados por estas enfermedades recibieran su tratamiento, además de brindarles el vestuario y la alimentación.

Después del trabajo realizado por el Dr. Saravia, continuó el Dr. Murillo, a quien posteriormente siguió el Dr. José Day Álvarez.

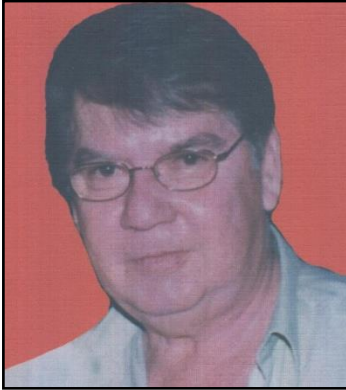
2.2. Dr. José Day Álvarez

José Day Álvarez, Médico Cirujano, especialista en Dermatología y Leprología, por disposición del Ministerio de Salud se hizo cargo del programa de control de la lepra a partir de 1985. Aprovechó sin medida la energía de su juventud para desplazarse por todos los confines del territorio beniano, de esa manera alcanzó el pleno conocimiento de la realidad del flagelo de la lepra en el departamento.

La participación de Dr. Álvarez, en el largo y amplio terreno de las contiendas contra la enfermedad, tuvo repercusión en toda la región Amazónica y el país. Su formación en Dermatología y Leprología en el exterior, sirvieron para replicar experiencias aprendidas y encaminar los procesos de organización, planificando actividades pertinentes sobre el

diagnóstico y conocimiento según la distribución espacial de la enfermedad en esa región. En ese ritmo, las intervenciones adquirieron adecuado nivel de eficiencia en términos de los resultados obtenidos y la administración de los recursos.

Figura 3.16.



Dr. José Day Álvarez, notable profesional Médico, Dermatólogo y Leprólogo, dedicó su vida al control de la lepra en el Beni. El trabajo que realizó el excepcional galeno tuvo relevancia por el criterio técnico para mantener controlada la amenaza.

Cuando urgía la aplicación de las nuevas estrategias que provenían de la OMS, encontraron en el meritorio profesional un operador eficiente. Asumió su trabajo en un periodo donde las terapéuticas sobre la enfermedad estaban siendo modificadas en el escenario mundial. La implementación de otros fármacos, las respuestas adversas, los estados reaccionales, las recidivas, las discapacidades, fueron el nuevo y amplio repertorio de la enfermedad, el connotado profesional pudo encarar con solvencia técnica estos nuevos riesgos sucedáneos. Toda esta labor dio lugar a su participación activa como Miembro del Comité Nacional Asesor para el control de la lepra, conjuntamente otros profesionales que cumplían la misma función en otros ámbitos del país.

En este periodo de la historia de la lepra en el Beni, y su acertada conducción, se desarrollaron actividades de investigación, lo que hizo que el nivel nacional adoptara algunas de estas estrategias para su aplicación en otros departamentos. Se intensificaron las operaciones de campo cuando el Dr. Álvarez estuvo al frente del Programa Regional, viajó a todas las provincias y sus comunidades más alejadas con la misión de identificar a personas afectadas con este mal, en el entendido que mientras más oportuno sea el diagnóstico, el tratamiento y su posterior

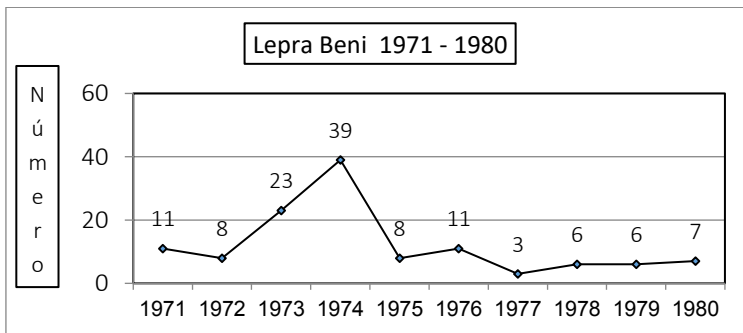
curación no dejarían secuelas. Para el análisis de laboratorio se tenía la presencia de la experimentada profesional Dra. Olga Loras Parada; con este ineludible complemento técnico, se tomaron muestras en cada sospechoso para confirmar o descartar la enfermedad.

Después de un seguimiento de varios años a los pacientes, muchos de ellos ya habían concluido su medicación, de ese modo, por norma y, por el comportamiento y características de la misma enfermedad, (por norma emanada de la OMS) había que tenerlos en vigilancia y observación por varios periodos. Se empezó a dar el alta médica a los que completaban. La notificación había disminuido, las estrategias mostraban sus resultados. El Dr. Álvarez consiguió la colaboración internacional de Holanda NLR, importante soporte técnico que benefició al programa. Ayuda que tuvo su duración hasta 2006; año en que se produjo su lamentable fallecimiento.

3. EVOLUCIÓN ESTADÍSTICA Y CRONOLÓGICA

A continuación, y basados en la disponibilidad de la información recogida, podemos hacer una cronología de los reportes en forma periódica, con el fin de facilitar el análisis y la comprensión metodológica del lector. En este entendido, los periodos comprenden decenios a partir de la década de los años setenta.

Gráfico 3.1.

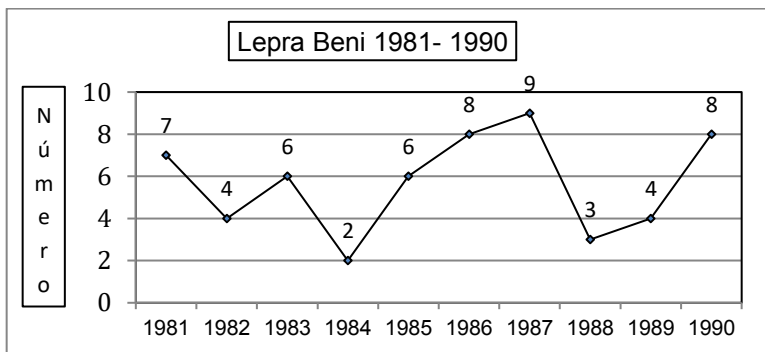


Fuente: Programa Regional Beni.

La detección en la década del setenta, el gráfico 3.1 refleja tratarse de acciones de control discontinuas, con elevación en algunos años, 1973 y 1974, sin que ello signifique un masivo crecimiento de la endemia, más bien, se trataba de la notificación acumulada por no haberse detectado e informado en su momento; es frecuente ver el aumento en un periodo de acumulación, por las limitaciones de toda índole que impedían adecuada cobertura territorial. Los años siguientes se caracterizan por escasa detección, debido a la situación de inestabilidad política y social en el país, inestabilidad laboral, y muchas otras adversidades que frenaban la secuencia de cualquier plan nacional para la salud.

La relación entre los casos por sexo, expresa la diferencia de proporción entre varones 57,4%, y mujeres 42,6%. Las razones son explicadas en el capítulo correspondiente. Conviene hacer notar que la diferencia siempre ha sido característica en Bolivia, como en gran parte de los países. Aclarando que cuando las notificaciones son escasas y en áreas de limitada intervención, las acumulaciones pueden hacer variar esta proporción.

Gráfico 3.2.

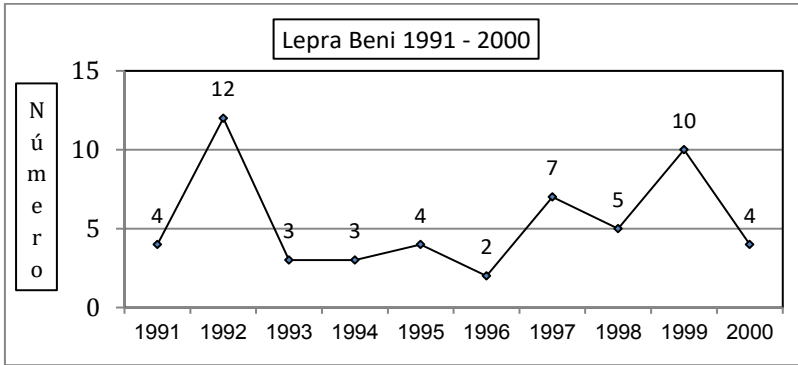


Fuente: Programa Regional Beni.

Década de los años ochenta, continuó con las mismas intermitencias, viéndose bajas notificaciones en algunos años. Desde el contexto político se caracterizó por la concentración en el eje central de los recursos del país, y la gran crisis económica considerada como una de las mayores en la historia nacional. En todos los departamentos se tuvo intervenciones

débiles, se priorizaban solo los programas de mayor impacto, relegando mucho más, aquellos que desde siempre fueron olvidados. Cualquier resultado que se pueda apreciar ha sido en gran manera fruto del esfuerzo local.

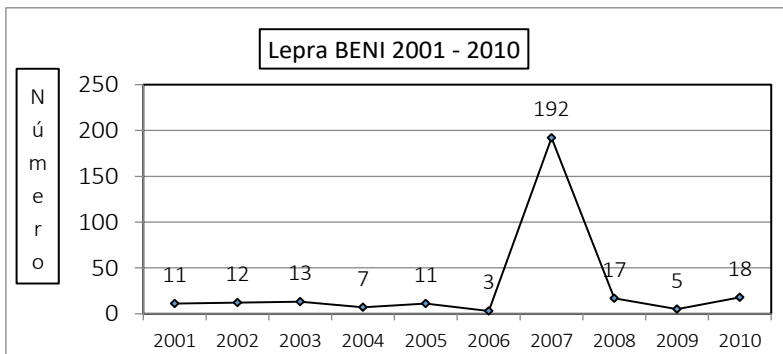
Gráfico 3.3.



Fuente: Programa Regional Beni.

Durante la década de los años noventa, al igual que en el periodo anterior, muestra graficados picos de mayor número de casos registrados en los años 1992 y 1999, los que corresponde a las acciones operativas realizadas. Este trabajo ha sido ponderado por sus características y capacidad técnica en terreno.

Gráfico 3.4.



Fuente: Programa Regional

Entre 2001 y 2010, se ha tenido novedades muy importantes en los departamentos de Beni y Pando. La regularidad de las notificaciones en los primeros 6 años, conseguida por el trabajo técnico del Dr. José Day Álvarez, (2006 es cuando fallece el connotado profesional), de pronto, estando bajo otra conducción se vio afectada por un brusco y exagerado aumento de la notificación en 2007. Este hecho estadístico sin precedentes, rebasó las fronteras del país, motivando la preocupación de las organizaciones que realizan el seguimiento y monitoreo de la lepra en el nivel internacional.

Detección inusitada de casos de lepra en 2007. Un desfase sin precedentes

Después del fallecimiento del Dr. Álvarez en 2006, quedó el programa sin la orientación técnica. Con otros responsables al mando, en 2007, y con la participación de una institución que apoyaba el control de la enfermedad en Beni y Pando, realizaron una actividad de búsqueda activa en los dos departamentos. Los resultados de esta labor mostraron un aumento inusitado, en números absolutos, de casos nuevos de lepra en el Beni (lo mismo ocurrió en Pando). Del promedio de 9 casos nuevos que se detectaron en los últimos 10 años, de pronto se experimentó un inusual incremento a 192 (Gráfico 3.4).

Dichas intervenciones duraron aproximadamente dos meses, al margen de los resultados obtenidos en el resto de la gestión, y en solo una parte del extenso territorio. En ese contexto, si aplicáramos las mismas características tácticas, y ampliando a todo el año y por todo el territorio beniano, con la misma forma y frecuencia de detección, estaríamos frente a una hipotética epidemia con inimaginable cantidad de lepra; lo que por supuesto, estaría fuera de lo real.

Fue resultado de la inexperiencia por los sesgos de aplicación correcta de los protocolos y normas de diagnóstico. De lo que se puede rescatar el aforismo: *No toda mancha es lepra*.

Los declives o cambios marcados en los indicadores y en periodos de tiempo tan cortos no son creíbles desde el punto de vista biológico de la enfermedad, mucho más, si tomamos en cuenta que los años anteriores

las intervenciones de detección se fueron realizando en forma sostenida, pasiva y eventualmente en la forma de búsqueda activa, dando prioridad a las zonas de mayor endemia.

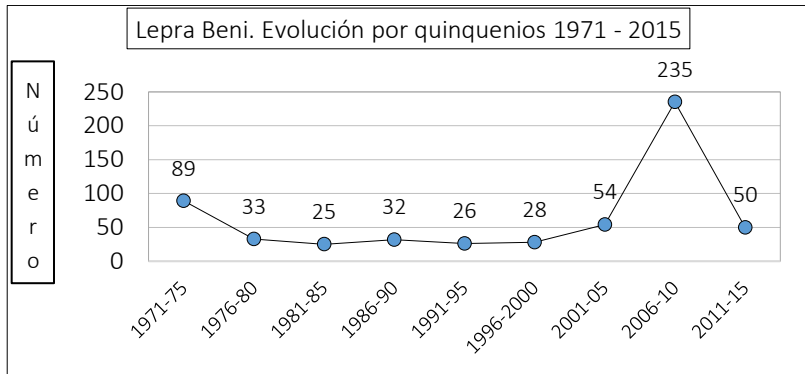
A nadie debe sorprender que este momento epidemiológico de detección masiva y en tan escaso tiempo, causó la preocupación internacional; por supuesto que en el nivel nacional las inquietudes no fueron menores. Razón por la que se convocó a una reunión nacional de todas las instituciones inmersas en el trabajo de control de la lepra. Entre las determinaciones de esta reunión, se establecieron algunas estrategias de trabajo para verificar la certeza del diagnóstico de lo que se había registrado. Existía el antecedente de que los profesionales especialistas en lepra de la ciudad de Rio Branco del Brasil, ciudad muy cercana al departamento de Pando, por solicitud de colaboración y apoyo desde esta regional, habían tomado muestras a 25 personas de las que se había informado como casos de lepra en 2007. Para sorpresa general, de todas estas muestras solamente una correspondía o era compatible con lepra.

En estas circunstancias solo quedaba depurar los diagnósticos. Lo primero por hacer correspondía ubicar a estas personas, y nuevamente examinar clínicamente y realizar los exámenes complementarios para corroborar o descartar el diagnóstico. En esta emergente dinámica, se solicitó desde la jefatura nacional y los niveles regionales de Beni y Pando, contar con el apoyo de la Cooperación Alemana de Asistencia al Enfermo de Lepra y Tuberculosis (DAHW), institución con mucha experiencia que trabajaba en el Sur de Bolivia en el control de la lepra desde 1968. Esta institución viabilizó y movilizó su personal especializado en lepra, desde el Hospital Dermatológico Monteagudo ubicado en el departamento de Chuquisaca, para luego encarar el trabajo conjunto en coordinación con los equipos de Beni y Pando. Se incorporó además una nueva estrategia para realizar actividades conjuntas y coordinadas, con el Programa de Control de la Malaria, de ese modo contar con mayores posibilidades de acceso a comunidades alejadas y dispersas.

Los primeros resultados, en los años siguientes a partir de 2008, se volvió a la notificación y tendencia que se tenía en los años anteriores. En el trabajo de búsqueda, algunos de ellos fueron encontrados, examinados nuevamente; los resultados, en la mayoría, no correspondían a casos de

lepra. La extensión territorial nos confirma que esta labor inicial de depuración diagnóstica aún llevaría mucho tiempo.

Gráfico 3.5.



**El pico en el gráfico corresponde a la inusitada notificación.*

El gráfico 3.5, elaborado por quinquenios, explica el comportamiento secular de la enfermedad, no puede evitar el aumento de los casos entre 2006 y 2010, a expensas de los notificados en 2007. A lo largo de los 45 años de análisis, la lepra en el Beni ha presentado dos cúspides importantes en los extremos del gráfico; anotando que el último incremento aún se encuentra en etapa de verificación por las consideraciones expresadas anteriormente.

El periodo de incubación de la lepra, cuyos parámetros son los menos precisos entre las enfermedades, nos enseña que la lepra en el Beni tendrá su presencia por mucho tiempo mientras no se conozca el real comportamiento de la causa etiológica; juicio que cobra mayor personalidad al considerar que las medidas de resguardo, ligadas a las condiciones socioeconómicas y calidad de vida, aún son deplorables en gran parte de la población; a esto se suma, y lo expresamos con mucho pesar, la no existencia de vacuna que proteja contra la lepra, limitando toda acción biológica de prevención.

Los últimos ocho años en cuanto a la notificación demuestran claramente dos etapas, la primera entre 2011 y 2013, que es continuación de la

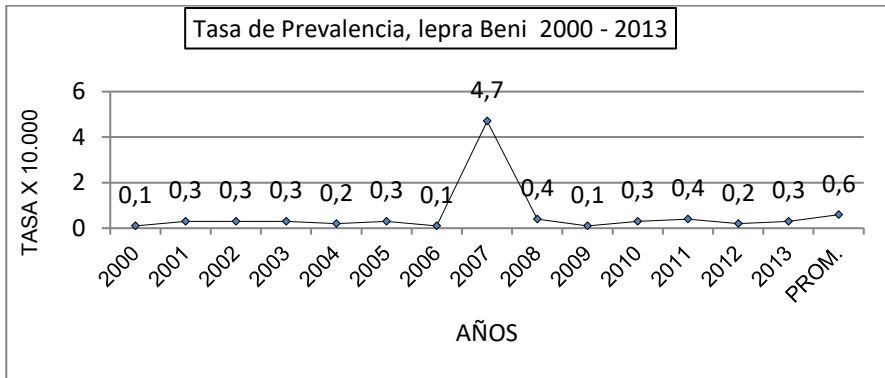
tendencia regular de muchos años, excluyendo la de 2007 por razones ya explicadas; y, la segunda, entre 2014 hasta 2018, que refleja una franca disminución para cada año.

Tabla 3.3.

Años	Casos nuevos
2011	17
2012	11
2013	15
2014	4
2015	3
2016	2
2017	1
2018	1

Este último dato permite un análisis para evitar falsas expectativas, las que de ninguna manera reflejan que las acciones de control hayan alcanzado lo que los datos enseñan, más al contrario, son cifras como resultado de las escasas intervenciones y cobertura territorial que se ejecutan en el inmenso territorio selvático del Beni. Sin abstraer la colindancia de más de 4000 km con Brasil, lo que por nexo natural expone a compartir vínculos epidemiológicos de riesgo para la trasmisión de la lepra y otras enfermedades.

Gráfico 3.6.



Fuente: Programa Regional Beni.

La tasa de prevalencia en la lepra, que en la actualidad es considerada como un indicador operativo únicamente, entendiendo que para su construcción y su posterior análisis han surgido varios sesgos de

interpretación, como resultado de las nuevas metas y estrategias que surgieron a principios de la década de los años noventa, constituyendo un impacto controversial en todas partes del mundo; el principal efecto tuvo que ver con criterios disonantes sobre su aplicación para determinar la eliminación de la enfermedad. De todas maneras, contando con los registros que lleva el programa en el Beni, y tomando en cuenta los casos nuevos y antiguos, estos últimos que no hayan transcurrido por encima de los 2 años, es que se ha podido elaborar este indicador que compartimos para relacionar con los parámetros que establece la OMS, para determinar si la lepra constituye o no, un problema de salud pública.

El análisis del gráfico 3.6, revela que en los últimos diez años la tasa de prevalencia de la lepra, de acuerdo con los parámetros de la OMS, no constituye un problema de salud pública, por estar por debajo de uno por 10.000 habitantes. Lo ocurrido en 2007, con la figurativa elevación se elevó a 4,69, ubicando al Beni en una región de alta endemia. Al margen de las consideraciones sobre la veracidad de los datos de 2007.

4. SITUACIÓN ACTUAL DEL CONTROL DE LA LEPRO EN EL BENI

Los últimos años, a partir de 2009, Beni ha tenido nuevamente la participación de un profesional especialista en Dermatología, el Dr. Carmelo Mendoza Melgar, que continúa el trabajo de los que le antecedieron, no obstante atravesar desde hace 6 años, un periodo de ausencia de algunas otras instituciones que antes apoyaban al programa. La DAHW de Alemania fue la que permaneció hasta el año 2017.

Contar con el apoyo de un especialista Dermatólogo en el control de la lepra es una fortaleza, tomando en cuenta que el hilo conductor para identificar nuevos afectados partes de un prolijo examen de piel, entendiendo que en las regiones de clima tórrido las lesiones cutáneas tienen gran incidencia. Ante la diversidad de afecciones de piel las posibilidades de confusión en el diagnóstico no son escasas.

Otra ventaja que ha tenido este actual periodo ha sido contar con elemento profesional experto y con mucha experiencia en técnicas de laboratorio, cuyos exámenes complementarios son determinantes en el diagnóstico de la lepra y otras enfermedades infecciosas. La Dra. Katia Rosas Ardaya, Responsable Departamental de Laboratorio de Lepra y

Leishmaniasis, constituye un baluarte por su amplia experiencia y capacidad en el trabajo integral de estos dos programas. Su experiencia es transmitida a la red de laboratorios departamental en actividades de capacitación programadas en cada municipio del departamento.

Figura 3.17.



Dr. Carmelo Mendoza Melgar, especialista Dermatólogo que tiene bajo su responsabilidad el reto de controlar la lepra en el Beni.

El equipo organizado, incluyendo a otros funcionarios de apoyo, previa planificación técnica, recorre anualmente por las áreas de riesgo, realizando alternativamente eventos de capacitación a los recursos sanitarios, de instituciones y a otros comunitarios.

Figura 3.18.



Dra. Katia Rosas Ardaya, destacada profesional beniana. Responsable Regional de Laboratorio de Lepra y Leishmaniasis. Su amplia experiencia contribuye en el control de esta y otras enfermedades en la región.

Otro de los aciertos de la actual jefatura de programa ha sido la coordinación con el servicio de Malaria. Las razones están fundadas en la capacidad de desplazamiento de estos funcionarios técnicos, entrenados para su desplazamiento a los lugares más recónditos del Beni. Las capacitaciones y seguimiento están programadas para cada gestión, de esa manera la integralidad de acciones beneficia a ambos.

Otro bastión trascendente está ubicado en Riberalta, población con gran atractivo comercial y crecimiento dinámico. Las continuas migraciones y el intercambio comercial desde y hasta este municipio, obligan a intensificar acciones de control de muchas enfermedades. La lepra, cuya historia en el Beni tiene su especial mención en Riberalta, en la actualidad es una patología que mantiene su presencia, corroborada por las notificaciones anuales de casos nuevos, con algunas intermitencias.

Figura 3.19.



La presencia del equipo técnico profesional del Hospital Dermatológico Monteagudo (HDM) y el Asesor Médico de la DAHW ha estado en el terreno operativo, capacitando y brindando acciones asistenciales, diagnóstico y control a los enfermos y sospechosos de lepra.

5. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

1. FONTILLES. Revista de Leprología, “Las dos especies de micobacterias causantes de la lepra y su emergencia como enfermedad humana” Pág. 344. Vol. XXVII N°. 4, enero-abril 2010.
2. DA CONCEISAO CAVALCANTI, M; IÑIGUEZ ROJAS, L. “Evolución de la epidemia de lepra en Brasil” Revista Brasileira de Epidemiología Pág. 344, 2005.
3. LA PALABRA. Diario de circulación nacional. N° 8725. Pág. 11, Trinidad, sábado 03 de diciembre de 2011.
4. IBÍD. Pág. 11.
5. DE SIERRA, J. El Diario, agosto 16 de 1936. Artículo en la Revista de la Oficina Sanitaria Panamericana, Pág. 144. Febrero de 1937.
6. IBÍD. Pág. 145.
7. ARCHIVOS BOLIVIANOS DE MEDICINA. Órgano Oficial de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Francisco Xavier. Tomo V, Nos. 9-10, Enero- Diciembre, 1947. Págs.117, 120. Artículo: “La Lepra en el Beni” Dr. Carlos Viador Pinto Saucedo.
8. IBID. Pág. 127.
9. Portal Amazonía. Wigberto Rivera Pinto
<http://www.amazonia.bo/pueblos.php>
10. PRESENCIA, La Paz, Bolivia. 16 de agosto de 1993. Gentileza ISBO, USFX, Sucre.
11. <http://www.bolivian.com/alp/biografia.html>

12. SEDES BENI. "Plan estratégico de lucha contra la Hanseniasis, dirigido a develar y disminuir la prevalencia oculta en el Departamento del Beni, Periodo 2011 al 2015". Informe realizado por el Dr. Carmelo Mendoza. Trinidad, 2011.

CAPÍTULO IV

LEPRA EN CHUQUISACA

1. INTRODUCCIÓN
2. SOBRE EL PRINCIPIO DE LA TRANSMISIÓN
3. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD
 - 3.1. Eclósión de la lepra en Chuquisaca
 - 3.2. Los sacerdotes alemanes
 - 3.3. El cañón de Fernández
 - 3.4. La diseminación
4. EMBATES CONTRA LA LEPRA
5. LEPRA EN LAS PROVINCIAS
 - 5.1. Provincia Hernando Siles
 - 5.2. Provincia Belisario Boeto
 - 5.3. provincia Tomina
 - 5.4. Provincia Azurduy
 - 5.5. Provincia Oropeza
 - 5.5.1. Un brote en la provincia Oropeza
 - 5.5.2. ¡Doctor, en Potosí también hay lepra...!
6. LEPRA EN TODO EL DEPARTAMENTO
7. ETAPAS DE CONTROL DE LEPRA EN CHUQUISACA
 - 7.1. Guerreros contra la lepra
8. ANÁLISIS POR DECENIOS
9. HOSPITAL DERMATOLÓGICO MONTEAGUDO
10. LA DAHW DE ALEMANIA
11. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

1. INTRODUCCIÓN

La Historia de la Lepra en las distintas regiones del país desde que se tiene conocimiento y registros de su presencia, ha tenido poca relevancia técnica y administrativa en los niveles rectores de la salubridad, incluso en tiempos de alto riesgo. Al constituir una enfermedad de menor carga numérica respecto a otras afecciones, ha sido poco atendida, no obstante haber tenido derivaciones y efectos destructivos y pavor en la sociedad; sin que este criterio último haya podido modificar el orden de importancia para ubicarla en el ámbito de las enfermedades prioritarias.

Lo antedicho admite situar en alto relieve los grandes esfuerzos realizados por los salubristas que nos precedieron; motivados en conocer, a pesar de las restricciones, más de cerca el comportamiento de la enfermedad. Denodados esfuerzos, unos dirigidos a la infatigable búsqueda de terapias para la curación, cuando aún no fue descubierta la acción benéfica de las sulfonas; otros, tenían el afán de hacer el seguimiento clínico y estudio de la enfermedad en diferentes partes de la superficie corporal. De este impulso que hicieron connotados profesionales, en la actualidad poco queda, se ha diluido por el escaso incentivo a las acciones investigativas; limitándose el control de la lepra en la actualidad, únicamente a la detección y notificación en base a las normas y procedimientos primarios. Aún este último comentario queda a expensas de consideraciones que muestran la limitada cobertura de los servicios de salud.

Constituye una difícil labor determinar cuáles fueron los básicos hallazgos o clasificaciones clínicas en los primeros casos de lepra en el país, no obstante haber sido atendidos en establecimientos prestadores de servicios de salud, hasta en hospitales de ámbitos provinciales y capitales de departamento. Quedan únicamente algunas referencias históricas que no precisan mayormente las condiciones en que los afectados fueron atendidos y tratados, mucho menos se conocen registros clínicos individuales. Con mucho pesar, la evidencia nos muestra la no existencia de aquella información a la que hicieron referencia anteriores autores o profesionales médicos en artículos sobre este tema. Valiosos datos ahora perdidos, que han quedado en la bruma

del olvido; lo cual restringe realizar consideraciones retrospectivas de mayor profundidad.

Los registros obtenidos de lo acontecido en Chuquisaca, tienen sustento en los archivos y documentos del actual Hospital Dermatológico Monteagudo, que, en su condición de establecimiento para la atención de los aquejados por la lepra, cuenta con datos valiosos de las atenciones realizadas; lo que no ocurre con el resto de los servicios de salud del departamento

Con las consideraciones precedentes, en el presente trabajo tratamos de aproximarnos en lo posible a estos pasados eventos, tratando de tomar conocimiento de cuanto fue el acontecer histórico de la lepra en cada lugar del país, sus repercusiones y, con mayor hincapié, cuánto se hizo en el escenario de la salud pública, sin dejar de lado el comportamiento y reacciones de la población frente a este milenar padecimiento.

El departamento de Chuquisaca ha constituido un territorio endémico de lepra con amplia trascendencia histórica. La base documental que respalda, ubica a esta región entre las que tuvieron que soportar sucesos de importante ataque y riesgo, y en algunos territorios provinciales hasta de epidemia. Siempre ha estado mencionado entre las regiones con mayor notificación de la enfermedad, con el antecedente de haber tenido distribución de este daño en la totalidad de sus diez provincias. Desde estos lugares aún se notifican esporádicos casos. La lepra permanece en Chuquisaca y otros departamentos. Lo único que se puede asegurar es no saber hasta cuándo.

2. SOBRE EL PRINCIPIO DE LA TRANSMISIÓN

Chuquisaca, sobre todo su mayor centro poblado Sucre, por la importante significación política, social y económica que ha tenido desde la Colonia hasta fines del siglo XIX, fue un centro de confluencia de gran cantidad de acontecimientos de diferente índole, dejando un cúmulo de efectos entre los que se encuentran la transmisión de enfermedades, en un tiempo donde los niveles de prevención eran exigüos, concomitante a los pocos aportes científicos, dibujaban un panorama sombrío para el acontecer de la salud. Es así, que cualquier aspecto histórico-investigativo en el marco

de la temporalidad indicada, siempre tendrá a este departamento como asiento de esos sucesos.

La lepra en Chuquisaca ha sido uno de los espacios donde se ha manifestado con mayor intensidad y trascendencia. Han sido mencionados en ciertos escritos históricos, literarios y crónicas de la época que brindan algunas referencias, las más antiguas apuntan a los registros del Hospital Santa Bárbara de la ciudad de Sucre; enfatizando que lo obtenido responde únicamente a números absolutos, sin mayor glosa ni agregación referencial. También cuentan documentos que hacen simple referencia escrita sin ningún dato numérico. Condicionantes que limitan el análisis, y solo queda mencionar tal como lo percibimos. En esas condiciones, ubicamos nuestro comentario a los periodos históricos que el insumo obtenido nos consiente, con el objetivo de realizar un análisis crítico de lo acontecido y otras consideraciones que el dato permita construir, orientadas a mensurar en forma retrospectiva, las causas y efectos que este daño ha infligido en determinado tiempo y espacio.

Con el transcurrir de los años, ubicándonos en la etapa Republicana, las evidencias perniciosas del mal se hicieron más frecuentes, quedando testimonios patentes como el ocurrido en Tarija en los decenios de los treinta y cuarenta del siglo XIX; del mismo modo, como probables efectos de esta transmisión, se tuvo algunas notificaciones en el principal nosocomio de Sucre en 1871.

El flujo de población itinerante fue una de las vías de transmisión, entendiendo que los casos reportados en Tarija, confluyeron en la construcción de un leprocomio conocido como Lazareto, lo que invita a considerar la magnitud de este flagelo, que tuvo un triste fin, a fines del siglo XIX. No hace falta tener un alto grado de observación para suponer que este daño ubicado en este punto, al Sur de la naciente República, según una de nuestras hipótesis, vino desde Argentina, con el antecedente de que en poblaciones vecinas del país vecino, ya en tiempo de la Colonia, se tenía reportes importantes de casos de lepra. Los cronistas de la época enfatizaban la extensión territorial de la endemia, que motivó la preocupación de sus autoridades. Las migraciones e intercambio comercial y laboral entre ambos países ha sido una de las causas para la diseminación de la enfermedad, en mayor o menor

intensidad hacia las demás regiones del territorio nacional, entre estas, Chuquisaca.

Otra vía de entrada de la lepra ha sido por los afectados que llegaron desde los territorios de la Amazonía; en otros casos, de habitantes chuquisaqueños que retornaron infectados desde esos lugares. Datos coetáneos indican que a fines del siglo XIX y principios del XX, ya existían enfermos en pobladores de la Amazonía boliviana, sobre todo en Beni, a raíz del intercambio comercial y laboral entre poblaciones de frontera: Bolivia-Brasil. El país vecino cuyo vínculo con este daño, que lo aquejaba por más de un siglo, etapa de alta endemia que cada vez iba en aumento, y las instancias sanitarias ejercitaban acciones desesperadas para evitar su propagación.

Durante bastante tiempo la lepra ha permanecido en forma silente, no obstante haberse constatado la existencia de casos contagiosos, que, sin embargo, la diseminación no fue tan evidente como en otros lugares; lo que demuestra que la enfermedad, entre las tantas incógnitas que la rodean, encuentra sus caminos de transmisión en organismos inmunológicamente susceptibles, de lo que resulta el apotegma: *la lepra es de todas las enfermedades infecciosas la menos contagiosa*. Pero, a ciencia cierta, cabe la siguiente pregunta: ¿Cómo se puede determinar en las personas si están o no dentro la condición de susceptibilidad inmunológica?

3. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Es posible que haya existido lepra en el territorio de Charcas durante la Colonia, en caso de haber sido así, escasa o ninguna trascendencia social ha tenido. Entonces, nos abocaremos a la fuente que ha quedado registrada, que también sirvió a los narradores de la época.

Ya en la etapa republicana, los primeros casos denunciados en Chuquisaca datan de 1871, en el Hospital Santa Bárbara de Sucre. Se los diagnosticó de *elefantía o lázaro*. En forma concreta no se diagnosticaron otros casos, o no se quiso diagnosticar. Algunas enfermedades de la piel eran calificadas de “posible lepra”, cautelosamente por su cronicidad, su fetidez, algunas mutilaciones, etc. Servía también como palabra sinónima

de incurable y repugnante (1). En la opinión popular, la lepra era la enfermedad más contagiosa y detestable, peligrosamente se temía más a las personas afectadas que a la misma enfermedad. El Dr. Manuel Balcázar, haciendo referencia a la revista del Instituto Médico Sucre, indicaba que, en Sucre, en 1905, ya se conocía de algunos casos de lepra (2).

En 1923, el Dr. Manuel Urquizu, presentó una Tesis doctoral titulada "Lepra". En este importante trabajo profesional se refiere al estudio de la lepra en Bolivia. Escribe algunos conceptos relacionados con los enfermos atendidos en el Hospital Santa Bárbara de Sucre. Presenta un cuadro de enfermos de lepra que comprende los años 1871 a 1923, en el que se anota un total de 33 atendidos, y, como dice el autor: "Estos datos solo podrán servir como punto de partida para iniciar investigaciones sobre la distribución geográfica y reconocer los lugares focos de contaminación leprosa".

El Dr. Benigno Valda, en su Tesis doctoral, en 1938 (3), explica sobre tratamientos realizados por el Dr. Raúl Fernández de Córdova en el Hospital Santa Bárbara, en la década de los años treinta. Expresaba: "Hasta la fecha no se cuenta con datos seguros. En Sucre los datos obtenidos están restringidos a una sola institución, el Hospital Santa Bárbara. Observa un cuadro de 1901 a 1939, con 41 casos entre enfermos y muertos por lepra. Solo se tiene este registro".

Como para el resto del país, el Censo para medir la carga de lepra realizado a partir de 1942, por el ya organizado y vigente Servicio Nacional Antileproso, permitió contar, aunque parcialmente, con esa valiosa información; que resulta ser un corte transversal estadístico en el tiempo para comenzar con una base, por lo menos aproximada, de la magnitud y distribución de la lepra en Bolivia (4). La buena intención y los presupuestos se fueron diluyendo por las dificultades que irrumpieron, sobre todo, por el acceso a las poblaciones alejadas, que significaba mayor tiempo e inversión económica. A pesar de estas contingencias, los resultados, los únicos en mucho tiempo, fueron orientadores hasta que cobrara nueva vigencia el programa, han marcado una referencia útil para enfocar intervenciones departamentales y locales sobre la distribución y magnitud de lo encontrado.

Compartimos un resumen de los resultados obtenidos en la actividad censal realizada, vale hacer notar, que solo se trata de una parte de la población chuquisaqueña.

Focos territoriales identificados:	16
Focos probables	6
Caso de lepra detectados	39
Contactos identificados	152

Tabla 4.1.

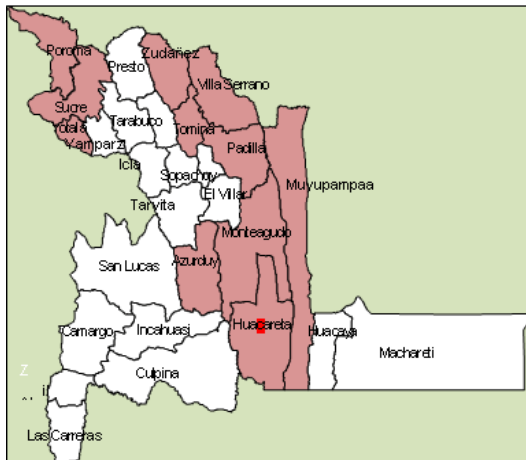
Distribución de los casos

Provincia Oropeza	Casos	Contactos
Sucre (ciudad)	11	46
Siccha	1	3
Yotala	2	6
Chaunaca	1	6
Huayra Pata	1	3
Kjatalla	1	4
Provincia Zudáñez		
Zudáñez	2	5
Provincia Tomina		
Padilla	5	14
Cucurí	1	2
San Pedro	1	1
Provincia B. Boeto		
Villa Serrano	3	11
Provincia Azurduy		
Azurduy	1	6
Tarvita	2	13
San Pedro	1	12
Provincia Acero		
Monteagudo	2	9
Muyupampa	4	15
Total	39	152

(La nomenclatura corresponde al informe realizado. En la actualidad alguna de las poblaciones no corresponden a esa regionalización).

Dicho informe también hace notar de otros focos no visitados por la Comisión, cuyo conocimiento se debe a informaciones de médicos del lugar, estas son: Cuevo, Cullcu, Huacareta, El Ingre, Uruguay, Camiri y San Juan del Piray. (Cuevo y Camiri pertenecen a la Provincia Cordillera de Santa Cruz; fueron nombradas por la proximidad). “En la ciudad de Sucre —complementa el informe— existe un pequeño sanatorio con capacidad de 20 a 30 enfermos, que una vez montado y equipado, podría muy bien servir para aislar a los enfermos, mientras se disponga de Colonias tipo agrícola”. Esta alusión se refería a una sección separada que existía en un extremo de la calle Colón, lugar que en la actualidad ubica a un complejo hospitalario.

Figura 4.1.



En el censo de 1942 se encontraron enfermos de lepra en 7 de las 10 provincias, y en 11 de los 28 municipios de Chuquisaca.

En este primer resultado, que constituye una línea de base aproximada de la lepra en Chuquisaca, se evidencia la presencia de la enfermedad en varias comunidades de diferentes municipios. Siete de las diez provincias presentaron casos y focos de infección activos. Topográficamente, son las regiones de clima cálido que pertenecen al Chaco, y otros del Valle con clima templado, donde mayormente estaba distribuida la enfermedad. No muestra casos encontrados en territorios altos, por encima de los 3.500 metros, que ubica a algunas poblaciones de la provincia Yamparáez; que, sin embargo, en la década de los años setenta, tuvo importante reporte de enfermos autóctonos.

Reiteramos que la información disponible, no era el resultado de una investigación realizada en el total de las poblaciones de Chuquisaca como ha ocurrido en los otros departamentos. Mencionamos recurrentemente este aspecto, porque han sido aquellas poblaciones no visitadas en este censo, las que posteriormente fueron sitio de grandes eventos de infección leprosa.

A modo de una rápida comparación, en los últimos 30 años la presencia de la lepra ha estado registrada en todas las provincias chuquisaqueñas, con diferente intensidad, lo que señala que ha existido una diseminación en todos los pisos ecológicos.

En **1971**, la revista de la OMS/OPS indicaba: “En Bolivia, donde se identificaron dos focos principales: a) al norte del departamento de Santa Cruz y al sur de Chuquisaca, y cuyo origen data de la época colonial, y b) al nordeste o Amazonia, foco reciente contiguo a los focos del Brasil (Acre) y del Perú (Madre de Dios)” (5). Estos antecedentes ratifican frecuentemente, a partir del análisis nacional e internacional, a Chuquisaca como uno de los departamentos de Bolivia donde se ha tenido importante presencia de la enfermedad, en diferentes momentos y diferentes zonas territoriales. Considerando que muchos de estos datos son solamente información numérica y otros básicamente referenciales, sin la descripción que discrimine otros aspectos de la enfermedad.

Chuquisaca ha vivido episodios dramáticos en cuanto a la agresividad de la lepra, alcanzando el pináculo de su más alta carga en las décadas de los años sesenta y setenta del pasado siglo. Evento epidemiológico que en forma silente e insidioso se fue organizando en las poblaciones rurales del Centro del departamento, lo que motivó se tomen medidas emergentes que confluyeron en la construcción de un pequeño establecimiento exclusivo, en principio, y luego un hospital para la atención de los infectados.

3.1. Eclosión de la lepra en Chuquisaca

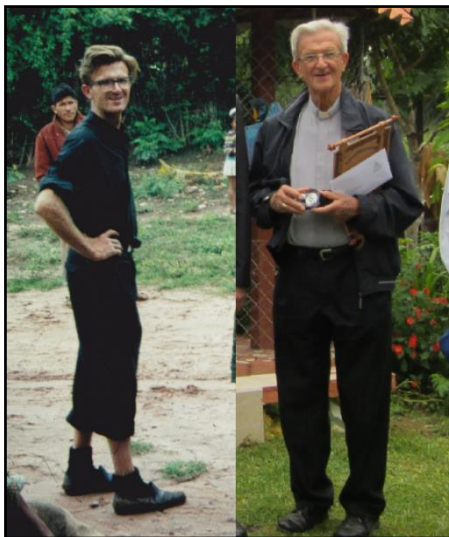
Trascendentales han sido los sucesos que la lepra ha obrado, a su paso dejando huellas indisolubles en los desventurados a quienes infligió escarnio sin contemplación. Sin duda, uno de estos acaecimientos ha sido el que se suscitó en territorio chuquisaqueño durante las décadas sesenta

y setenta; el mismo adquirió determinados distintivos, como también tuvieron los que acontecieron en Santa Cruz, Beni y Tarija, desde luego, diferentes en temporalidad y magnitud.

3.2. Los sacerdotes alemanes

Anteriormente hicimos mención a los sacerdotes alemanes cuya presencia a partir de 1964 en este episodio de la historia ha sido trascendental. Fueron ellos, Juan Vössing, Enrique Schmidt y, con mayor intervención el padre Leo (Leo Schwartz) los que ubicaron, notificaron y buscaron la ayuda externa, para los enfermos que en gran número se encontraban en la comunidad Cañón de Fernández y otras alledañas.

El padre Leo fue destacado sacerdote, caracterizado por su ímpetu, destreza y energía. A decir de los consultados, entre los que están profesores, expacientes, médicos, auxiliares de enfermería, y otros, conocimos que fue un hábil jinete, recorría grandes distancias y por varios días, visitaba las comunidades alejadas, lugares donde le urgía llegar con el mensaje de la palabra de Dios, porque antes nadie lo había hecho. Así también, ha sido importante su participación en la búsqueda de apoyo de instituciones internacionales para cubrir los gastos operativos que demandaba el control de la lepra en esos inhóspitos lugares, que posteriormente fueron considerados, toda la provincia y el departamento, por las autoridades regionales y nacionales, como de importante epidemia. Complementaba esta dura misión con los enfermos, visitándolos periódicamente, llevando alimentos, ropa, útiles escolares, medicamentos. Uno de los entrevistados decía: “Yo he visto el trabajo del padre Leo. Para él no existía el mal tiempo, ni los ríos crecidos; siempre llegaba puntual en el día y la hora en que comprometía su presencia. Al paso por cualquier comunidad, estaba presente el saludo de niños y mayores; y no le faltaba un vaso de agua que por lo menos le pudieran ofrecer. El sacerdote recibía con agradecimiento y compartía muy complacido cualquier alimento que le convidaban”. Otro entrevistado testimoniaba sobre la fortaleza del padre Leo: “Recuerdo cuando realizamos uno de los viajes a Fernández, una mula con pesada carga, estuvo a punto de despeñarse, fue la valentía del padre y de los arrieros para evitar esta tragedia.

Figura 4.2.

Padre Leo, en dos etapas de su vida. Muy joven (Izq.) cuando llegó a Bolivia a principios de los años sesenta (pastoreaba en Muyupampa), (Der.), con el paso de los años. (Archivos. HDM)

Algunas veces, al cruzar el río cuando éste estaba crecido, no faltaban animales que perdían la carga, llegaban a la orilla sin nada. Ante lo ocurrido, el padre Leo nos decía: Hay que agradecer a Dios, por su bondad, todavía estamos vivos”.

Incontables han sido las comunidades visitadas y las distancias recorridas por el padre Leo. Ha conocido hasta el último rincón de la provincia Hernando Siles y otras vecinas. Viajes a lomo de bestia o simplemente caminando. Pocas han sido las ocasiones en que pudo recurrir a algún motorizado, por el simple hecho de que no existían vías de acceso hacia los pequeños poblados donde generalmente se encuentra la gente más pobre. Y, como un designio enigmático y fuera de todo sentimiento de justicia, también en estos ámbitos relegados estaban gran parte de los afligidos por la lepra.

3.3. El Cañón de Fernández

El Cañón de Fernández, muy conocido en el ámbito provincial, poco conocido por el resto; renombrado en el contexto de la historia de la medicina, en circunstancias que corresponde tocar la alta endemia de lepra que se produjo en este espacio del Chaco chuquisaqueño.

Nos concretaremos en este segmento al análisis y valoración de algunos aspectos estadísticos que originan estos sucesos en la ruta de la comparación, y hacer medición aproximada, aunque retrospectivamente, de la trascendencia, magnitud y otros factores de riesgo, a las que estuvo sometida la población de las provincias del Centro de Chuquisaca, en un escenario donde las precariedades preventivas y asistenciales conjugaban con los grandes inconvenientes políticos, sociales y de inestabilidad en el país.

Figura 4.3.



El inicio del Cañón de Fernández. Al fondo se observa el largo trayecto de esta formación geográfica, y su población con características de dispersión rural. El largo Cañón de Fernández epicentro de uno de los eventos epidemiológicos de Lepra más importantes en el país.

Trasladando el péndulo de la historia a los primeros años de los sesenta, alcanzamos a comprender la poca cobertura y acceso territorial de las intervenciones sanitarias. La frecuencia de visitas a poblaciones alejadas se reducía, en el mejor de los casos, a una visita en el año. Con este ritmo de escaso abordaje a comunidades muy alejadas y dispersas, se acopiaron condiciones protectoras para la instauración masiva y diseminación de la

enfermedad, en un colectivo poblacional sometido y profundamente arraigado en costumbres telúricas, míticas y religiosas; todas se complementaban perfectamente para mantener, durante mucho tiempo, ocultos a estos enfermos que por temor a la censura social del medio permanecieron en silencio. Hasta que un día llegaron a estos confines los sacerdotes alemanes, vieron con sorpresa que en cada casa había por lo menos un afectado por lesiones compatibles con lepra. Era el principio de una historia en el Cañón de Fernández, que permaneció escondida por varios años, siendo uno de los brotes que irradió subsiguientemente la infección a las demás provincias del departamento.

Figura 4.4.



Los campesinos pobres han sido los más afectados por la lepra. Con efectos destructivos en sus cuerpos, fue así cómo fueron encontrados. Permanecían ocultos para evitar las críticas, repulsa y censura de su misma gente. (Archivos HDM).

Fue tanto el drama que vivió esta población, que en ese lugar quisieron construir un hospital para estos enfermos. Las autoridades de salud no vieron factible esta iniciativa por las características inaccesibles de la zona; en temporada de lluvias era prácticamente imposible el abordaje a estas poblaciones aisladas. En estas circunstancias, en 1964 con el apoyo conseguido de Alemania se construyó un puesto de salud emergente, en Fernández, en un lugar equidistante entre ambos extremos del largo cañón. Contaba con tres ambientes para la prestación asistencial, y a 50 metros, se construyó cuatro viviendas para los enfermos que llegaban con sus familias desde lugares muy distantes.

Figura 4.5.**Figura 4.6.**

Las lesiones y parálisis a causa de la lepra no permitían que las personas aquejadas realicen sus labores más elementales (Archivos HDM).

Como antecedente comparativo de este acontecimiento, del que no conocemos se haya realizado un comentario técnico, acudimos, en primera instancia, a la detección de casos que se realizó en 1943 en la Provincia Azero (hoy conocida como Hernando Siles y Luis Calvo) con motivo del primer censo para medir la carga de lepra en el país. En esa actividad sistematizada desde el nivel central se encontraron los siguientes datos: Provincia Azero: 6 casos de lepra: 2 en Monteagudo y 4 en Muyupampa, frente a los 17 que se detectaron en la Provincia Oropeza, cuya mayor presencia estaba en la ciudad de Sucre con 11 casos. Significa que antes de la eclosión de lepra en el Cañón de Fernández, que es donde nos centramos en esta explicación, estos territorios del Chaco chuquisaqueño, incluyendo las provincias aledañas como son Tomina, Azurduy y Belisario Boeto, no tuvieron mayor relevancia en la década de los años cuarenta, como el ocurrido tiempo después en los años sesenta durante la eclosión o brote que venimos comentando. Según inferimos, tuvo sus probables comienzos en esos iniciales casos identificados en el censo, que no fueron resueltos, a los que sin duda, se añadieron otras fuentes y vías de contagio, que en el proceso del tema iremos incorporando.

Retomando la labor de los sacerdotes alemanes, y siguiendo el análisis comparativo, una vez iniciada la tarea de detectar a los enfermos, las referencias consultadas nos indican que, en un solo viaje, en 1964, se detectaron 50 casos nuevos de lepra; de éstos el 90% eran formas avanzadas, también conocidas por la OMS como Multibacilares o contagiosas. Estos datos de acceso a los casos nuevos son válidos para construir la tasa de incidencia (indicador que mide los casos nuevos detectados en una población en un periodo de tiempo determinado); considerando además, que muchos de los datos posteriores, que ya no discriminan los casos nuevos de los antiguos, mostraban el cúmulo del total de afectados, no obstante, este dato ha sido muy útil para construir la prevalencia (indicador que mide los enfermos nuevos y antiguos en un periodo determinado). De esta manera podemos contar con una aproximación que mide el impacto epidemiológico de la eclosión de lepra en el Cañón de Fernández.

- Tasa de incidencia de lepra en Chuquisaca en 1964: 12 casos por 100.000 habitantes
- Tasa de prevalencia en los años siguientes, 1968: 9 por 10.000 habitantes
- Tasa de Ataque Primaria en la provincia Hernando Siles en 1964: 1 por 100

La Incidencia de lepra en Chuquisaca, tomando en cuenta el brote en Fernández en 1964, fue de 12 casos por 100.000 habitantes (tomando en cuenta solamente los 50 casos identificados y como denominador el total de la población del departamento), comparada con la incidencia de 2,2 para 2013 en el mismo departamento; y, de solamente 1,2 para Bolivia en la misma gestión. Si continuamos con este indicador, podemos hacer otra comparación con lo que ocurre actualmente en Brasil, país que ocupa el segundo lugar en el mundo por notificar mayor cantidad de casos nuevos de lepra –33.000 para 2013– (solamente superado por la India), cuya incidencia está alrededor de 15 por 100.000 habitantes, que está muy cerca a la que en 1964 (12 por 100.000) se tuvo en Chuquisaca. Estos registros y análisis nos reflejan que en 1964 se soportó una verdadera injuria nosológica de lepra con alto riesgo para la salud en Chuquisaca. La prevalencia de lepra en Chuquisaca, 9 casos por 10.000 habitantes, en los años que siguieron al brote, con la gran influencia de lo ocurrido en

Fernández, alcanzó una medida muy alta, que en la actualidad estaría considerada como de alta endemia. Con solo considerar que la OMS clasifica a los países mediante prevalencias por encima y por debajo de 1 caso por 10.000, entendiéndose que los que están por debajo, se los considera que alcanzaron la eliminación de la lepra, frente a los que superan este indicador, por encima de 1, que son los que continúan siendo problema de salud pública. En la actualidad existen muy pocos países dentro de este segundo grupo, en América solamente Brasil. Ya podemos inferir cuanto ha podido significar, comparativamente, una tasa de prevalencia de 9, como la de Chuquisaca en 1968 y 1970.

La Tasa de Ataque Primaria que porcentualmente mide el riesgo de la población expuesta a contraer la enfermedad fue de 1% para la población de la provincia Hernando Siles, muy comparable con los grandes eventos transmisibles que tuvo que soportar esta región.

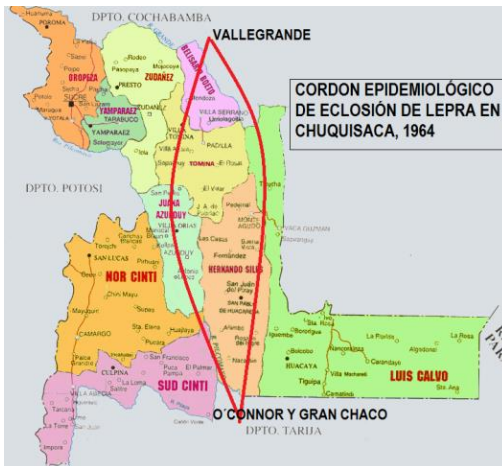
Hacemos notar que la inconsistencia de los datos de población en el país, desde su origen hasta la mitad del siglo XX, ha originado sesgos en la elaboración de indicadores estadísticos, con mucho más rigor entre los años 1900 y 1950, lapso de 50 años donde no se tuvo censo de población alguno. Cualquier referencia sobre este importante dato se lo hacía sobre la base de proyecciones, las que obstaculizaban establecer definiciones precisas y otro tipo de comparaciones. Hasta que finalmente en septiembre de 1950, se realizó el nuevo censo después de medio siglo de espera. Por supuesto que los resultados obtenidos mostraron importantes diferencias frente a las estimaciones y proyecciones que se utilizaban.

3.4. La diseminación

No cabe duda que lo ocurrido en Fernández y otras poblaciones de la provincia Hernando Siles, ha sido detonante para dirigir la mirada al diagnóstico de la lepra en otros confines del departamento (figura 4.6). Comenzaron las denuncias de casos nuevos en otras provincias, con mayor intensidad aquellas que formaban el Cordón Epidemiológico en el Centro del departamento de Chuquisaca.

Los territorios provinciales directos nexos con las poblaciones afectadas, fueron también sumidos en ese largo *silencio epidemiológico*. Cuando se tomaron medidas de intervención vertical o búsqueda activa, la distribución de enfermos estaba en casi todas las poblaciones de las provincias Tomina, Luis Calvo, Belisario Boeto y Azurduy. La provincia Oropeza, donde se ubica la capital Sucre, ya tenía lo suyo desde hacía tiempo, donde las señales eran mínimas en cuanto a su impacto y trascendencia. Sin embargo, el problema estaba creciendo en otro cantón de la provincia, en Poroma (6).

Figura 4.7.



Las provincias del Centro de Chuquisaca fueron afectadas por el importante brote de lepra en la década de los años sesenta del siglo XX. Es importante apreciar la relación con brotes similares en Tarija provincia Gran Chaco, y Santa Cruz en la provincia Vallegrande.

La provincia Belisario Boeto en el tema de la lepra es motivo de un particular comentario. Los antecedentes recogidos en los casos encontrados, muestran la presencia de este flagelo aun desde la década de los cincuenta. Las indagaciones sobre su instauración, aunque escasa y dispersa de inicio fue intensificándose después, lo que permitió enfocar los siguientes criterios:

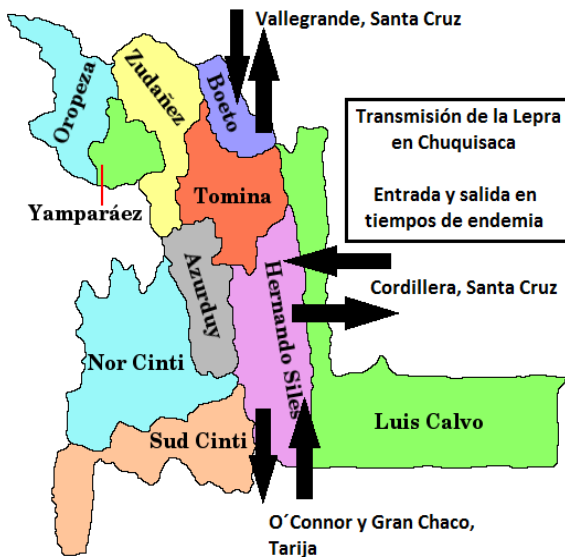
- El nexo territorial con la provincia Vallegrande de Santa Cruz fue una causa de transmisión.

- Los antecedentes de fuerte asentamiento de algunas enfermedades infecciosas y otras transmitidas por vectores, demuestran algún grado de susceptibilidad a ciertos procesos mórbidos.
- La alta migración, antes y ahora, han podido ser vehículo para la llegada de la enfermedad.
- La corriente de transmisión desde el foco primario de Fernández y Hernando Siles ha sido también otra causa.

Con estas consideraciones, en el estudio y análisis del cordón epidemiológico consideramos a Villa Serrano como uno de los focos primarios en el departamento.

Una de las vías de propagación mutua entre regiones, ha sido la que motivó los dos brotes importantes en Bolivia, el de Chuquisaca y Santa Cruz. La primera, es la que viene del norte, desde la provincia Vallegrande de Santa Cruz, por su nexo territorial con su similar Belisario Boeto de Chuquisaca (Figura 4.7); la segunda, desde el sur, entre las provincias O'Connor y Gran Chaco de Tarija con Hernando Siles de Chuquisaca.

Figura 4.8.



El triángulo de la lepra

Al referirnos sobre la lepra en el departamento de Santa Cruz, también se hace referencia sobre este triángulo, cuya importancia señala los polos o focos desde donde se originaban o confluían los casos de lepra en las décadas de los años cincuenta y sesenta.

La meritoria profesional Dra. Nora Siles, hace referencia a este triángulo, el mismo que fue establecido de acuerdo a la distribución de casos en un momento epidemiológico dado. Sin duda que también existieron otros espacios con las mismas características en otras regiones, como ha sucedido en la Amazonía.

Figura 4.9.



Triángulo de la Lepra; década de los años setenta, conforman poblaciones de tres departamentos: Vallegrande de Santa Cruz, Villa Serrano de Chuquisaca y Aiquile de Cochabamba.

El triángulo de la lepra en el centro del país estaba conformado por tres poblaciones que corresponden a tres departamentos: Chuquisaca, con Villa Serrano; Santa Cruz, con Vallegrande y Cochabamba, con Aiquile (Figura 4.8). Los antecedentes epidemiológicos y la procedencia de los enfermos hicieron que la mirada esté dirigida a este espacio territorial. Las tres poblaciones, sobre todo en los años cincuenta, derivaban sus enfermos a la Colonia “Los Negros” construida en esos años, ubicada en Pampa Grande provincia Florida de Santa Cruz. En lo que respecta a Aiquile, los datos analizaremos cuando corresponda la descripción de Cochabamba, si bien no tiene mayor relevancia en notificaciones locales ni departamentales, no obstante, fue desde este lugar y sus alrededores un flujo importante de casos derivados a “Los Negros”, donde se quedaron

internados y notificados como si fuesen del lugar. Vallegrande, históricamente ha sido un foco de lepra muy importante en Santa Cruz con gran repercusión en las estadísticas del nivel nacional.

4. EMBATES CONTRA LA LEPRA EN CHUQUISACA

Los variados acontecimientos a partir de 1964, motivaron se tomen medidas para enfrentar la enfermedad, cuyos primeros notificados presentaban una elevada proporción de casos avanzados, casi todos portaban algún grado de discapacidad, parálisis o mutilaciones severas, con diseminación en casi todo el cuerpo; enfermos de todas las edades, no discriminaba sexo; algunos hogares tenían la enfermedad en todos sus miembros. Era un panorama sombrío y desolador, en medio de un clima de podredumbre, miseria y desnutrición, sobre todo de desesperanza; habían perdido la fe, solo atinaban a exclamar protestas y quejas mirando al cielo, buscando alguna respuesta que nunca llegaba. Se imponía construir un Centro de Salud para cobijar a estos enfermos, separarlos mientras dure su tratamiento y curen sus más apremiantes heridas.

Los sacerdotes alemanes, entre ellos el padre Leo Schwartz, que detectó el foco leproso en Fernández, realizaron las gestiones para conseguir apoyo de un grupo de voluntarios alemanes. Lo primero que hicieron fue construir un puesto de salud con algunas dependencias para alojar a los enfermos (Véase el Puesto de Salud en el Cañón de Fernández). Desde este reducto se realizaron las primeras intervenciones para detectar, iniciar tratamiento, curar las heridas y control en los contactos.

La lepra iba en aumento, los enfermos de las demás poblaciones sumaban a los ya existentes, el establecimiento quedaba insuficiente, urgía contar con otro de mayor capacidad, se pensó en la construcción de un hospital. Estaba vigente la decisión de apoyo de la Asociación Alemana al Enfermo de Lepra y Tuberculosis “DAHW”, el anhelado establecimiento de inicio se pensó construir en Fernández, que era el lugar donde se encontraba la mayor carga de la enfermedad. Pronto surgieron los obstáculos, la topografía accidentada y otros factores —un largo cañón en medio de dos cadenas montañosas— no se mostraban favorables. De este modo se decidió en 1967, construir el actual Hospital Dermatológico Monteagudo. Desde este recinto se realizó el control de este flagelo en el departamento

de Chuquisaca, atendido por profesionales con experiencia en esta rama médica.

Las repercusiones sobre la presencia de lepra en la Región Central de Chuquisaca, en 1964 motivó que algunas instituciones dirigieran su atención; comenzaron a incorporar con mayor frecuencia los exámenes médicos y análisis bacteriológicos de sospechosos de lepra. Fruto de este trabajo, recoge datos el Dr. Alfredo Gamarra, que para su Tesis “Sobre 15 casos de lepra en el Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles, Zona Sud (Sucre) comprobados bacteriológicamente en laboratorio (año1967)” incorpora registros de atendidos en consulta externa provenientes de provincias y cantones de Chuquisaca (7).

Tabla 4.2.

Procedencia y resultados			
Procedencia	Nº casos Sospechosos	Bacilosc. positiva	Bacilosc. negativa
Sucre	6	1	5
Azurduy	2	2	0
Tarija	1	1	0
Pucara	1	1	0
Camiri	1	1	0
Taperilla	1	1	0
Puma mayu	1	1	0
Alcalá	2	2	0
Villa Serrano	1	1	0
Tabla mayu	1	1	0
Cañón de Heredia	1	1	0
Sopachuy	1	1	0
Horcas	1	1	0
Caña mayu	1	0	1
El Rodeo	1	0	1
Cañón de Fernández	1	0	1
Total	23	15	8

Los resultados de este trabajo, por ser una de las pocas investigaciones realizadas por instituciones estatales, en un periodo de plena

efervescencia de la lepra y, la importancia para comparaciones posteriores, resumimos seguidamente para luego acceder a un comentario.

Sobre 23 casos investigados en 1967. Se realizaron exámenes de linfa (baciloscopia) en 23 casos sospechosos de lepra en el laboratorio del INET (Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles).

El reporte de las baciloscopias positivas indicaba: Abundantes bacilos de Hansen. De los positivos por edad, los examinados correspondían a los grupos de edad entre 10 y 19 años, 1 caso; entre 20 y 29 años, 10 casos; entre 30 y 39 años, 4 casos.

Distribución por sexo, de los 15 casos positivos, confirmados por laboratorio, todos correspondían al sexo masculino. Por estado civil, 9 eran casados y 6 solteros. Por su ocupación, 13 labradores, 1 universitario y 1 empleado.

Reiteramos que este trabajo fue realizado en años considerados de importante epidemia. Es de los pocos que existen en nuestro medio; es una muestra de la forma de las detecciones que se realizaba en el departamento, en circunstancias en que aún no se contaba con el personal especializado en lepra; por cuanto el Hospital Dermatológico Monteaugudo recién fue inaugurado en 1968.

Los datos de laboratorio del INET revelan que los casos notificados y estudiados, cuyas muestras llegaron para ser examinadas en este laboratorio de referencia, no corresponden ni son el resultado de un trabajo de intervención planificado ni priorizado por las políticas de salud de entonces. Más bien, respondían a un flujo de consultas de libre demanda intramural en los servicios prestadores, y no a una labor de extensión programada; no otra cosa significa la no presencia de ningún caso de sexo femenino. Más propiamente se podría establecer que estos enfermos de lepra encontrados y reportados, fueron los que estuvieron al paso o que circunstancialmente fueron ubicados en el Hospital Santa Bárbara; algunos referidos de poblaciones rurales.

El escueto análisis que realizamos se sustenta en la cantidad de casos que en realidad existían en los lugares señalados en el estudio. Así en las

poblaciones de la provincia Hernando Siles, aledaños al foco principal de Fernández, estaba presente el daño tanto en varones, mujeres y niños. Un reporte de una sola visita a esas poblaciones mostraba 50 casos nuevos. Posteriormente el equipo del HDM notificaría un número considerable de enfermos, que sobrepasaban el centenar de casos anuales, de estos, un alto porcentaje en avanzado grado de discapacidad.

Lo que nos interesa es conocer nuestra historia, sin prescindir de cuanto documento pueda contribuir a ubicarnos en los acontecimientos que han señalado las batallas contra este flagelo en Chuquisaca. Como en todas partes del país, no faltaron los aciertos y errores, con servicios desprevenidos ante la alta carga emergente, con limitaciones en el personal de salud en el manejo del problema, falta de presupuesto y casi ningún medio de transporte para encarar acciones operativas en terreno.

Volviendo al informe elaborado por el Dr. Alfredo Gamarra, daba a conocer las condiciones en que se realizaba el trabajo de control de la enfermedad en ese tiempo, enfatizando la falta de apoyo de las autoridades de salud desde el nivel regional y central, falencias que eran más evidentes en el área rural: “En las provincias se puede decir que la atención es nula, pese a que en ellos se encuentra el mayor número de enfermos de lepra, como en la provincia Hernando Siles, se ha comprobado que en 1966 cuando se fue a firmar el contrato (convenio) en Monteagudo, entre el Ministerio de Salud Pública y los representantes de la Misión Alemana de ayuda a los enfermos de lepra, que personalmente el Dr. Celio de Paula Mota, Consultor Regional de Lepra de la OMS/OPS, constató varios casos de lepra, siendo en su mayoría del tipo lepromatoso. Habiéndose instalado en Monteagudo un centro de rehabilitación atendido por los alemanes”.

Referirnos al control de la lepra en Chuquisaca es hacer expresa referencia al Hospital Dermatológico Monteagudo (HDM), institución que con el apoyo de voluntarios alemanes (DAHW) asumió el reto de controlar la enfermedad en todo el departamento, en circunstancias de gran escasez de personal en la red departamental de salud, que se reflejaba en la reducida cobertura territorial, precaria dotación de medios de transporte, accesibilidad caminera con muchas limitaciones —mayormente consistía en acémilas, caballos, mulas—, sin dejar de lado el desconocimiento sobre la enfermedad en gran parte del sector

sanitario, factor que iba acompañado del terror hacia la enfermedad, constituían marcadas debilidades en los servicios de salud para hacer frente con criterio técnico al avance de la lepra. Entonces, todas las miradas se volcaron hacia el trabajo que realizaba el personal de médicos, enfermeras, auxiliares y personal de apoyo del HDM. Que en esos años era conocido por la gente con el nombre equivocado de “leproso de Candúa” (Conocido de esta manera porque el cruce del camino para ir a la comunidad de San Miguel de las Pampas, que es donde está el hospital, queda a la altura de la población de Candúa).

Figura 4.10.



Los primeros años se detectaron enfermos de lepra con discapacidades. La mayor proporción correspondía a las formas avanzadas de la enfermedad. (Archivos HDM).

Transcurrían los años, iniciaba la década de los setenta, se intensificaron las *batallas contra la lepra* desde el HDM. El establecimiento recibía enfermos de todas partes, era necesario implementar otros servicios. De pronto surgió otro imponderable operativo, el personal no era suficiente para cubrir todas las demandas en la medida que el trabajo obligaba, en dos escenarios, el primero, labor Intramural, para la consulta en el establecimiento y la atención del gran número de internados, en su mayoría con lesiones incapacitantes; el segundo escenario, comprendía acciones de extensión hacia las comunidades alejadas de las provincias en riesgo, donde aguardaba otro contingente de enfermos. Ambos constituían los pilares del arduo trabajo de control.

Figura 4.11.

Las grandes distancias y la pobreza mostraban un panorama desolador para trasladar a los enfermos. Foto: 1969, traslado de un enfermo hasta el Hospital Dermatológico Monteagudo. En la actualidad no cuenta con ambulancia. (Archivos HDM).

El impacto del trabajo realizado por el personal del HDM pronto fue reconocido y evaluado en instancias del nivel central. Fueron de alta significación los resultados alcanzados desde el comienzo sorprendía a todos en Chuquisaca. En el nivel nacional pronto se tuvo noticias de analistas e instituciones internacionales. Entre 1970 y 1971, según un informe realizado por la jefatura del Programa Nacional de Hansen, se diagnosticaron 400 casos nuevos de lepra en el departamento de Chuquisaca. Se puede medir la considerable carga de la enfermedad.

- Tasa de incidencia para Chuquisaca en 1970: 44 por 100.000 habitantes*
- Tasa de incidencia para Chuquisaca en 1971: 44 por 100.000 habitantes*
- Tasa de prevalencia para 1971: 8,9 por 10.000 habitantes*
- Tasa de ataque para la provincia Hernando Siles en 1971: 2 por 100 habitantes

Fuente: Elaboración propia.

**Indicadores subnacionales contruidos con denominador que corresponde al departamento de Chuquisaca.*

Con los escasos medios que contaba y con los factores topográficos y climáticos en contra, el trabajo de controlar la enfermedad en Chuquisaca desde el HDM, fue desde el principio, una estrategia vertical. Las intervenciones fueron planificadas por etapas:

La primera etapa, estaba destinada a brindar cobertura a las comunidades aledañas del foco principal, que como ya mencionamos soportaba un ataque de la enfermedad sin precedentes. Cada población que se visitaba tenía por lo menos tres o cinco afectados, por supuesto que también estaban aquellas que tenían gran cantidad. Según un reporte verbal obtenido, el Director del HDM en 1970, Dr. Renato Amonzabel, traía al hospital en un camión contratado, a tantos enfermos como podía desde las poblaciones visitadas; otros llegaban con sus propios medios al nuevo hospital para recibir la medicación, y paralelamente, mejorarles su estado general, por las condiciones de debilidad en que se encontraban por la mala alimentación. Pronto el hospital estuvo al borde de la saturación y el colapso por la excesiva demanda.

En la segunda etapa, prevalecía el desplazamiento hacia las comunidades más afectadas de las provincias que conformaban el cordón epidemiológico de esos años: Tomina, Azurduy, Belisario Boeto, Luis Calvo. No fueron pocos los casos, en algunas de estas poblaciones el número de identificados era tan grande que la provisión de insumos y medicamentos fue insuficiente. Quedaban algunas comunidades para ser visitadas en una siguiente visita; las condiciones de trabajo, las distancias y la poca accesibilidad caminera, obligaban a esta alternativa.

Mientras que la tercera etapa, estaba programada para visita a las provincias aledañas de la capital Sucre, Oropeza, Yamparuez y Zudáñez; no fue menos significativo el número de enfermos diagnosticados, pero, faltaba la visita a las comunidades del municipio de Poroma, las que se planificaron para una próxima ocasión, a cuyo propósito podemos adelantar que fue una gran sorpresa la que tocó vivir en esas alejadas poblaciones.

Para finalizar, la cuarta etapa, que comprendía poblaciones del Río Pilcomayo, y abarcaba el sur del departamento hasta incursionar en territorio tarijeño.

5. LEPRA EN LAS PROVINCIAS

5.1. Provincia Hernando Siles

Fue una de las primeras intervenciones. La intensidad de los hallazgos, las distancias y la temporada de lluvias, imponían la necesidad de realizar reiteradas visitas hasta llegar a las poblaciones más alejadas y dispersas. El equipo del HDM tenía una ruta ya identificada que generalmente se la cumplía por las características del abordaje a las poblaciones involucradas. El punto de distribución estaba en el Cruce del Cañón de Heredia. Desde este sitio se llegaba a la primera comunidad, Pedernal, para continuar a Roldana, Chapimayu, Canizal, Rodeíto, San Lorenzo, Potreros, Fernández, Carballo, Vallecitos, Rodeo, Saucecitos, Los Arcos, Cachimayu, Duraznito. Después de largas jornadas de viaje y trabajo, continuaba a Sauce Mayu, Uruguay, Añimbo, Tacurvite, las Juntas del río Pilcomayo, San Juan. Desde aquí nuevamente se emprendía el trabajo hacia las comunidades de Los Naranjos, Ingavi, La Capilla, Despensas, Palmarcito, Pozuelos hasta terminar en Yaconal.

Figura 4.12.



Figura 4.13.

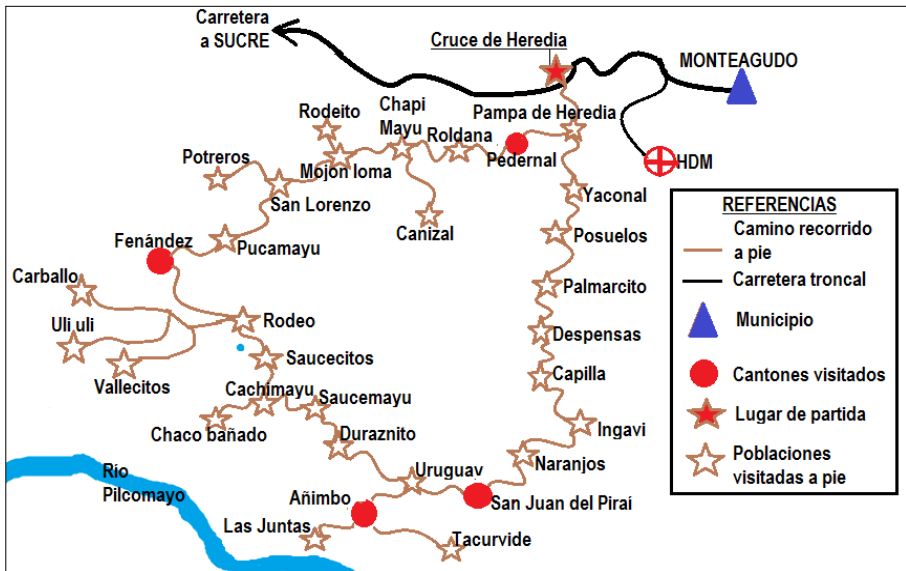


La distribución de la lepra estaba en varias poblaciones de la provincia. Era alarmante encontrar enfermos con grados avanzados de incapacidad física y funcional. La mayoría tenía esposa e hijos y compartían la misma vivienda.

El recorrido comprendía toda la provincia, realizando consultas, educación en salud, seguimiento a los tratamientos, toma de muestras para el análisis de laboratorio, curación de heridas y otras acciones que las circunstancias exigían. Este trabajo comprendía más de tres semanas constantes, había que caminar en lomo de bestia muchos kilómetros. Los animales requeridos eran mínimamente siete: cinco de silla y dos de carga. Según relatan nuestros entrevistados, se desayunaba, y solo era esto, hasta la cena, no quedaba tiempo para el almuerzo.

Gráfico 4.1.

Esquema de operaciones en la provincia Hernando Siles.



Al margen de las detecciones realizadas desde el funcionamiento del HDM, en 1973 en un viaje realizado por una parte de la provincia, se identificaron 90 nuevos enfermos, la mayoría eran casos avanzados. Todos entraron en tratamiento inmediato y en sus lugares de residencia, con la previa recomendación y explicación a los familiares sobre la verdad de la lepra y sus cuidados; permitiendo que estos sean los que contribuyan efectivamente en la recuperación de sus enfermos. Algunos se constituyeron en agentes comunitarios de salud, también conocidos como Responsables Populares de Salud (RPS).

Puestos Piloto

Con el propósito de efectuar un mayor seguimiento a los tratamientos instaurados, conociendo la escasa distribución territorial de recursos sanitarios, y con la premisa de que los tratamientos contra la lepra, establecidos y adecuadamente dosificados no debían suspenderse para evitar complicaciones posteriores, el HDM conformó Puestos Piloto de Salud, de tal manera que un determinado auxiliar de enfermería entrenado y capacitado, se constituía en forma continua en ese Puesto, así podía desplazarse oportunamente hacia los enfermos y verificar el cumplimiento de la medicación. Fue el caso del auxiliar Rafael Mendieta, que operaba desde uno de los dos Centros Piloto, San Juan o Rodeo, lugares donde permanecía por dos meses, hasta verificar el correcto suministro de la primera fase del tratamiento.

5.2. Provincia Belisario Boeto

Con los antecedentes previos de la enfermedad en algunos pacientes que acudían al HDM, e indagada su procedencia, se conoció que muchos de estos pertenecían a poblaciones de la provincia Belisario Boeto (su capital Villa Serrano).

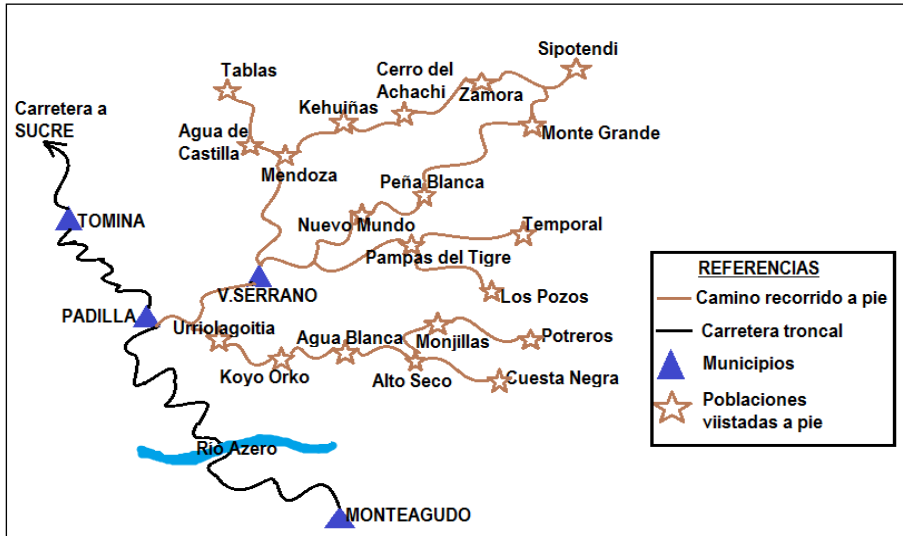
Dicho contexto nos ubica en el norte del departamento, colindante con la provincia Vallegrande del departamento de Santa Cruz, lugar donde se produjo en años anteriores en la población del mismo nombre, gran cantidad de estos enfermos. Esta peculiar efervescencia en el vecino departamento motivó la construcción de una Colonia que se la conocía como “Los Negros” (Provincia Florida, municipio de Pampagrande) ubicada en proximidades donde se presentó con mayor fuerza este evento nosológico de alta endemia. No cabía duda, el nexo epidemiológico tenía sus efectos y cobraba sus víctimas en las poblaciones vecinas de Chuquisaca.

Algunos de los casos encontrados en la provincia correspondían a los que ya habían sido atendidos en “Los Negros” Santa Cruz. Siguiendo este hilo conductor se pudo establecer un mapeo de las comunidades de donde provenían, y otras, donde también se habían presentado casos “índice” (casos nuevos sin antes haber sido tratados); y, aquellas que por información de los pacientes se tomó conocimiento, para luego organizar

un plan de actuación encaminado a detectar a los afectados, con la estrategia de la búsqueda activa, examinando la piel de toda persona atendida, mucho mejor si se cubría a toda la población.

Gráfico 4.2.

Esquema de operaciones en la provincia B. Boeto



Fuente: Elaboración Propia

1971, comienza el desplazamiento por la provincia; la primera llegada fue a la comunidad de Urriolagoitia, para continuar hacia Villa Serrano, Chapas, Mendoza, Agua de Castilla, Tablas; continuar hacia Kehuiñas, Cerro del Achacachi, Zamora, Sipotendi. Por otra ruta se abordaron otras comunidades: Koyo Orko, Agua Blanca, Cuesta Negra, Alto Seco, Monjillas, Potrerros, Los Pozos, Temporal, Pampas del Tigre. También se hizo el recorrido por Nuevo mundo y Peña Blanca.

En este trabajo, con las condiciones y riesgos que se tenía que contraponer, con caminatas en acémila y a pie, se registraron 95 pacientes, la mayoría eran multibacilares (enfermedad avanzada) con diferentes grados de discapacidad. Todos los casos identificados como positivos para lepra fueron tratados de inmediato, instaurando los

esquemas terapéuticos en función a la forma clínica y la edad. El recorrido por la provincia duraba entre 15 y 25 días continuos. Con distancia recorrida de aproximadamente 400 kilómetros desde Monteagudo.

Figura 4.14.



Únicamente con la inspección clínica se han podido encontrar lesiones que permanecían por mucho tiempo ocultas. (Archivos HDM)

Figura 4.15.



Era frecuente encontrar úlceras ocasionadas por la falta de sensibilidad en los afectados. El temor a la censura y el desconocimiento sobre las enfermedades fueron causa para la evolución de los daños. (Archivos HDM)

De esta manera se realizaron las visitas a las comunidades de la provincia Belisario Boeto. Se contó con la valiosa intervención en los primeros años, de auxiliares de enfermería capacitados en lepra y medicina integral,

entre los que citamos a Alejandro Mejías, Agustín Rejas; y a partir de 1978 con el Auxiliar Rafael Mendieta. Posteriormente llegaron otros Auxiliares que cubrieron el trabajo en otras provincias: Samuel Escobar, Quintín Chávez y Justo Durán.

5.3. Provincia Tomina

Mes de junio de **1972**. El conjunto de profesionales del HDM, venía ultimando los detalles para emprender una nueva ofensiva contra la lepra. Esta vez correspondía a las comunidades de la provincia Tomina.

Por los reportes conocidos de varios casos nuevos de lepra en otros ámbitos territoriales del departamento, la planificación identificó las comunidades de riesgo. Una vez concluido con todos los detalles de apoyo en 1972, la gira por la provincia Tomina quedó viabilizada con la estrategia que se imponía en esos momentos: la búsqueda activa con acciones verticales.

En la oportunidad se contaba con el valioso aporte del Auxiliar Agustín Rejas, funcionario del HDM, oriundo de Alcalá —municipio que pertenece a la provincia Tomina—. Era conocedor de este amplio territorio, que fue favorable para el mejor acceso a las comunidades y los domicilios de los aquejados; de esa manera, como en cualquier lugar del país en ese tiempo, tenían mucha reserva y hasta permanecían escondidos para no ser vistos, dado el inclemente estigma social por efecto de este mal.

Los premonitorios para realizar el trabajo consistían en la organización planificada para evitar la desconfianza de la población. Lo que significaba que el anuncio inicial del motivo de la visita e hilo conductor de la estrategia, consistía en cubrir gratuitamente todas las consultas que se presentaran. La notificación se realizaba visitando las viviendas para contar con el mayor número de consultantes y tener acceso de examinar los cuerpos para confirmar o descartar la presencia de lepra. Mientras se realizaba esta labor previa de notificación, que era tarea de los varones, la enfermera que era parte de la comisión que visitaba, preparaba el alimento, para después compartir con el equipo de salud, antes de iniciar el aciago trabajo.

Figura 4.16.

La presencia de la enfermedad estaba en cualquier parte del cuerpo, cara, ojos, manos, pies, tórax, abdomen. El escarnio de la lepra era inclemente en la gente más pobre de las poblaciones más alejadas. La pobreza, falta de medios y la forma de vida en el campo en medio de polvo y tierra, impedían contar con zapatos o sandalias protectoras. (Archivos HDM)

Cada mañana, muy temprano, aún con la oscuridad y frío del mes de junio, como es la característica de la vida cotidiana del habitante rural, los comunarios ya estaban esperando para ser atendidos. Varios de ellos venían con sus hijos y otros miembros de la familia. Los visitantes salubristas apenas tenían tiempo para desperezarse, los consultantes esperaban, había que atenderles con toda prolijidad y esmero, faena que duraría todo el día, incluso hasta altas horas de la noche. Esto era así, repetitivo, en cada jornada de trabajo. Uno de los auxiliares entrevistados al recordar esos fatigosos días, comentaba: “No teníamos tiempo ni para almorzar. Comíamos en la noche, cuando estábamos muy cansados, y después a dormir. Al día siguiente, muy temprano, había que estar levantado y presto para el trabajo, o para ir caminando varias leguas hasta otra población, cargando los medicamentos y otros materiales”.

El primer trabajo en la provincia Tomina se realizó en junio de **1972**. Se aprovechaba la temporada seca para evitar los obstáculos de aguas crecidas en los ríos, se trataba de la temporada más fría del año. No obstante, la misión propuesta para controlar la lepra estaba marcada, era un imperativo, eran los únicos en el país que podían encarar este tipo de trabajo. Después del desplazamiento en vehículo por las comunidades

ubicadas en el camino troncal, se procedía al viaje caminando, para luego abordar las comunidades de San Pedro, Sopachuy, Tarabuquillo, Arquillos, Tomina, El Villar, San Blas, Limabamba, Alcalá, Campo Redondo, Padilla, La Ciénega, San Julián, Tres Pozas, Lampacillos, Tabacal, Leuquepampa, Rosal, Astillero, para finalizar en la comunidad de Th'ihumayu. Este recorrido anual tenía duraciones variables, entre 26 a 30 días. El equipo permanecía sin retornar a sus hogares, con la fatiga de largas caminatas, con los efectos para la salud que conlleva esta clase de emprendimientos prolongados. Sin duda, este conjunto de valerosos médicos y personal de apoyo, no han estado exentos de contraer enfermedades respiratorias, digestivas y otras relacionadas con las condiciones de restricción en materia de alimentación adecuada, agua potable y las adversidades climatológicas. Cada uno de estos recorridos en la misión de controlar la lepra en esta provincia cubría entre 700 y 900 kilómetros; gran parte de este tramo en acémila y caminando a pie.

Rafael Mendieta, uno de los técnicos que participó activamente en estos acontecimientos históricos para la salud pública del país, relataba con mucha nostalgia sobre las interminables noches que les tocaba vivir, “dormíamos en las escuelas, sobre los bancos. Había exagerada cantidad de vinchuca, teníamos miedo de que nos picaran, por eso muchas veces era preferible dormir en la pampa libre. Era conocido que en esos lugares había Chagas a consecuencia de las vinchucas”, afirmaba Mendieta.

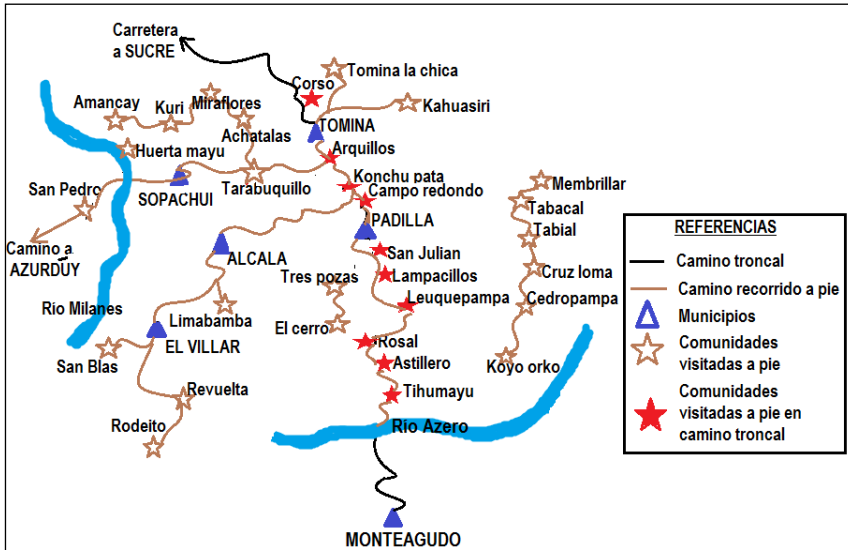
En la provincia Tomina se encontró 170 enfermos de lepra. Haciendo notar que las formas avanzadas o conocidas técnicamente (OMS) como Multibacilar (Contagiosa) eran las de mayor proporción 80%, respecto al 20% de las formas iniciales o Paucibacilares. Lo que indicaba que la enfermedad estuvo presente por mucho tiempo sin que se hayan realizado acciones sanitarias para su control.

Cada uno de los casos nuevos de lepra inició tratamiento, para esto se distribuía la medicación respectiva, previa concientización del enfermo y su familia. Todo dependía del trabajo de educación sanitaria para el autocuidado y la toma de los medicamentos sin descuidar un solo día, de esa única forma se podía conseguir la curación. Para hacer seguimiento de los casos, se repetía la visita del equipo del HDM después de 90 días, solo con este ritmo se podía controlar y hacer seguimiento; tomando en cuenta las dificultades que se presentaban por la gran dispersión de las

comunidades y las viviendas de los dolientes, fueron varias las ocasiones que se tuvo que caminar toda una jornada, entre ida y vuelta, solamente para llegar a una vivienda y cubrir a un solo paciente y su familia.

Gráfico 4.3.

Esquema de operaciones en la provincia Tomina.



Fuente: Elaboración propia.

En la actualidad en la provincia Tomina la enfermedad está controlada, son esporádicos los casos que se identifican. Los nuevos enfermos que se identifican, solo muestran manchas pequeñas o lesiones iniciales de la enfermedad, lo que permite una curación sin mayores sobresaltos.

5.4. Provincia Azurduy

Azurduy, territorio de estrecha relación con la cordillera, de topografía accidentada al igual que el resto del departamento, ha tenido históricamente un difícil acceso caminero. Con acierto el Dr. Jaime Mendoza escribía cuando se refería a nuestra realidad geográfica: "No es pues precisamente la distancia sino la propia constitución geológica del

país, la que presentando en un solo bloque los elementos más contradictorios, ponen a prueba la paciencia y el ingenio humano”.

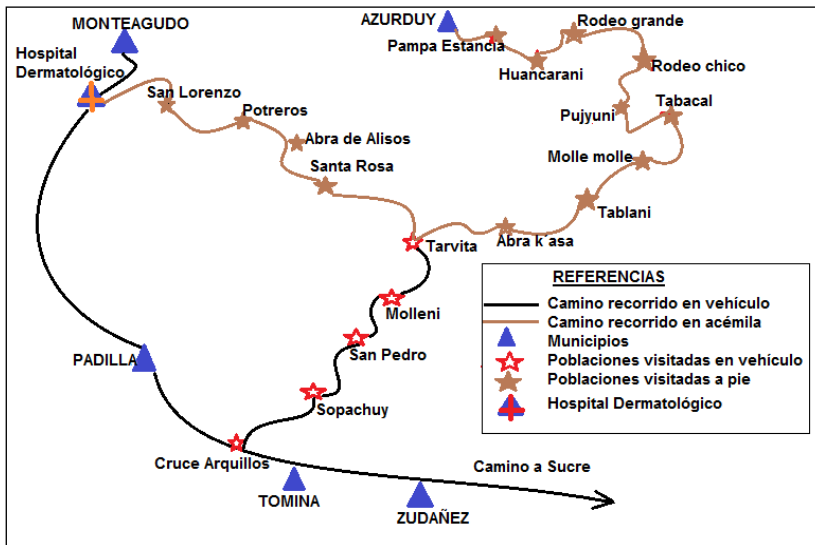
Hasta la década de los años noventa los viajes de Sucre hacia Azurduy demoraban dos días, con pernocte en lugares ya conocidos. Todo viaje se realizaba en camión de carga, no había buses para este efecto. Cada viaje era un verdadero desafío; había que cruzar la cordillera, pasando antes por Tarabuco, Icla, y luego sortear una carretera abrupta; era muy común escuchar a los viajeros decir “camino lleno de gradas”. Una vía con estas características hasta llegar a la cumbre mostraba un panorama desolador, de frío y viento, todo lo que se veía eran cerros, con formas especiales. Recordamos al Dr. Gustavo Haase, —médico cirujano de ascendencia alemana, que por su vocación de servicio se quedó sirviendo en su tierra natal. Su fallecimiento ocurrió muy temprano, dejando una imborrable huella de trabajo, dedicación y servicio—, que al referirse a este panorama enfatizaba el nombre de “Cordillera de los Sombreros”, por la larga ubicación en línea de varios cerros que por el viento y los años adoptaron por desgaste una forma ligeramente cónica. En estos lugares de extenso recorrido con camino pétreo e irregular no existía ni por asomo morador alguno. Los viajeros preveían este aspecto y llevaban su alimento y agua; en la noche de descanso en el camino, preparaban su alimento. El viaje continuaba, ya las condiciones del terreno cambiaban, estaba el descenso hasta llegar al valle, la población de Tarvita, y luego seguir por camino de ladera, tierra y piedra hasta llegar a Azurduy .

Los antecedentes de la atención de varios casos de lepra en Monteagudo, provenientes de las comunidades de la provincia Azurduy, en **1974** motivaron el primer recorrido por esta provincia, cuando todavía se abordaba por la antigua carretera, por la cordillera. El trayecto contemplaba la visita a varias poblaciones: Daba inicio en Tarabuco, Icla, Corralón, Alto de Minas, Alto de Sombreros, Cruz K’asa, Abra K’asa, Tarvita, Cimientos y Azurduy. Ya estando en la cabecera de municipio, se aprovechaba la misa dominical para comunicar a la población sobre las atenciones integrales de salud gratuita. De esta manera dieron comienzo con las acciones de detección de lepra en esa provincia. Fueron las mismas autoridades locales, en otras visitas, quienes invitaban y persuadían en sus comunidades para acudir a las consultas médicas.

Otra ruta estratégica para alcanzar mayor cobertura de poblaciones en el trayecto, tomaba la ruta troncal camino a Padilla, en el cruce de Arquillos, tomando el desvío de la izquierda, para alcanzar varias poblaciones: Tarabuquillo, Sopachuy, San Pedro, Molleni, hasta llegar a Tarvita. En todos estos lugares se realizaron visitas y controles correspondientes, además de identificar y tratar los casos nuevos de lepra. En la población de Tarvita esperaban los médicos y enfermeros el arribo del otro equipo. A partir de ese momento daba comienzo el largo trabajo, caminando por senderos hasta llegar a cada comunidad seleccionada: Tarvita, Abra K'asa, Tablani, Molle Molle, Tabacal, Pujyuni, Rodeo Chico, Rodeo Grande, Huancarani, Pampa Estancia y finalmente Azurduy.

Gráfico 4.4.

Esquema de operaciones en la provincia Azurduy.



Fuente: Elaboración propia.

La alta incidencia de la enfermedad hizo que se constituya un sitio centinela; en él tenían que permanecer durante tres meses continuos técnicos en lepra, varones capacitados para este arduo trabajo de recorrer durante todo ese tiempo por las comunidades alejadas, que era donde generalmente habitaban los enfermos. En cada viaje de visita,

control y diagnóstico realizada en las comunidades de la Provincia Azurduy, el recorrido cubría entre 900 y 1.000 kilómetros; con una duración promedio de 30 días.

Figura 4.17.



Gráfico 4.18.



La falta de viviendas con pisos y paredes adecuados, no favorece al cuidado de las discapacidades. La tierra, arena, calor, frío, viento y el fango, acrecientan las lesiones leprosas. El campesino en su pobreza solo utiliza la abarca o chancleta. Cualquier medida ortopédica tiene costo inalcanzable. (Gentileza HDM)

En estas primeras incursiones se detectaron 95 enfermos con lepra. De éstos el 70% eran contagiosos con algún grado de discapacidad; mientras que los casos iniciales, o no contagiosos, cubrían el resto. Hasta la fecha se continúa viajando a Azurduy, aunque con menor frecuencia, para controlar los contactos y buscar casos iniciales —pequeñas manchas, una o más— que cuando están en esta etapa, son tratados y curados sin dejar secuela.

5.5. Provincia Oropeza

Los enfermos que llegaban con sus dolencias en la piel, una vez diagnosticados y por lo avanzado de la enfermedad eran enviados al HDM. En esta misma dinámica llegaban otros pacientes desde otros

lugares: Azurduy, Tomina, Padilla, Villa Serrano, Alcalá, El Villar. Se contaba también con los enfermos antiguos, los que fueron anteriormente atendidos en la colonia “Los Negros” de Santa Cruz; unos acudían porque habían abandonado su tratamiento, otros porque presentaban reacciones adversas, también estaban los que habían sufrido recidivas.

En este trascurso, empezaron a llegar al HDM personas con lepra avanzada procedentes de los barrios periféricos de Sucre, otros del área del “Río Chico”, Poroma y sus comunidades aledañas, especialmente de Chalcha —comunidad del municipio de Poroma ubicada en una altura aproximada a los 3000 metros sobre el nivel del mar—. Las prestaciones de salud e indagaciones realizadas en estos consultantes, orientaban a la presencia de la enfermedad en esos lugares. Fue el detonante para que el equipo del HDM se trasladara lo más antes posible a esta parte de la provincia Oropeza. Para efectivizar la actividad quedaba viajar desde Monteagudo hacia Sucre, hacer una escala de visitas en el lugar, y continuar hacia las comunidades del Río Chico y Poroma. El cálculo inicial estimaba 500 kilómetros de ida hasta cubrir las comunidades de Poroma, que sumado el regreso alcanzaba 1.000 kilómetros por recorrer, buscando casos de lepra en un nuevo territorio donde nunca antes se había realizado estas atenciones y menos una búsqueda activa.

Se tomaron los recaudos del caso para iniciar el desplazamiento. Como buenos viajeros, sabían que los imponderables y contingencias podían presentarse en cualquier momento. Habían considerado y estaban conscientes que cuando se terminara el camino tendrían que caminar, llevarían a costas la carga, que no era poca, estaban todos los enseres, equipos, medicamentos, insumos y demás provisiones que aquel emprendimiento exigía.

Los primeros años de la década de los setenta fueron importantes para el traslado del equipo médico, técnicos y de enfermería para realizar la pesquisa de enfermos con lepra en estos nuevos ámbitos. Fue el mes de agosto de **1975**, en pleno invierno, aprovechando la temporada seca porque gran parte del viaje se lo hacía por quebradas y playas. Por primera vez un equipo de estas características realizaba un viaje hacia el sector del “Río Chico”.

El primer objetivo consistía en llegar a Poroma y a sus comunidades, con la especial mira de intensificar acciones en Chalcha, una de las más importantes por la presencia significativa de lepra. Partiendo de Sucre al destino señalado, se podían tomar dos caminos, dependía de la época del año en que se pretendía viajar. En temporada seca, una de las alternativas que incluía el trabajo intermedio planificado por el equipo del HDM, era la ruta que iba por el camino a Cochabamba. En esta opción estratégicamente se podía tener acceso a varias de las comunidades del “Río Chico”. Esta ruta empezaba en Sucre, pasando por Mojo Toro, Chuquichuquí, El Chaco, Surima, Imilla Huañusca. En cada viaje todas estas comunidades fueron visitadas.

Desde el poblado de “Imilla Huañusca” —traducido significa, lugar donde murió una joven campesina— comunidad situada en la carretera troncal hacia Cochabamba, desde este lugar se toma el desvío hacia Poroma. Al comienzo se advierte una gran playa en ambas bandas del Río Chico, cuyo cauce en temporada seca no es cuantioso, es transitado por vehículos pequeños y camiones medianos de carga, que llevan productos y mercadería en esa temporada hacia Poroma. Por las características y escaso flujo de comercio hace que se constituyan en medios de transporte para pasajeros.

La playa es larga y ancha, el camino poco estable, arena y fango, se tiene que buscar desvíos zigzagueantes de terreno firme para al fin llegar al río, que muestra en esta temporada de ausencia de lluvia, una claridad que, conjuntamente el agradable clima de valle bajo, invitan a los viajeros a detenerse y aprovechar para refrescarse en sus atrayentes y seductoras aguas.

Una vez en terreno firme después de haber cruzado el río, queda un largo trayecto angosto, cuesta arriba, la topografía obliga a “trepár” por este pasaje inestable e inclinado que fue construido hace mucho tiempo solamente por la voluntad e iniciativa de los campesinos de esa zona, cooperados por alguna solitaria autoridad. Los conductores de los camiones medianos tenían que hacer sinfín de maniobras para poder pasar; por un lado la montaña, árida y pétrea, por el otro el precipicio que desafiante muestra hacia abajo el ruidoso cauce del Río Grande.

Continuaba el viaje. Se divisaban en una ladera de la montaña unas casas un tanto dispersas, la parte nucleada correspondía a la escuela y puesto de salud de la comunidad de Copavilque, que se encuentra a 30 kilómetros de Poroma. Proseguía el viaje. Luego debía superarse unas serranías. En el trayecto y a la distancia, en forma dispersa, se divisaban pequeñas casitas hechas de adobe, con techo de paja, algunas con teja de arcilla cocida; en algunas se podía advertir en una esquina de la cumbre del techo, astas de buey, que se desprendían de una testa osamenta, según referían los lugareños, para espantar los malos espíritus. Seguía la marcha, encarando distintos terraplenes, mantenidos solamente por el brío de los pobladores del lugar; luego venía el largo descenso, y luego acceder a un camino un tanto plano hasta llegar a la población de Poroma, cabecera del municipio del mismo nombre.

El otro camino que conduce al mismo lugar, conocido por los conductores como la ruta “por arriba”, porque no tiene que atravesar ríos ni playas. Su trayecto serpentea sobre montañas rocosas, con grandes pendientes y precipicios, aun así, es más estable en la temporada de lluvias. El obstáculo es que no se pueden visitar las otras poblaciones del sector Río Chico que están bajo control epidemiológico.

5.5.1. Un brote en la provincia Oropeza

Poroma, cabecera de la Segunda Sección Municipal de la Provincia Samuel Oropeza del departamento de Chuquisaca, se encuentra a 135 kilómetros de Sucre. Constituye una población que ha tenido importante número de afectados por la enfermedad. Desde este lugar, asiento de un establecimiento de salud de área, el equipo del HDM distribuyó y organizó el trabajo de seguimiento de los casos que estaban ubicados en varias comunidades de su dominio, que por regionalización técnica y administrativa corresponde al municipio de Poroma.

Partiendo de Poroma, continúa el viaje hacia Chalcha, el camino para su arribo mostraba una etapa inicial larga en vehículo, hasta la quebrada del río. Por el tiempo de viaje y descanso, convenía pernoctar en la escuela de Soicoco, muy cerca de la comunidad de Wañoma, ubicada cerca de la quebrada, en el valle. No había luz eléctrica. La comida se la preparaba utilizando leña y agua del río. Al día siguiente, muy temprano, se retomaba el viaje hacia las comunidades altas, a más de 3.000 metros, ahí

se encontraba el objetivo mayor del viaje: Chalcha; tocaba ir esta vez caminando, no existía carretera, solo había un camino de herradura angosto y empinado, lo que representaba llevar a cuestras equipos y provisiones, para después de cuatro horas de fatigosa faena arribar al primer poblado.

Chalcha, ubicada en una larga colina, con clima frígido de altiplano, generalmente acompañado de un continuo viento que arrecia en horas de la tarde y mucho más en la noche. Desde esta cumbre, hacia abajo y la distancia se observa el trayecto serpenteante de la quebrada, en gran parte playa de arena, laja y piedra, en pequeña proporción tiene su lecho el río, que lento desciende con su cauce parsimonioso y escaso en la temporada seca. Continuando con esta vista panorámica desde lo alto, con frecuencia se ven algunos campesinos que con paso firme y sostenido trasladan sus productos en animales de carga, desde las comunidades vecinas como Wañoma, Thola Pampa, Soicoco, entre otras, hasta Poroma.

Chalcha, en ese entonces era visitada por muy pocos, cuya población vivía en la pobreza, el sustento estaba sobre la base de lo que se podía producir en esas alturas gélidas. Ajena de cuanto sucedía en la civilización. Niños con altos índices de desnutrición y analfabetismo; la atención de salud era esporádica, a expensas del médico o enfermera que se trasladaban desde Poroma. En esta comunidad se encontraba uno de los focos de lepra más importantes en el departamento de Chuquisaca. Se detectaron decenas de casos de lepra Multibacilar, muchos de ellos en forma avanzada y con discapacidades de grado 2, lo que significaba mutilaciones, lesiones oculares, rostros y cuerpos desfigurados, sin excluir parálisis en los miembros.

En las subsiguientes visitas, y por la importancia que significaba la presencia de los salubristas, en fecha 16 de agosto de **1977**, vísperas del Día de la Bandera, se realizó otra de las visitas, con atención de salud integral, sin discriminar ninguna patología; la distribución de medicamentos también era gratuita. Al día siguiente, 17 de agosto, todos los visitantes de Monteagudo fueron declarados Huéspedes Ilustres, por las autoridades de la comunidad.

Figura 4.19.



Estos casos ya no tienen que presentarse. Es un triste recuerdo de lo que antes poco o nada se hizo para evitar estas mutilaciones. Cuando fueron detectados recién fueron medicados, conociendo que poco o nada se puede hacer para revertir las discapacidades. (Archivos HDM).

Figura 4.20.



Lepra en los campesinos de Chuquisaca. Mutilaciones y discapacidades irreversibles. De esta forma se presentaban los desafortunados que no habían sido diagnosticados y tratados oportunamente. (Archivos HDM)

En la actualidad, después de bastante tiempo, con la cooperación de autoridades del municipio y otras del departamento, las condiciones de esa precaria carreta han mejorado; pueden transitar camiones de tonelaje mediano, transportando productos y agregados para las construcciones, lo que ha posibilitado algún grado de desarrollo y mayores oportunidades de mejorar las condiciones de vida.

Los afectados por la lepra y por las circunstancias del daño, estaban imposibilitados de realizar trabajos de mediano y gran esfuerzo. Sus

condiciones de vida y la de sus familias estaban cada vez en mayor riesgo. Lo dicho ocurrió en estas alejadas comunidades donde se detectaron varios enfermos en sus formas clínicas avanzadas, lo que se traduce en parálisis, lesiones o mutilaciones irreversibles en extremidades, cara, nariz, y en otros casos con implicación grave hasta llegar a la ceguera total. Esta posición de vida era realmente desesperante, por cuanto la mayoría contaba con familia, esposa e hijos. Tomando una pequeña muestra estadística se pudo tener una cifra aproximada de 5 hijos por cada familia –promedio por cada afectado con lepra en ese lugar–. (Cifra muy próxima a la tasa global de fecundidad de Chuquisaca, en esos años).

Figura 4.21.



Figura 4.22.



La lepra no discriminaba, tomaba a sus víctimas entre hombres, mujeres y niños. Su presencia ha estado en todas las provincias de Chuquisaca, mucho más en las poblaciones rurales alejadas

En los registros documentales está implícito que, en la Provincia Oropeza, en esas primeras intervenciones entre **1975 y 1978**, el equipo de salud del HDM, diagnosticó, inició tratamiento y curó a 60 enfermos de lepra; de éstos la mayor parte correspondían al municipio de Poroma. La clasificación era un tanto alarmante, en la medida que los datos mostraban que el 65% eran formas de lepra avanzada, con evidentes lesiones irreversibles; mientras que el 35% correspondía a la lepra que se encontraba en progresión a partir de una etapa inicial.

5.5.2 ¡Doctor, en Potosí también hay enfermos de lepra...!

Durante otra visita a Chalcha, en 1978, el equipo compuesto por solamente varones por lo oneroso del trabajo, recibieron la noticia de la existencia de otros similares enfermos en otras comunidades dispersas. Un comunario que trajo a un enfermo con lepra desde una pequeña población del departamento de Potosí, comunicó al médico la existencia de casos similares en algunas poblaciones del lado potosino —corresponde hacer notar que la comunidad de Chalcha y las próximas que son Mariquilla y Viru Viru, se encuentran en un punto límite tripartito entre Chuquisaca, Provincia Oropeza; Cochabamba, Provincia Mizque; y Potosí, Provincia Chayanta. Todas las formas de comunicación y accesibilidad por tierra se resumían en caminos de herradura y senderos—. Con estos antecedentes, el equipo de salud que en principio tenía planificado llegar solamente hasta Chalcha y sus alrededores, tuvo que hacer una modificación obligada; no se podía dejar sin investigar aquellos posibles enfermos de lepra que por referencias de los campesinos, existían en poblaciones del vecino departamento.

Sin mayores informes, salvo las referencias e indicaciones de los campesinos, decidieron ir caminando. Recuerdan que fue el 18 de agosto de 1978. El equipo estaba compuesto por el Dr. Ángel Valencia, los auxiliares Agustín Rejas y Rafael Mendieta, además del chofer Román Chávez. Llevaron una mula para el médico y otra para la carga de medicamentos e insumos. El primer rumbo estaba decidido, la comunidad de *Karasi*, que pertenece a la Provincia Chayanta del departamento de Potosí. El viaje, caminando abarcaría 45 kilómetros. Al comienzo el camino comprendía serranías y montañas, para luego iniciar un descenso empinado hasta alcanzar una altura aproximada a los 1.500 metros, y llegar al Río Chayanta, lugar cálido, el viaje también tendría sus dificultades. Seguía la marcha para llegar a una quebrada ancha y seca, atiborrada de piedra y arena, el calor del medio día hacía insostenible la marcha, la quebrada poco generosa no ofrecía ni árboles que dieran sombra para protegerse. Fue en este tramo que se tuvo que lamentar el desmayo del chofer que les acompañaba; el rigor del calor había ocasionado la insolación. Un momento de emergencia que obligó a detener la marcha un largo tiempo para brindar los auxilios al afectado hasta recuperarlo. Uno de los entrevistados indicaba “tan delicado fue el

estado del chofer, que hasta temíamos un desenlace fatal”. Con el enfermo a cuestas llegaron ya al anochecer al primer lugar poblado. Allí pudieron tomar otras medidas para la recuperación del aquejado.

El objetivo se tenía que cumplir, continuaron hasta llegar a *Karasi*. Se realizó examen clínico a toda esta población y adyacentes, se alcanzó a detectar dos casos de lepra en forma avanzada con lesiones incapacitantes, y otros dos casos en sus formas iniciales. Por supuesto que se dejó todo instruido y la medicación correspondiente. Se capacitó a los auxiliares de enfermería del lugar, también se adscribieron a la enseñanza algunos profesores rurales.

6. LEPRA EN TODO EL DEPARTAMENTO

Seguimos avanzando en el tiempo. Década de los años setenta, continúa el flagelo de la lepra en Chuquisaca. Los casos nuevos detectados tenían un alto porcentaje de discapacidad; el avance es lento, el impacto sobre los efectos nocivos de la enfermedad hace que las poblaciones rurales en riesgo vivan momentos de tensa guardia, tratando de evitar a cualquier costa el contacto con los infectados.

No fue tanto el impacto en la población de la ciudad capital Sucre, el sector médico era el que más podía mensurar los alcances y la real significancia de aquella amenaza, ejerciendo el manejo discrecional y control epidemiológico para evitar conflictos emocionales. Los casos que llegaban al hospital Santa Bárbara, inicialmente fueron internados en un ambiente separado de este nosocomio, en un reducto ubicado en la periferia de la ciudad, al final de la calle Colón que cerró en 1960 con el advenimiento de la medicación científica. De hecho, Chuquisaca se consideraba el departamento donde mayores avances médicos se habían conseguido respecto al manejo de esta enfermedad.

No ocurría lo mismo en las poblaciones rurales, donde paulatinamente se iban detectando nuevos casos, aquellos que permanecieron escondidos por varios años para evitar sean vistas sus mutilaciones y discapacidades físicas, y no estar a merced del despiadado estigma y la censura social.

La creciente demanda de espacio para los enfermos en el HDM, originó la necesidad de formar recursos capacitados para esta labor, y de algún

modo aumentar la capacidad resolutive del nuevo Hospital. En **1972**, al respecto la Dra. Nora Siles indicaba, que la necesidad de contar con personal técnico de apoyo en dicho establecimiento hizo que funcionara una escuela para Auxiliares Técnicos en el control de Hansen, los que una vez formados, recorrieron por todo el departamento, con el apoyo y financiamiento alemán.

1979. Las instituciones internacionales hacían seguimiento de cuanta nueva iniciativa, estrategia de acción o cambio que ocurría respecto a las intervenciones contra esta patología. En este propósito, el Boletín de la OPS/OMS del mes de julio de 1979, indicaba lo siguiente: “(...) la lepra aparentemente no se transmite en el altiplano andino, pero la situación es seria en los departamentos de Santa Cruz y Chuquisaca y en la cuenca amazónica (...)” (8). Estas aseveraciones provenientes de organismos internacionales, como resultado de investigaciones y consultas de verificación, corroboran los anteriores comentarios sobre la importancia que se atribuía en cuanto al riesgo de la lepra en algunos territorios del país. Identifican las condiciones epidemiológicas de la enfermedad en Chuquisaca, espacio territorial que tiene variados pisos ecológicos, conexo a importantes realidades que exacerban los factores de peligro, con mayor frecuencia en el área rural, cuyas condiciones culturales y socioeconómicas son altamente predisponentes.

La tabla que 4.3. refleja la distribución parcial de la lepra en Chuquisaca entre las gestiones 1970 y 2000, incluye aquellos que fueron atendidos provenientes de las Provincias Cordillera de Santa Cruz; Gran Chaco y O’Connor de Tarija. Los años siguientes al 2000, el diagnóstico de enfermos nuevos ha seguido una tendencia regular, aunque de menor magnitud, como veremos después.

Existieron otros establecimientos de los Distritos de Salud rurales que cooperaron en el control de este daño por iniciativa y capacidad de sus conductores, recordamos con grata complacencia al Dr. Marcelo Carvajal y Dr. Luis Quintanilla en Monteagudo; Dr. Roberto Calvi y Dr. Germán Mamani que trabajaron en el municipio de Poroma; el Dr. Gustavo Haase en Azurduy; Tarabuco contó con el valioso aporte del Dr. José Luis Alfaro; en Yamparáez el Dr. Abundio Baptista; el Dr. Fernando Nava en Yotala. Cabe también recordar a la Srta. Teresa Gil, Enfermera Jefe del Hospital

Cardenal Maurer de Yamparáez, por su dedicación y apoyo a los casos presentados en Cercopampa, límite entre Yamparáez y Tarabuco (tres casos multibacilares) y otros afectados en las poblaciones de Erapampa y Escana.

Tabla 4.3.

Detección y tratamiento de lepra en Chuquisaca 1970 - 2000

Provincia/ Municipio	Clasificación OMS		Total
	Multibacilar (MB)	Paucibacilar (PB)	
Oropeza	46	43	89
Zudáñez	2	4	6
Yamparáez	7	7	14
B. Boeto	62	110	172
Tomina	66	142	208
Azurduy	50	62	112
Monteagudo	93	257	350
Muyupampa	24	23	47
Sud Cinti	2	0	2
Cordillera (S. Cruz) y Gran Chaco (Tarija)	27	40	67
TOTAL	379	688	1067

Fuente: Archivos HDM.

La integración de los servicios de salud para brindar cobertura a casos sospechosos de lepra no ha sido consecuente, porque aún existía el temor a la enfermedad en el personal médico y paramédico de varios establecimientos de salud, basados en conceptos equívocos sobre las posibilidades de contagio. Se presentaron en el área rural muchas quejas de pacientes en fase de tratamiento, y otros que ya terminaron, enfatizando que sufrieron el rechazo a ser atendidos en estos servicios asistenciales cuando precisaban algún control o curación a sus lesiones; se les dijo que deberían ir al hospital de Monteagudo. Por otra parte, y sucedía con frecuencia, cuando afectados con lesiones en la piel y otros signos y síntomas compatibles con este daño, no fueron diagnosticados

como lepra, por desconocimiento de los sanitarios; como era de esperar, los criterios estuvieron dirigidos a otros diagnósticos, y el tratamiento también era erróneo. Estas falencias peligrosamente retardaron el diagnóstico oportuno y su inmediata medicación, con el consiguiente riesgo de complicaciones mayores.

Lepra y pisos ecológicos en Chuquisaca

Gráfico 4.5.

Distribución por pisos ecológicos últimos 30 años				
N. del mar	Monteagudo Muyupampa Macharetí Huacareta R. del Ingre S. Juan Pirafí C. Fernández	Villa Serrano Azurduy Tarvita Yotala Padilla Tomina Sopachuy Zudáñez	Presto Río Chico Sucre Poroma Culpina San Lucas	Yamparáez Tarabuco Chalcha Mariquilla Tola Pampa Wañoma
				3100 a 3300
			2650 a 2900	
		2100 a 2500		
		650 a 2000		
% del total	55%	32%	10%	3%

Fuente: Elaboración propia sobre datos estudiados.

Chuquisaca ha sido el departamento que mayor distribución territorial ha tenido en cuanto a la diseminación de la lepra, llegó a alcanzar a todas sus provincias y a 26 de los 28 municipios. Hoy Chuquisaca cuenta con 29 municipios, el último en crearse: Villa Charcas. Cabe aclarar que gran parte de los enfermos identificados en el departamento corresponde a la zona de los valles alto y bajo, incluyendo los territorios altos por encima de los 3.000 metros.

El gráfico 4.5, incluye poblaciones donde se ha tenido mayor frecuencia de enfermos. Quedando demostrado que la enfermedad no solo tiene avidez por climas cálidos y templados, que la naturaleza y constitución biológica de la bacteria tiene capacidad de adaptación a cualquier clima y presión atmosférica.

Las operaciones para la detección de casos nuevos, seguimiento a los antiguos y exámenes de piel a los contactos, tomando en cuenta la amplia distribución de los enfermos en todas las provincias, se hizo un gran esfuerzo para llegar hasta las comunidades alejadas y dispersas. Con solo indicar que el 78% de los casos viven en las comunidades más alejadas de las cabeceras de municipio, podremos darnos cuenta de las distancias por recorrer para llegar hasta estos enfermos, muchos de ellos con incapacidades irreversibles y muchas limitaciones para realizar sus elementales necesidades. Estas fueron las razones para desplazarse hasta esos confines, en un contexto social donde las tradiciones tenían fuerte arraigo y condicionaban a que los enfermos se mantuvieran ocultos. Lo único que se podía hacer en esos tiempos para detener la diseminación del mal, era llegar y actuar sobre él, con los escasos medios que se contaba.

7. ETAPAS DE CONTROL DE LA LEPRO EN CHUQUISACA

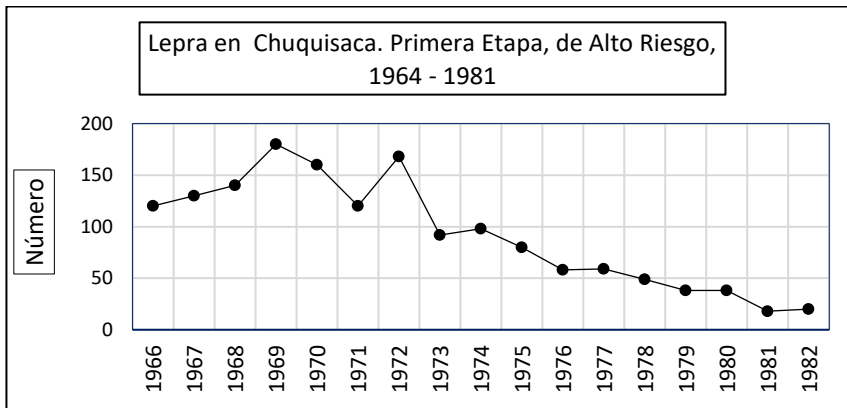
Mucha gente desconoce lo que es el trabajo del médico en tiempos de epidemia o de alta endemia, no podemos esperar que tengan una idea justa sobre estos sucesos; muchos de estos eventos han llegado a adquirir contornos de verdadera tragedia y conmoción colectiva en gran parte de territorio nacional. Lo ocurrido en Chuquisaca, en el tema de la lepra, no fue la excepción, como ya se comentó, con sus propias características en cuanto a la evolución y la respuesta oportuna merced al apoyo recibido de la DAHW de Alemania y la iglesia, complementado por el denodado esfuerzo de los galenos y sanitarios.

Siguiendo el proceso de las intervenciones y realizado el análisis correspondiente, podemos clasificar el control de la lepra en Chuquisaca en dos etapas claramente definidas:

La Primera Etapa, de alto riesgo y endemia. La Segunda Etapa, de control y rastillaje.

La Primera Etapa, de alto riesgo, en la que se tuvo que lidiar la gran arremetida de la lepra (tiempos de alta endemia) entre 1964 y 1981 (9). Toma en cuenta la abrupta eclosión, con detección inusitada de enfermos, con indicadores sorprendentes que revelaban cifras por encima de 80% con lesiones avanzadas acompañadas de discapacidades, en ambos sexos inclusive en niños menos de 14 años. Ha sido la etapa de mayor significación en el contexto nacional, únicamente igualable con la que soportaron los departamentos de Beni y Santa Cruz.

Gráfico 4.6.



El trabajo silencioso desde el inicio de este episodio hasta disminuir sustancialmente la alta carga de enfermos de lepra, que mayoritariamente presentaban daños físicos y funcionales irreversibles, ha constituido un triunfo epidemiológico de gran envergadura, dadas las condiciones adversas de disponibilidad de apoyo material logístico para el desplazamiento, medicamentos, insumos, vías de comunicación precarias y, algo paradójico que aún persiste hasta nuestros días, el temor sobre la enfermedad del mismo personal sanitario.

La no escasa frecuencia de imponderables y contingencias que se tuvo que superar, hacen un cúmulo de valores que enaltecen a quienes lidiaron contra este mal en esos años. Profesionales médicos, enfermeras y

personal de apoyo que, ante la afrenta de este daño, cuyos efectos devastadores y destructivos iban por delante como carta de presentación, no declinaron su propósito para detener su mayor propagación.

Ponderando el heroísmo de los médicos en esa etapa de entrega total, debemos recordar que el alma del médico es apenas el alma de un hombre mortal; la zozobra, la ecuanimidad, el heroísmo son circunstancias del alma del médico, trances y riesgos en que su alma se desenvuelve; poco importa cómo el médico sienta sus propios problemas, para el ajeno siempre ha de estar íntegro y sereno, optimista y erguido. Decía el Dr. F. Escardó, que el médico no puede dejar traslucir sus dolores físicos; la imagen del doctor enfermo provoca inevitablemente un reflejo negativo en el sentimiento del cliente.

Buscando antecedentes bibliográficos sobre este evento tan importante en la historia de la medicina en Chuquisaca y en Bolivia, quedamos sorprendidos al verificar que tan relevante suceso no se haya documentado ni realizado trabajos de investigación. Esporádicamente es nombrado, sobre todo en la literatura internacional, específicamente cuando toca referirse a temas afines al análisis de la lepra en el contexto sudamericano; y, muy poco, en el contexto departamental y nacional.

La Segunda Etapa, donde se observa una franca disminución del número de nuevo afectados; el tiempo de alta carga y los grandes sobresaltos más las intervenciones múltiples, mostraban su efecto; en adelante el camino se tornó llano, a partir de 1982 quedaba el periodo de seguimiento y control, incluía el rastillaje o peinado en las comunidades para identificar a los que faltaban y hacer seguimiento a los contactos. La lepra en Chuquisaca estaba controlada. Sin embargo, aún quedaba el largo camino del control y la vigilancia para evitar el rebrote, considerando que permanecía un universo de contactos, convivientes directos de los enfermos.

Las detecciones en los últimos años reflejan una estabilidad, no superan diez nuevos afectados. Basados en esa tendencia se podrá decir que la lepra en Chuquisaca ha sido controlada.

Gráfico 4.7.

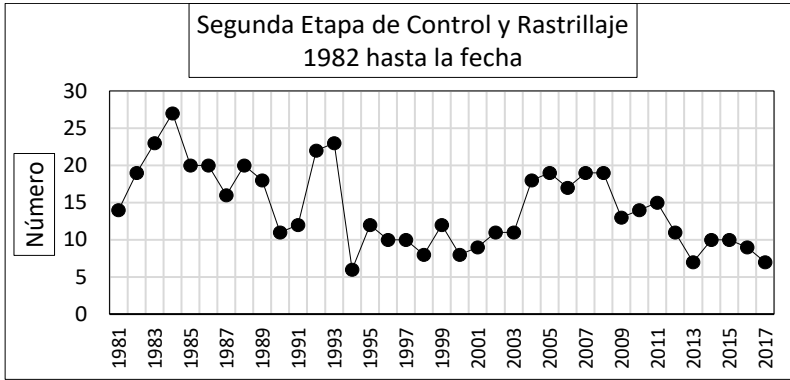
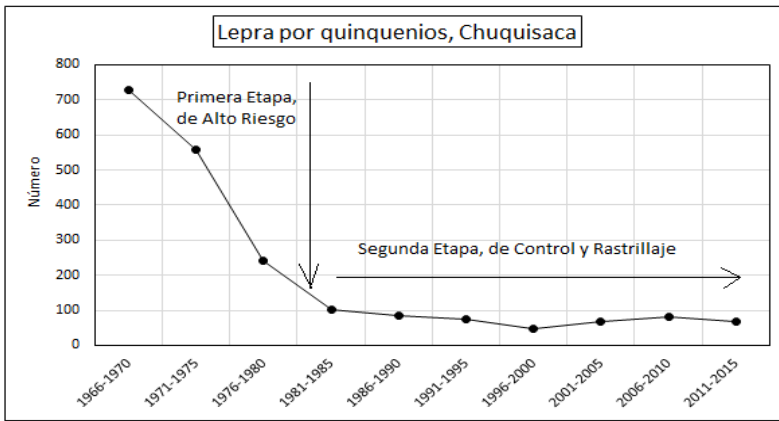


Gráfico 4.8.



El gráfico por quinquenios, esquematiza claramente las dos etapas del control en Chuquisaca. Es un reporte que lleva implícito el resultado de las acciones inmediatas a pesar de las limitaciones.

Esta etapa, importante por la las intervenciones de seguimiento y evitar el nuevo resurgimiento de la enfermedad, fue dirigida y seguida por varios médicos que complementaron con esta labor, citamos a los doctores Ángel Apodaca, Julio Carmona, Víctor Lozada, Luis Ayala, Boris Apodaca y Jorge Jiménez; además del personal de apoyo, enfermeras, bioquímicas, laboratoristas, auxiliares de enfermería, técnicos,

conductores. Sin olvidar a las religiosas que cumplieron labor administrativa, asistencial y en otras instancias de apoyo intra y extrahospitalaria.

7.1. Guerreros contra la lepra

Un reconocimiento a los médicos que tuvieron a su cargo la conducción de las batallas contra la lepra en Chuquisaca; sabemos que de estos hubo en cada región, pues bien, en cada ámbito de su desempeño en esta historia, será un acto sincero de justicia y homenaje recordarlos.

Dr. Renato Amonzabel, prestigioso profesional. Uno de los primeros directores del establecimiento; tuvo que lidiar con desfases y necesidades propias de una institución naciente. Después de realizar proficua labor, se ausentó al exterior a realizar estudios de especialización en el control de la lepra y Dermatología. En los años siguientes cumplió labor importante al constituirse en director del Hospital Dermatológico de Jorochito en Santa Cruz (fundado en 1972). Trabajo que desempeñó hasta su jubilación en 2010.

Figura 4.23.



Dr. Renato Amonzabel, el primer director del Centro de Rehabilitación, hoy Hospital Dermatológico Monteagudo

Figura 4.24.

Dr. Efraín Solarte Alava, vino a Bolivia en 1973, contratado por la DAHW de Alemania, como Asesor del Programa de Control de la Lepra con sede en el Hospital Dermatológico Monteagudo. Llegó a Bolivia acompañado de su señora esposa y sus cuatro hijos.

Dr. Efraín Solarte Alava, médico colombiano. De quien se puede decir que fue el primer médico Dermatólogo especializado en Leprología que tuvo el HDM. Desarrolló y dirigió actividades en el control de la lepra en su país. Su labor en Colombia fue reconocida nacional e internacionalmente. Recibió la máxima condecoración en Salud Pública, la medalla "Jorge Bejarano al mérito asistencial" por parte del presidente de la República de Colombia. Dicha experiencia posteriormente la empleó en beneficio del control de esta enfermedad en Bolivia, particularmente en Chuquisaca. Muy dedicado a la atención de los enfermos, tuvo a su cargo la dirección del establecimiento. Queda su nombre y el recuerdo imborrable por su gran emprendimiento y magnífica labor, en territorio lejano y de costumbres diferentes a las de su país.

Su trabajo fue apoyado por la enfermera Liliana Gumucio, profesional con experiencia sobre el tema. Fue gravitante en el arduo proceso de control de la arremetida de la lepra, en un periodo de alto riesgo. En la misma etapa contó con la participación de la enfermera alemana de nombre Gísela Dovich, de quien se dice que brindó su trabajo en plenitud de su capacidad y fortaleza, sin cortesías ni prejuicios hasta con cierto toque de rigidez, dicho de otro modo, las condiciones y la dureza del trabajo exigían este ritmo.

Dr. Willy Saravia Burgos, profesional que vino de La Paz para cumplir este importante trabajo en el HDM. Desarrolló su trabajo en los lugares de

mayor epidemia de lepra en el país: en Chuquisaca como director del HDM, continuó su actividad en el Hospital de Jorochito en Santa Cruz.

Figura 4.25.



Dr. Willy Saravia Burgos, recordado profesional médico, anduvo por todos los lugares endémicos de lepra del país, Chuquisaca, Santa Cruz y Beni. Falleció en 2014. Su valioso aporte en las duras batallas contra la lepra y la conducción de la Unidad Sanitaria de entonces, y otras instituciones de salud, no fueron reconocidos. Pasó sus últimos años en el olvido.

Después de esa primera etapa de su vida profesional dedicado a la lucha contra la lepra, por su capacidad y vasta experiencia fue a realizar el mismo trabajo en el Beni, lugar donde todavía se tenía un panorama amenazador por la presencia de la enfermedad. Su labor la desarrolló sobre todo en Trinidad, Magdalena y Baures, territorios donde este mal era motivo de temor colectivo por su alta incidencia y repercusión social. Tras una larga enfermedad, el Dr. Willy Saravia falleció en 2014, en el más completo olvido.

El año 2013 tuvimos la oportunidad de visitar al Dr. Willy Saravia en su domicilio en Trinidad. Profesional médico con vasta experiencia en el tema. Lo encontramos muy delicado de salud debido a una enfermedad crónica de lo aquejaba desde mucho tiempo. Conjuntamente su esposa tuvimos la oportunidad de conocer, de fuente primaria, el trabajo que realizó en los años de epidemia importante de esta enfermedad, cuya repercusión en el departamento del Beni fue motivo de alarma en el contexto nacional. El trabajo sobre esa valiosa labor de contribuir para detener el paso inclemente de este flagelo, dedicando la edad activa de su juventud con los riesgos para su salud y el bienestar de su familia, nunca fue reconocido en la medida de sus logros y efectos de haber sido parte

de los aquellos héroes de la medicina que batallaron en aquellos lugares donde la lepra causaba destrucción y zozobra.

Figura 4.26.



Dr. Ángel Valencia Tellería, tuvo una destacada actuación en las batallas contra la lepra. Su paso por el Hospital Dermatológico Monteagudo dejó una huella bien marcada en la aplicación de la Salud Pública.

Dr. Ángel Valencia, médico procedente de La Paz, especialista en Salud Pública. Contribuyó con la organización de los servicios y unidades de salud del hospital. Estuvo presente en las primeras intervenciones de extensión e interacción del HDM a otras provincias del departamento de Chuquisaca. Su amplia experiencia hizo que después desarrolle sus servicios profesionales en instituciones internacionales; ocupó cargos técnicos de alto nivel en el exterior del país.

Figura 4.27.



Década de los años setenta, el Dr. Ángel Valencia atendiendo a un discapacitado por la lepra. El trabajo necesitaba capacidad profesional de los operadores de salud.. Archivos HDM.

Dr. Julio Miranda. Nacido en Huacareta. Su experiencia y conocimiento de la zona, manejo del idioma guaraní, usos y costumbres de la zona, permitió el mayor acceso a las comunidades alejadas y dispersas de la provincia Hernando Siles. En la actualidad cumple funciones profesionales en otro distrito del país.

Dr. Valerio Cardozo, médico procedente de Sucre. Intensificó el trabajo operativo con desplazamientos continuos hacia las comunidades afectadas. Participó de varios eventos nacionales e internacionales representando al HDM. Viajó a Venezuela para perfeccionarse en enfermedades de la piel. Después de algunos años fue jefe de la Unidad de Dermatología y director del Hospital Santa Bárbara de Sucre por varios periodos.

La etapa de alta endemia ha significado un continuo batallar, con acontecimientos y anécdotas increíbles, donde las insuficiencias fueron cubiertas por la buena voluntad y la templanza de los médicos.

Figura 4.28.



Dr. Valerio Cardozo, puso todo el empeño y fuerza de su juventud cuando le tocó dirigir el Hospital Dermatológico Monteagudo. En esos tiempos de alta endemia recorrió por todas las comunidades donde se sospechaba la presencia de la lepra.

Dr. Valerio Cardozo, en la recapitulación de esta historia de la medicina en Chuquisaca, ha sido un alto exponente de esas hazañas, que en este documento queremos recordar aquello que tanto se hizo para evitar la propagación de este temible daño, como un recuerdo para las futuras generaciones, para entender que muchos de los males y enfermedades

tienen su inicio en aquellos lugares desatendidos donde el común denominador es la pobreza y el abandono.

Son numerosas las anécdotas vividas por el Dr. Cardozo cuando le cupo desempeñar labores asistenciales en el terreno de las acciones; desde las más sencillas hasta las más sublimes y dramáticas, cuando le tocaba encarar a enfermos en cuyo cuerpo la lepra había hecho escarnio y destrucción; llantos de desesperación y angustia de enfermos mutilados que solo podían desplazarse sobre los codos y rodillas. Episodios que tal vez suenen inverosímiles en escenarios citadinos donde poco se conoció la inclemencia de esta injuria.

Figura 4.29.



El trabajo de campo en los primeros años consistía en viajes a lomo de caballo o mula, del mismo modo se acarreaba los insumos y materiales para atención sanitaria. En la imagen, el Dr. Valerio Cardoso a principios de los años setenta, en pleno viaje a las alejadas poblaciones donde se encontraban los enfermos de lepra. Al fondo, la inmensidad de la cordillera.

Cerrando la Primera Etapa de Alto Riesgo, el último director del establecimiento, ha sido el Dr. Héctor Salazar. Médico nacido en Monteagudo. Estuvo también en las lides del trabajo incesante de los requerimientos de extensión a comunidades endémicas de lepra. Su juventud y clara identificación con los problemas locales beneficiaron el componente de interacción en el trabajo. En la actualidad desarrolla actividades profesionales en Brasil.

Figura 4.30.



Dr. Ángel Apodaca Lizarazu (†) médico dermatólogo, Estuvo al mando del Hospital Dermatológico en la segunda etapa. Le tocó lidiar con los procesos de seguimiento y rastillaje para consolidar el control de la lepra en Chuquisaca. Falleció en 2018.

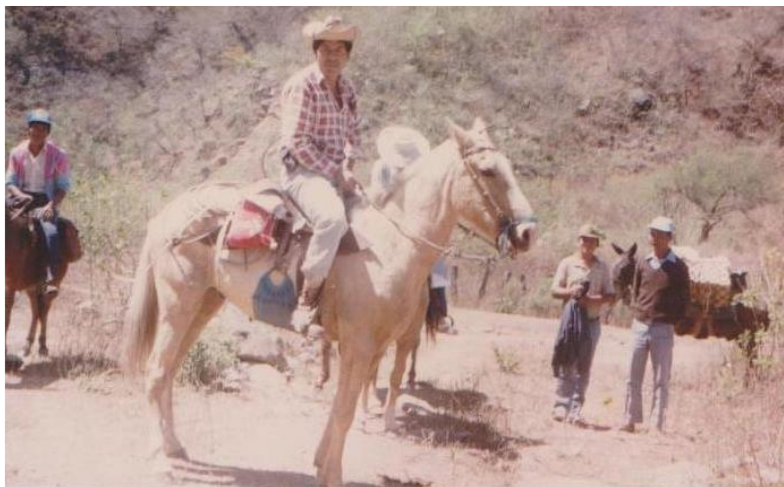
Dr. Ángel Apodaca L. Médico Dermatólogo y Leprólogo, director del HDM desde 1982 hasta 2016. Tuvo a su cargo consolidar el control de la lepra en Chuquisaca a partir de la segunda Etapa de Control y Rastrillaje. Su gestión se caracterizó por el continuo desplazamiento a las diferentes comunidades, llegando incluso, a la provincia Cordillera de Santa Cruz y Gran Chaco de Tarija, donde se habían detectado enfermos de lepra. El control y seguimiento a los tratamientos han significado se consolide el control de la lepra en Chuquisaca. Falleció en 2018.

También han sido parte de estas actividades y contribuyeron, el personal de apoyo, enfermeras, religiosas, auxiliares de enfermería, laboratoristas, conductores y otros, de quienes ponderamos el grandioso esfuerzo.

Innumerables han sido los profesionales y técnicos que brindaron su aporte en el HDM; muchos de ellos con permanencia temporaria por las condiciones del vínculo con la institución o por cumplir el tiempo de

servicio rural obligatorio. Todos, en cada momento y ubicación laboral, han estado inmiscuidos con el ritmo de trabajo institucional, cuya premisa principal guardaba apuntaba al control de la lepra y otras afecciones de la piel, además, de otras atenciones integrales de salud.

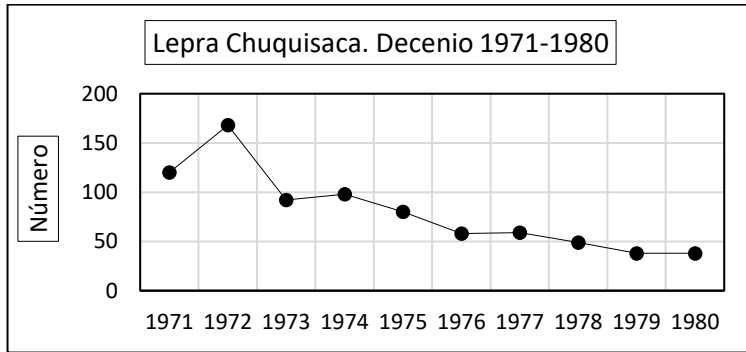
Figura 4.31.



Rafael Mendieta, técnico que trabajó por más de 30 años visitando comunidades para controlar la enfermedad.

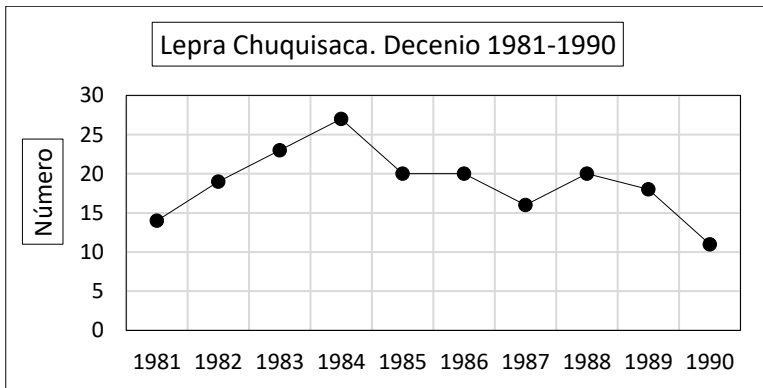
8. ANÁLISIS POR DÉCADAS

Para documentar el espinoso trabajo que ha significado la recolección de datos referente al evento que nos ocupa; y, con el ánimo de ser mejor comprendidos, compartimos la frecuencia de la enfermedad por décadas, que metodológicamente permitirá una mejor apreciación a través de etapas mayores en las que, sin duda, el aporte de las autoridades sanitarias y políticas hayan tenido especial relevancia; más al contrario, cualquier variación favorable ha sido fruto del esfuerzo y el trabajo heroico de aquel reducido contingente de salubristas. (10).

Gráfico 4.9.

Fuente: Elaboración propia.

El gráfico siguiente (4.9) denota la alta notificación de enfermos de lepra en Chuquisaca, mayormente detectados en las provincias Hernando Siles, Tomina, Azurduy y Belisario Boeto. Por lo general se trataba de casos nuevos que no habían recibido tratamiento científico, lastimosamente los porcentajes de los discapacitados por efecto de la enfermedad superaban ampliamente a los casos iniciales.

Gráfico 4.10.

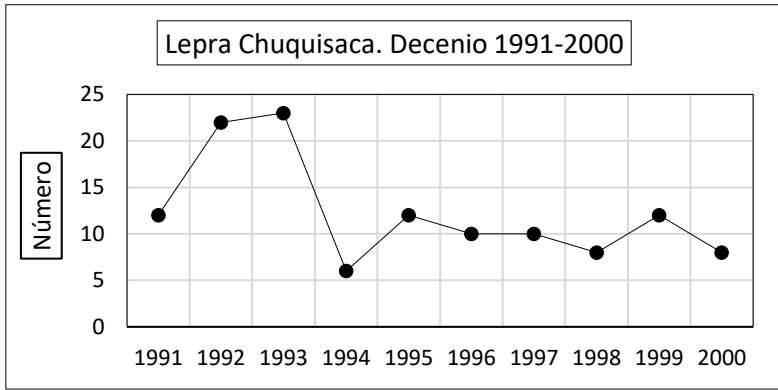
Fuente:Elaboración propia.

Interpretando el gráfico 4.10, en la década de los años 1981-1990 la lepra ha tenido un control a expensas del trabajo realizado por el HDM. El promedio de casos nuevos para la década es de 20; frente a la excesiva notificación en la década de los setenta, que ya analizamos anteriormente.

Toca considerar que esta labor ha sido realizada por la única institución que ha contribuido con estas actividades, el HDM, con intervenciones verticales, en un contexto donde la Unidad Sanitaria de entonces no tomaba en cuenta dentro sus prioridades. El arduo trabajo de llegar hasta las comunidades para buscar nuevos afectados, tuvo como acompañante inevitable las características sociales, costumbres y cultura, que se mantenían fuertemente arraigadas y constituían un factor negativo para establecer una vía de comprensión. Al respecto, fue muy poca la colaboración del personal de salud que prestaba funciones en los servicios de salud.

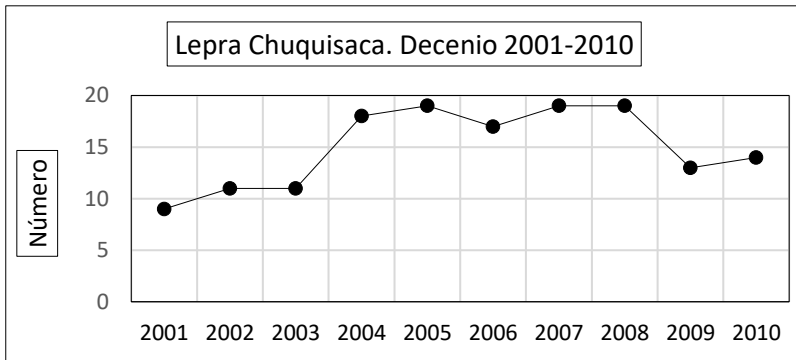
Fue la participación de algunos profesionales en la ciudad de Sucre que apoyaron en el control de la enfermedad. La labor del connotado profesional Dr. Fredy Echevarría, especialista Dermatólogo, que desde la cátedra y la consulta, siempre estaba pendiente de cualquier signo clínico compatible con la lepra. De esta forma apoyó con el diagnóstico de nuevos casos, luego notificados y tratados oportunamente. Similar trabajo realizaron los médicos Dr. Marcelo Carvajal, Dr. Dorian Gorena, Dr. Roberto Calvi; sin olvidar al Dr. Valerio Cardozo, con la experiencia de haber trabajado y dirigido el HDM en tiempos de alta endemia, pudo apoyar al control de este daño. (11).

En la década de los años noventa se ve una disminución en el reporte de casos nuevos, gráfico 4.11. Las causas radican en el reducido apoyo que tuvo el HDM desde los servicios de salud, ONGs y privados. Una década en que las estrategias de salud priorizaron los resultados de impacto político. Los programas tenían apoyo económico, lo que hacía que cada uno de éstos se considerase el más importante y sus actividades eran las prioritarias. El programa de control de la lepra era tomado muy a menos, todo el peso soportaba el trabajo que se realizaba desde Monteagudo.

Gráfico 4.11.

Fuente: Elaboración propia.

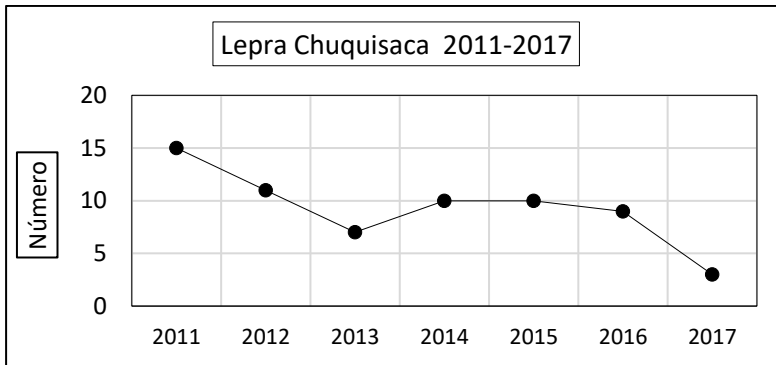
El momento político en que se vivía no respetaba la estabilidad de los recursos humanos. Los cambios eran impredecibles, los cuoteos políticos respondían con la presencia de nuevos funcionarios, muchos de ellos con total inexperiencia, de ese modo fungían en las direcciones de los Distritos rurales. El personal con experiencia era retirado o cambiado de lugar de trabajo; de pronto varios de los servicios de salud quedaron desprotegidos en términos de capacidad resolutive y calidad de atención.

Gráfico 4.12.

Fuente: Elaboración propia.

En el lapso 2001 a 2010 (gráfico 4.12), ubica una recuperación en los casos notificados. La tendencia es ligeramente ascendente con un promedio de 15 casos por año. Es el resultado de las capacitaciones realizadas al personal de salud, al menos una parte, ya tenía conocimiento e identificaba a los sintomáticos de piel. Se atribuye también a que la dirección técnica del SEDES desde 1998, en alguna medida fomentó y reconoció el trabajo.

Gráfico 4.13.



Fuente: Elaboración propia

El gráfico 4.13, a partir de 2012 es notoria la disminución de los notificados. Sin que se haya tenido que bajar la guardia en la vigilancia, con la misma intensidad y frecuencia en las acciones que los anteriores años. Los nuevos identificados que en el 9% corresponden a las formas iniciales de la lepra (PB) no superan la decena; a partir de 2016 el declive se hace más notorio, llegando a 2017 con únicamente 3 casos. Este último dato ubica al periodo, como el de menor notificación de lepra en toda la historia del brote en Chuquisaca.

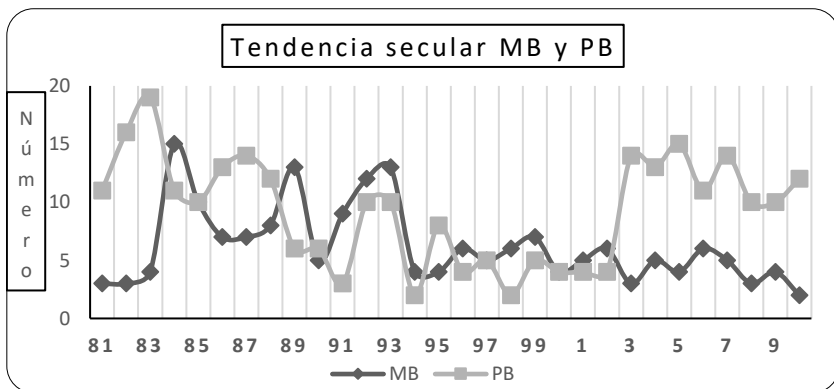
La tendencia denota que la lepra en la región viene disminuyendo en forma paulatina. Sin embargo, al realizar el control continuado, vienen apareciendo nuevas detecciones relacionadas con el periodo de incubación de la enfermedad, que es muy variable, que induce a recordar los largos periodos (entre pocos meses y más de 20 años) que deben transcurrir hasta que la enfermedad muestre su evidencia clínica.

En el ámbito de la salud pública, en cuanto a los términos técnicos de magnitud, las Tasas, que operativamente pueden ser consideradas como blandas y duras, en el presente caso ha alcanzado tasas duras, que son aquellas difíciles de superar, porque no solo dependen del factor humano, sino de otras condiciones estructurales, sociales y económicas que son difícilmente modificables. Solo queda ejercer medidas de control estrictas; el bajar la guardia estaría condicionando peligrosamente la reemergencia.

El comportamiento entre las formas Multibacilares (MB) y Paucibacilares (PB) ha tenido muchas variaciones a través de los últimos treinta años. Entre 1980 y 2001 se observa que en disposición casi indistinta ambas formas de lepra tienen un rango superior o inferior en las notificaciones.

A partir de 2002, como permite el gráfico 4.14, existe un comportamiento divergente entre las dos formas de lepra; posición que permanece durante los siguientes años en forma ininterrumpida. Desde ese momento las formas MB se notifican en menor número que las PB; el promedio para los siguientes nueve años es de 11,4 PB, frente a 4,2 MB, con una diferencia sostenida que revela intervenciones de control que alcanzaron una tendencia que muestra objetivamente, la precocidad con que se ha venido diagnosticando la lepra en sus formas iniciales.

Gráfico 4.14.



Fuente: Elaboración propia.

Concierne manifestar algunos aspectos discordantes relacionados con este razonamiento:

- Primero: la detección de casos PB que supera a los MB, permite colegir que el control de la enfermedad es adecuado y ha alcanzado la etapa de disminución de la endemia.
- Segundo: estudios realizados en Venezuela (1960-1984), Colombia (1974-1990) muestran que cuando disminuye la endemia existe un predominio porcentual de las formas multibacilares (12).

Lo anotado, sobre todo en nuestro medio, solo permite orientar para continuar con las acciones de control de la lepra, las que deben ser sostenidas y mantener esos niveles de notificación, para que las formas PB superen a las MB, relación que solo se puede considerar como aceptable en programas que han demostrado trabajo organizado y sostenido a través de los años.

9. HOSPITAL DERMATOLÓGICO MONTEAGUDO (HDM)

El presente contenido, muy importante por las características que la vinculan con el modelo de control de la lepra en el país, ha sido motivo de una descripción extensa con 380 páginas en el libro escrito por el mismo autor del presente documento, intitulado “Hospital Dermatológico Monteagudo” *Historia del primer hospital para la atención de enfermos de lepra en Bolivia*; publicado en Sucre en 2013. La presente recapitulación histórica la compartimos con el amable lector en una escueta referencia de lo que ha significado y aún representa, el infatigable servicio que desde 1968 dedica esta importante institución de salud, desde aquella alejada región del Chaco chuquisaqueño.

En Chuquisaca el control de la enfermedad de Hansen, en las décadas precedentes, no contaba con una jefatura departamental que tuviera la responsabilidad de articular las normas técnicas del programa nacional. Haciendo notar que existían jefaturas para la conducción de los demás programas de salud vigentes en ese momento; como dijimos, para el control de la lepra no existía, aun conociendo que Chuquisaca constituía

uno de los tres departamentos del país con mayor notificación. Actitud desdeñosa también se advertía en el resto de los departamentos que soportaban la injuria de este daño. Con estas falencias de estructura funcional en la institución departamental rectora de las políticas de salud, solo se veían esporádicas intervenciones verticales de poco alcance.

Ante las limitaciones de infraestructura y otros elementos sanitarios en el Puesto de Salud del Cañón de Fernández, y frente al clamor de alta demanda de enfermos que cada día iba en aumento, se comenzó por intentar construir un nuevo centro para pacientes de lepra en la población de Monteagudo. La respuesta de los habitantes fue de rotunda negativa, fuertemente respaldada por las autoridades locales, alcalde y subprefecto, fielmente corroborada por la población civil. Finalmente, después de tanta insistencia, escogieron un lugar alejado de la población, a ocho kilómetros, en pleno monte, al otro lado del río —sin puente por muchos años, río infranqueable en temporada de lluvia—. El lugar escogido estaba en la comunidad San Miguel de las Pampas, sitio desde donde el establecimiento emblemático continúa prestando sus servicios.

Antes de constituirse en un establecimiento que cobijara a los enfermos de lepra, el predio actual del HDM era terreno libre. El propietario, señor Pedro Aguilera, distinguido benefactor, no tuvo reparos en donar 64 hectáreas para que en esos terrenos se construyera un centro de rehabilitación para enfermos de lepra. Estas obras fueron de conocimiento y aprobadas por el entonces Cardenal Primado de Bolivia José Clemente Maurer. El propósito se viabilizó mediante la iglesia y el financiamiento de la DAHW de Alemania, para cubrir los gastos de la construcción de los primeros ambientes, con ciertas condiciones básicas para realizar prestaciones de salud. Las obras incluían las viviendas para los médicos y personal de apoyo, que por la distancia hasta el centro poblado era necesario su permanencia y pernocte para los cuidados de rigor. El perímetro que separaba el nuevo hospital del terreno libre, estaba demarcado por un alambrado fijado en postes rústicos. El sustento de los enfermos, en parte, provenía de la cría de cerdos y gallinas, para este fin se construyeron dos cabañas. El efecto colateral de esta dinámica posibilitaba a los enfermos mantenerse distraídos con la crianza de estos animales, labor que no era novedosa para ellos, más bien, contribuía a conservar sus costumbres. Alternativamente y con el objetivo de

resocializar a los afectados, se destinó un área de cultivo en los mismos predios. Los productos se vendían en los centros poblados, cosa que, con el transcurrir de los años, los habitantes no tenían reparo alguno en comprar lo que se producía en las huertas del centro de rehabilitación.

Hechas las precisiones, se considera al Hospital Dermatológico Monteagudo, como el primer hospital para enfermos de lepra en el país, fundado en 1968, en la comunidad San Miguel de las Pampas, municipio de Monteagudo del Departamento de Chuquisaca, a ocho kilómetros del mayor centro poblado cabecera del municipio. Para su funcionamiento reunía los criterios establecidos por las definiciones que anteceden, a las que se suma el haber sido el primer centro donde se fundó una escuela de enseñanza y formación para Auxiliares de Enfermería, del que egresaron técnicos en salud integral, con énfasis en lepra, que incluía la capacitación en laboratorio para el diagnóstico de la lepra, la tuberculosis y otras patologías prevalentes de la zona.

En su fundación contaba con profesionales experimentados en Leprología, que cubrían consultas integrales de afecciones de la piel y otras frecuentes de la zona. Estaban también las salas de internación, salas de curación, ambientes para terapia ocupacional como parte de la rehabilitación. La visita a las comunidades identificadas como endémicas fue otro de los pilares básicos entre sus propósitos institucionales.

Las nuevas condiciones instaladas permitían desarrollar el trabajo con mayor efectividad, el área ofrecía tranquilidad y seguridad, con mayores posibilidades de emplear otras alternativas metodológicas de recuperación, terapia ocupacional, etc. Todas direccionadas a dinamizar las aptitudes retraídas de los pacientes internos por el largo tiempo de evolución de la enfermedad. Las condiciones de atención, indudablemente tenían un repunte frente a las precariedades en que se desenvolvían anteriormente.

Desde su inicial conformación el establecimiento tuvo que soportar muchas eventualidades operativas y administrativas. La capacidad profesional de quienes condujeron a su turno el hospital, hizo que las falencias, limitaciones y otras restricciones fueran encaradas con temperamento y valentía.

Innumerables fueron las adversidades en un contexto en que la promoción de la salud no era la adecuada, ni la red de servicios de salud tenía presencia permanente en varias poblaciones, mucho más evidente en aquellas desconcentradas y alejadas. Entonces, este universo de pobladores desplazados, con escaso o ningún conocimiento en temas de salud, se encontraba inmerso y absorbido en una nebulosa de mito, tradiciones, creencias telúricas y ancestrales arraigadas fuertemente. En estas circunstancias, el primer trabajo de control realizado también incursionó en la educación y promoción de la salud.

Generalmente la llegada a las comunidades consideradas de riesgo, se realizaba dos veces al año, con permanencia de hasta dos meses en cada recorrido para cubrir varias poblaciones alejadas. Las primeras intervenciones de extensión se realizaron en la provincia Hernando Siles, aquellas donde existía considerable cantidad de afectados, enfermos que en su mayoría se encontraban en territorios extremadamente alejados cuyo acceso era sumamente complicado; a decir de los médicos y técnicos operadores salubristas en esos tiempos, relatan que ocupaba casi una jornada para llegar a la vivienda de un solo paciente.

Las actividades de extensión aparte de la cobertura departamental, llegaron a otros departamentos, entre éstos: Tarija, Beni, Pando, Potosí, Santa Cruz, Cochabamba y La Paz.

Los acontecimientos cívicos y las fiestas patronales de cada cantón o provincia en el departamento, representan a través de los años, eventos masivos de mayor concentración. Estos conglomerados al ritmo del regocijo santoral, sirvieron al equipo del HDM para identificar nuevos enfermos.

El HDM se ha constituido en uno de los centros donde se ha impartido enseñanza en el tema de control de la lepra a recursos humanos en salud. Estudiantes de las universidades, institutos y servicios de salud fueron capacitados en normas elementales de control de la lepra y otras afecciones tropicales. Con este emprendimiento, ha podido alcanzar a otros departamentos para impartir las técnicas y procedimientos de identificación, diagnóstico y tratamiento de los enfermos con lepra.

Figura 4.32.

*Otros tiempos.
Ahora las unidades
de internación
cuentan con
mejores
condiciones para
brindar atención a
los hospitalizados.
(Archivos HDM)*

Los primeros años de trabajo del HDM han sido de plena actividad, tarea que iba acompañada de procesos administrativos, que por la intensidad y la poca experiencia gerencial, no fue lo que mejor caracterizó a ese ritmo de trabajo en el nuevo hospital. Hacía falta una administración organizada, que además garantice los procesos de conducción gerencial y manejo técnico de los recursos, de tal forma que los niveles de cooperación tengan la confianza y la certeza, de alcanzar los resultados en la medida de los objetivos de sus contribuciones.

Es en estas circunstancias, en 1974, con el fin de brindar mayor sostenibilidad y eficiencia al trabajo iniciado seis años antes, se hacen cargo de la administración del HDM las hermanas del Instituto Mariano del Apostolado Católico. Bajo la conducción de las hermanas Deifilia Torres y Ancila Pérez, conjuntamente el equipo de salud, realizaron labores de extensión por los recónditos lugares donde antes ningún equipo de salud había alcanzado a cubrir, por lo menos con prestaciones de salud básicas. Es de reconocer la labor de la hermana Deifilia Torres que asumió tan grande desafío de administrar las actividades para el control de una enfermedad endémica, en un alejado territorio de un departamento olvidado por autoridades locales y nacionales; con escaso o ningún conocimiento de la población sobre la real causa de las enfermedades, inaccesibilidad territorial por la falta de caminos estables. El ser oriunda del Chaco chuquisaqueño, con amplio conocimiento de las

costumbres y lengua nativa de la población guaraní, pudo abrir el camino para controlar esta enfermedad en Chuquisaca.

Figura 4.33.



*Equipo de salud y administrativo del Hospital Dermatológico.
Monteagudo*

La tarea del Instituto Mariano, también ha contado con el denodado trabajo de otras hermanas, que a su turno han desplegado toda su labor humanitaria en los servicios asistenciales y administrativos que les tocó desarrollar. Fue de gran significación su dedicación a los tantos enfermos de lepra en los primeros años, y los años sucesivos cuando sus atenciones fueron integrales.

10. LA DAHW DE ALEMANIA

La Asociación Alemana de Asistencia al Enfermo de Lepra (DAHW) fue fundada en 1957. Desde ese momento en forma paulatina brinda apoyo a más de 30 países del mundo. Es una organización no gubernamental independiente, que funciona con el apoyo de los donantes voluntarios de todo el mundo. Colabora con actores nacionales e internacionales que trabajan en cooperación para el desarrollo social, médico y la investigación. Realiza alianzas estratégicas para lograr el mejor resultado posible.

Comienza su trabajo en Bolivia a partir de 1964. Desde el inicio la organización hizo efectivo su apoyo debido a la alta presencia de lepra en la provincia Hernando Siles en Chuquisaca (La alta endemia en el Cañón de Fernández), para luego extender su apoyo, a través de los años, a otros departamentos, Santa Cruz, Beni, Pando, La Paz y Tarija. También ha contribuido en acciones de rehabilitación y prevención de discapacidades.

Tomando en cuenta que la lepra ha sido controlada en Chuquisaca, añadiendo la prevalencia por debajo de un caso por 10.000 habitantes, indicador que de acuerdo a la OMS ubica a Bolivia entre los países que han eliminado la lepra como problema de salud pública, no obstante, la notificación de casos nuevos no ha disminuido, lo que significa que la amenaza del daño aún persiste. Con estas consideraciones, el apoyo de la DAHW continúa, aunque en menor proporción que antes.

Figura 4.34.



Voluntarios alemanes que en 1957 fundaron la DAHW; brindan soporte económico para combatir la lepra y otras enfermedades transmisibles. Más de 30 países del mundo se benefician con esta ayuda.

La DAHW a partir de 2018, incorpora y amplía entre sus objetivos y pilares estratégicos institucionales, para contribuir en el control de otras enfermedades prevalentes, es el caso de las Enfermedades Desatendidas y Olvidadas (NTD sus siglas en inglés), también agrega intervenciones sobre la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), sin dejar de brindar su apoyo para al control de la Lepra y la Tuberculosis.

Actualmente, en apoyo al Programa Departamental de Control de la Lepra, la DAHW realiza acciones directas en el Control de este daño en el departamento de Santa Cruz, que desde varias décadas reporta el 60% del total de casos nuevos en Bolivia cada año. Con esos antecedentes también contribuye a la capacitación del personal médico, paramédico y líderes comunitarios de las zonas en riesgo, en normas elementales del control de la lepra, tuberculosis y otras enfermedades tropicales.

11. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

1. BALCÁZAR J.M. Historia de la Medicina en Bolivia. Pág. 276. Segunda parte Capítulo IV, Ediciones Juventud. La Paz, Bolivia 1956.
2. BALCÁZAR, J.M. Historia de la Medicina en Bolivia Capítulo XVII Pág. 539 Ediciones Juventud. La Paz, Bolivia, 1956.
3. VALDA, B. "Lepra en Bolivia" Tesis doctoral para optar el título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina U.M.R.P.S.F.X.Ch. Sucre-Bolivia 1938. Gentileza Biblioteca y Archivo Nacional, Sucre.
4. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, "Lepra". trabajo de Jorge Suárez Jorge, Pág. 968. Publicación noviembre 1944.
5. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Pág. 5. INFORME FINAL COMITÉ ASESOR EN LEPPRA. Washington, D.C. 29-30 de julio de 1971.
6. BAPTISTA, A. "Hospital Dermatológico Monteagudo" Pág. 184. Imprenta Editorial "Tupac Katari", Sucre-Bolivia, 2013.

7. GAMARRA, A. Tesis ““Sobre 15 casos de lepra en el Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles, Zona Sud (Sucre) comprobados bacteriológicamente en laboratorio (año1967)” Facultad de Medicina UMRPSFX, Sucre, Bolivia. 1968.
8. OPS/OMS. Washington, D.C. Septiembre-octubre 1979 CD26/17 (Esp.) 30 de julio 1979 ORIGINAL: ESPAÑOL.
9. Los datos de cuantificación de casos de lepra antes de 1970, fueron obtenidos de fuente directa, de los profesionales que tuvieron bajo su cargo la conducción de las acciones iniciales.
10. Poca ha sido en la población civil la trascendencia del brote de lepra a que hacemos referencia; incluso algunos médicos y personal de apoyo de la época, los que no tuvieron participación en estos acontecimientos, de quienes se pudo rescatar referencias poco precisas, como muestra de la escasa connotación de lo sucedido.
11. El Dr. Valerio Cardozo es considerado uno de los profesionales médicos que más recorrido hizo en la primera etapa de alto riesgo. Viajó a lomo de bestia y a pie por lugares recónditos de la provincia Hernando Siles.
12. RODRÍGUEZ, G; OROZCO, L.C. “Lepra”. Pág. 181, Instituto Nacional de Salud, Santafé de Bogotá, Colombia, 1996.

CAPÍTULO V

LEPRA EN SANTA CRUZ

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. SOBRE EL ORIGEN DE LA TRANSMISIÓN**
- 3. ECLOSIÓN DE LA LEPROSA EN SANTA CRUZ**
- 4. CONSTRUCCIÓN DE UNA COLONIA**
- 5. EVOLUCIÓN DE LA LEPROSA**
- 6. ANÁLISIS POR DECENIOS**
- 7. SITUACIÓN ACTUAL DE LA LEPROSA EN SANTA CRUZ**
- 8. HOSPITAL DERMATOLÓGICO JOROCHITO**
 - 8.1. La Dra. Nora Siles**
 - 8.2. El Dr. Renato Amonzabel**
 - 8.3. El Dr. David Paz**
 - 8.4. Las Hermanas de San Vicente de Paul**
- 9. LA AMENAZA CONTINÚA**
- 10. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS**

1. INTRODUCCIÓN

Los territorios de clima tórrido y húmedo se constituyen en zonas de mayor predisposición para un raudal de enfermedades, cada una con su frecuencia y efectos diversos; pero solo una, la lepra, si bien con poca magnitud, pero con alta trascendencia y aterrador impacto.

Santa Cruz, políticamente está relacionado en gran parte de su extensión con departamentos de clima cálido, Beni y Pando; por otra parte, tiene una larga frontera con el Brasil; al sud del departamento tiene los límites con los valles de Cochabamba y el Chaco chuquisaqueño. Todos los territorios colindantes han tenido antecedentes de haber sido endémicos en el pasado para la lepra en mayor o menor grado. Todavía algunos persisten con esa condición epidemiológica.

La lepra en Santa Cruz, representa una patología que ocupa desde hace muchos años el primer lugar en la notificación anual de casos nuevos en el país. A través de este tiempo ha mantenido una incidencia y carga de la enfermedad sostenida, con pocas variaciones; cuyos casos proceden de sus provincias y de la misma capital del departamento; no faltan, y en proporción importante, los provenientes de otras regiones del país.

El extenso territorio cruceño a partir de la década de los años sesenta ha soportado una congestión migratoria sin precedentes, transformándose paulatinamente en una de las regiones más pobladas del país; con esta acelerada progresión demográfica, también los factores ambientales y otros biológicos, han tenido un medio y condiciones adecuadas para aumentar los factores de riesgo para la salud, acrecentando las posibilidades de la emergencia de amenazas mórbidas, exacerbando las ya existentes e incluyendo otras que se instalaron fruto de la dinámica migratoria, fuertemente imbricada a las formas de vida, cultura, educación, gran exposición a los vectores, hacinamiento, precariedad de las viviendas y de los sistemas de saneamiento básico; además de la mala alimentación, entre tantas otras. Sustentadas en estas condiciones determinantes, la lepra y la tuberculosis, por nombrar solo algunas, han sido patologías que sumaron ostensiblemente.

En el pasado la lepra ya hizo sentir su fuerte presencia en la región, razones que motivaron se establezca un centro de aislamiento o colonia,

ahí se ejercitaron medidas de tratamiento —cuando no se contaba en Bolivia con la medicación científica comprobada—. También fue ese pasado, década de los años cuarenta y cincuenta, que Santa Cruz soportó una de las acometidas de alta endemia más importantes que se suscitó en el país; se identificaron a poblaciones de algunas provincias donde la enfermedad ya instalada cobrara tantas víctimas, que, hasta ahora, se tienen testimonios vivos de ese pasado trágico que fustigó a la región.

Como efecto de la presencia de la lepra, se tiene el antecedente de la construcción de uno de los asentamientos o leprosería, también conocido como colonia “Los Negros”; de la misma manera, años después, la construcción del nuevo hospital Dermatológico de Jorochito en 1972, en la etapa científica. Ambos construidos en lugares alejados de la ciudad capital y de los centros poblados de entonces. El hospital de Jorochito, situado a 43 kilómetros de la ciudad de Santa Cruz, todavía realiza prestaciones a enfermos de la piel con énfasis en Lepra y Leishmaniasis.

En la actual coyuntura, con el convencimiento de haber realizado análisis basados en las normas técnicas de la vigilancia epidemiológica y la salud pública, y de efectuar intervenciones de control en enfermos en cada lugar, además de otras labores de interacción sobre el tema, podemos indicar que Santa Cruz es un territorio donde la lepra se mantiene latente, con distribución de afectados, ya tratados o aún en tratamiento, en todas las provincias, con alto porcentaje de controles no realizados en los contactos directos o convivientes (control domiciliario). Considerando el largo recorrido histórico de la lepra en este ámbito territorial, no se plasmaron acciones suficientes para interrumpir la cadena de transmisión. Los últimos dos años se han ejercitado algunas acciones específicas que aún necesitan de mayor intensidad y cobertura, así pues, ya se tiene algunas modificaciones que son muestra de la nueva forma de encarar el problema.

El contexto integral de la enfermedad nos ubica en un escenario epidemiológico donde la lepra ha tenido su pasado de alta endemia, en la actualidad mantiene su condición de amenaza activa y, para el futuro, aún quedan muchas tareas por hacer para su control definitivo. Caso contrario, no se podrá evitar una nueva eclosión por la acumulación masiva de contactos susceptibles.

2. SOBRE EL ORIGEN DE LA TRANSMISIÓN

Sobre este tema y en el plano de la temporalidad, no se conoce de antecedentes precisos respecto a los primeros casos suscitados, menos aún que hayan cobrado relevancia en el periodo colonial. Sin dejar de considerar que la lepra en cualquier parte del mundo, por sus derivaciones de temor en la población, los enfermos no han podido pasar inadvertidos ni dejar de concitar la atención de las autoridades y el colectivo social, de tal manera, en caso de su presencia, por lo menos algún aficionado de las letras, bien pudo haber relatado en algún medio escrito. Según vemos eso no ocurrió en este caso.

Son coincidentes los criterios sobre los antecedentes históricos de la diseminación de la lepra en la época colonial en Sudamérica, apuntando a la llegada de colonos europeos infectados, por una parte, y por otra, mediante los esclavos africanos que fueron traídos en esa misma época. En esas circunstancias pudo llegar la enfermedad en portadores ya enfermos, y en otros casos, en portadores aún sanos, pero el daño se encontraba en periodo de incubación para después de un tiempo manifestarse.

Vertimos nuestra opinión al respecto, en cuanto a la transmisión de la enfermedad a partir de las dos rutas de llegada, la *europaea* y la *africana*, no coincidentes en la totalidad de los países, por lo menos cuando de los esclavos africanos se trata, ruta *africana*, sobre todo en territorio que posteriormente se constituirá en República de Bolivia, esta corriente migratoria de esclavos no ha tenido mayor injerencia en la trasmisión de la lepra. Similar criterio es compartido con lo ocurrido en Argentina. Dicha teoría la sustentamos en la sección correspondiente en este mismo libro.

Cuando toca referirnos a Santa Cruz, las indagaciones y análisis nos ubican en el contexto de la República. Las vías de ingreso que a continuación compartimos son consideradas como las que gozan de mayor evidencia.

La vecindad con Brasil ha constituido una puerta de entrada inobjetable, por el antecedente del vecino país, en el pasado y en la actualidad, ser el segundo país del mundo con la mayor tasa de incidencia de casos nuevos de lepra; para 2016 ha notificado 23.000 casos nuevos. Varias

poblaciones endémicas son colindantes con Bolivia. La historia de la lepra en Brasil es amplia y su distribución por está en gran parte de su territorio, especialmente los colindantes con los departamentos bolivianos de Santa Cruz, Beni y Pando. Por lo tanto, el flujo de personas entre ambos países, por el comercio, fuentes de trabajo y otras actividades, fue, y aún constituye, una vía de transmisión.

Otra vía de entrada fue desde el Beni. Durante el apogeo de la goma Beni se constituyó en un polo de atracción económico, a fines del siglo XIX y principios del XX; lo que motivó una migración importante de pobladores de otras latitudes del país en busca de fuentes de trabajo. La vecindad de Santa Cruz reportó mayor número de pobladores cruceños en estos centros atractivos que requerían mano de obra, cuyo mayor destino estaba en la provincia Iténez; que fue donde ocurrió uno de los mayores brotes de lepra con características de alta endemia.

Figura 5.1.



La expansión de la población cruceña hacia el norte del país, a los territorios de Mojos, la Amazonía, hasta llegar al Acre, ocurrido a fines del Siglo XIX y principios del XX, por diferentes causas, entre ellas la explotación de la goma, castaña, entre otras, determinó un flujo migratorio que pasó desapercibido. Al respecto se refería el escritor cruceño Alberto Roca “Hasta 1860 los cruceños habían comenzado su viaje hacia el norte, pero fue entre los años 1880 y 1920 cuando se trasladaron cerca de treinta mil cruceños, según datos

confiables, llevando a sus mujeres, a sus hijos y a los peones que cada uno podía llevar para emprender la ingente tarea” (1).

Sumidos en esta dinámica, los factores de riesgo fueron causa para la transferencia de enfermedades, en ambas direcciones. Lo ocurrido con la lepra ha seguido esa ruta, principalmente desde los territorios del norte, como ya explicamos, ámbito donde la evidencia enseña que hubo eclosión

de la enfermedad antes que se suscitara algo similar en territorio cruceño; lugar, este último, donde también es innegable que ya existieran casos de lepra en esos años.

Es insoslayable considerar que también tuvo la lepra su presencia mediante las migraciones europeas, con asiento en varios lugares del departamento de Santa Cruz, en diferentes periodos, sobre todo a partir de aquellos inmigrantes de los países de Europa, que en los siglos XIX y principios del XX, todavía estaban siendo afligidos por efectos de la alta carga de este mal.

La conflagración bélica que sostuvo el país con el Paraguay, tuvo consecuencias posteriores en el terreno de la salud pública. El recrudecimiento de la tuberculosis, enfermedad que antes de este conflicto muy poco se notificaba, tuvo igualmente un aumento inusitado de la tasa de incidencia en la posguerra, con indicadores impredecibles que motivaron se establezca un programa nacional contra esta enfermedad, incluso antes que se estableciera uno similar para la lepra. Las condiciones predisponentes como el debilitamiento, disminución de los componentes inmunológicos protectores del organismo, la fatiga, y tantos otros, fueron causa para el acrecentamiento de la tuberculosis y otras enfermedades, una de ellas la lepra.

Asumiendo lo dicho líneas arriba, no podemos abstraernos de considerar otra vía de llegada de la lepra, que ocurrió después de la Guerra del Chaco, cuando se produjo el retorno de los prisioneros bolivianos; muchos de estos soldados tuvieron contacto directo con leprosos en Sapucaí; en circunstancias de la construcción de una colonia de leprosos, con quienes habían compartido durante el tiempo que duró la guerra. Anotaba el escritor paraguayo Nicolás Missena: "(...) también el Gobierno había comenzado a interesarse por los leprosos de Sapucaí. Decidieron mandar a un grupo de prisioneros bolivianos para que construyeran grandes caserones con paredes de tabla y techos de paja para los internos que cada vez iban creciendo más y más en número, llegando desde todas partes del país". La deducción común permite establecer que existieron casos de contagio, varios de ellos, al retorno a Bolivia, trajeron consigo la enfermedad, la que de acuerdo a su historia natural tuvo su tiempo de incubación y posterior manifestación clínica.

A partir de estos eventos identificados, la transmisión también se realizó en forma interna, entre las poblaciones del departamento, con repercusión a otros vecinos; fruto de la dinámica migratoria y comercial.

Entrando propiamente en el análisis de la historia y evolución de la enfermedad, un tema importante, digno de un estudio e investigación en el campo sociológico, guarda vínculo con la importante eclosión que constituyó la lepra en la provincia Valle Grande. Lugar que es mencionado en cualquier descripción histórica de la enfermedad cuando concierne a Santa Cruz. Las altas notificaciones, su irradiación a partir de este punto hacia las comunidades vecinas, la construcción de una leprosería en sus proximidades, determinan haber constituido un suceso epidemiológico de alta relevancia en el pasado, que es inevitable mencionar cuando se realiza una crónica retrospectiva de la lepra en esta parte del país.

La Dra. Nora Siles, connotada profesional, cuyo trabajo y dedicación ha contribuido significativamente en el control de la lepra en Santa Cruz y en otras latitudes del país, menciona escuetamente sobre la presencia de españoles asentados en Valle Grande: “La lepra ha sido introducida en el país, de acuerdo a informaciones, por los conquistadores españoles desde la época del coloniaje. Para nosotros esto es bastante claro ya que existieron en la zona de Valle Grande los llamados “Caballeros Pardos” que se asentaron en la zona, y este origen español es demostrable en algunos pueblos tanto por el aspecto étnico, de tez blanca, ojos claros, cabellos negros rizados (...)” (2). Esta descripción es coincidente con la presencia de lepra en esta zona, aún más evidente se torna esta hipótesis cuando han sido varios los casos de lepra en individuos con las características raciales mencionadas.

Basados en estas referencias, a los que suman otros relativos al flujo de las migraciones, condiciones socioeconómicas, pobreza, vecindad territorial, etc. y, de acuerdo a la experiencia recogida por los pioneros en este trabajo y el comportamiento territorial de la enfermedad, se pudo conformar un triángulo epidemiológico, (Figura 6.2), uno los puntos se encontraban en Valle Grande.

Basada en su amplia experiencia y plena evidencia de los casos identificados en la zona, la Dra. Nora Siles hace mención a este triángulo epidemiológico de zonas endémicas en Bolivia, el mismo comprende tres

poblaciones de diferentes departamentos: Chuquisaca (Villa Serrano), Santa Cruz (Valle Grande) y Cochabamba (Aiquile). La parte del triángulo que corresponde a Valle Grande tiene que ver con los varios casos presentados en las poblaciones aledañas: Guadalupe, Estancia Huayco, La Muyurina, El Trigal, Tihuyco, La Angostura y Mataral. Y, las que corresponden a la provincia Florida: Samaipata, El Derrumbado, San Juan del Rosario, Postrervallecito, Las Miscas y Pampa Grande.

Figura 5.2.



Décadas de los años cincuenta y sesenta. Triángulo de la lepra en la región central del país. Entre Valle Grande, Santa Cruz; Villa Serrano, Chuquisaca, y Aiquile, Cochabamba.

3. ECLOSIÓN DE LA LEPRA EN SANTA CRUZ

El punto de partida es la información y los datos recogidos del primer censo de lepra que se realizó en **1942 y 1943**, bajo la conducción del Dr. Jorge Suarez. En el entendido que este trabajo ha tenido las características de una búsqueda y encuesta epidemiológica técnica, conducente a una primera fase de conocimiento preliminar y determinar la magnitud del problema, con miras de aplicar estrategias de acción en las zonas endémicas.

El Informe de la Comisión de Censo de leproso en Bolivia, realizado en dos oportunidades, del 8 de mayo hasta el 24 de septiembre de 1943, la Revista de la Oficina Sanitaria Panamericana (tabla 6.1) en noviembre de 1944 brinda datos de la distribución geográfica del daño (3). Refleja la presencia de la lepra en 8 de las 15 provincias de Santa Cruz; de acuerdo con la distribución de la tabla 5.1, la mayor concentración de enfermos estaba dispersa en poblaciones de las provincias Valle Grande y Florida.

Otro dato que resalta en cantidad de enfermos y contactos, es la concentración que existía en la ciudad capital de Santa Cruz.

Tabla 5.1.

Distribución de los casos

Provincia / Localidad	Casos lepra	Contactos
Provincia Cercado *		
Ciudad de Santa Cruz	21	112
Cotoca	2	6
Campanero	1	9
Quebrada del Portugués	1	5
Provincia Valle Grande		
Ciudad de Valle Grande	2	5
Guadalupe	1	3
Estancia Huayco	3	21
La Muyurina	1	1
El Trigal	1	4
Tihuayco	1	2
La Angostura	1	3
Mataral	1	2
Provincia Florida:		
Samaipata	1	3
Pampa Grande	3	13
San Juan del Rosario	5	7
Postrervallecito	2	3
Las Miscas	2	4
El Derrumbado	1	1
Provincia Santiestevan:		
Montero	1	2
Provincia Del Sara		
Portachuelo	2	1
Provincia Ñuflo Chávez:		
Concepción	2	4
San Javier	1	1
El Puente	3	2
Provincia Velazco		
San Ignacio	3	2
Provincia Chiquitos		
San José	2	3

Motacucito	1	1
Kilómetro 101	1	0
Yacuses	1	3
Puerto Suárez	2	3
Mutún	1	0

Fuente: Oficina Sanitaria Panamericana.

*La denominación y nomenclatura corresponden al informe.

Como parte de estas acciones de investigación censal se incorporaron los componentes social y cultural; así ocurrió en la ciudad de Santa Cruz, a cuya derivación el Dr. Suarez y la comisión brindan un comentario de sus propias impresiones sobre lo observado en la ciudad capital y algunas otras poblaciones rurales. Una parte del informe indicaba: “En el Departamento de Santa Cruz no han sido todavía estudiadas algunas provincias. En alguno de los focos enumerados, la lepra ha tomado caracteres epidémicos, pues existen familias con numerosos miembros leprosos, tal sucede en la ciudad de Santa Cruz donde hay una familia compuesta de 9 miembros de los que 6 son leprosos; el padre y los 5 hijos menores, en tanto que la madre y los dos hijos mayores no presentan síntomas. Otro brote familiar observamos en Estancia Huayco, donde la madre y 2 niños son leprosos; uno de estos viajó a Cochabamba y fue internado en el Hospital Viedma, de donde se fugó. El tercer brote de lepra es el de Pampa Grande, en una familia de 3 miembros, donde el padre y el hijo son leprosos y la madre aún está sana o por lo menos no presenta ninguna manifestación de la enfermedad. Estos casos de Santa Cruz, fuera de otros conocidos en Tarija y el Beni, que mencionamos al hablar de estos distritos, revelan la insospechada gravedad de este flagelo que amenaza destruir la población rural boliviana”.

“Si al hecho de tomar la lepra caracteres epidémicos, añadiéramos la circunstancia de que todos los enfermos son altamente contagiantes por tener la forma abierta de la enfermedad y lo que es peor, no tener una colonia donde aislarlos y se encuentran en contacto íntimo con personas sanas, viviendo en condiciones absolutamente antihigiénicas y con una pésima alimentación, se podrá tener una idea exacta del peligro inminente que cierne sobre la población, con solo citar que en la ciudad de Santa Cruz existen 21 leprosos de los cuales 19 tiene la forma abierta de la enfermedad” (4).

La consideración de estos antecedentes ocurridos hace años, permite imaginar los niveles de zozobra en los que se encontraba la población, en un ámbito intensamente conflictivo, cuando aún no se contaba con la terapia específica comprobada científicamente, todos los intentos terapéuticos eran solo de buena voluntad, o sobre algunos artificios medicamentosos; solo quedaba el aislamiento como la única medida considerada efectiva, sin embargo, esta última posibilidad no estaba aún disponible.

La presencia de la lepra en otros departamentos era de total evidencia, tanto así que la misma población tomó por sí misma conocimiento y comenzó a instaurar sus propios recaudos. Un evento de este tipo ocurrido en Santa Cruz el año **1943**, el jefe Nacional del Servicio Antileproso, hizo unas declaraciones a la prensa local, las que causaron gran conmoción en la población capitalina, cuando indicaba que en esa ciudad “existían muchos casos de lepra, incluso caminando por las calles y plazas 70 casos de lepra, además de 226 contactos”. Ante la arremetida de este flagelo, el Dr. Leónidas España Simbrón, jefe del Dispensario Antileproso del Departamento de Santa Cruz de la Sierra, conjuntamente el Dr. Jorge Suarez brindaron un aporte significativo en el control de la enfermedad, apoyaron acciones de extensión y elaboraron una línea de base de los casos de lepra en esa región del país. (5).

Ubicados en dirección del análisis estadístico, se podrá construir aquellas que deriven de la información disponible; enfatizando que hasta antes de las dos últimas décadas, ha sido la tasa de prevalencia el estándar que ha medido las circunstancias epidemiológicas y operativas de la lepra en el mundo.

La elaboración de los indicadores de prevalencia cuenta para su mejor comprensión con amplificadores, en el caso de la lepra, se ha estado manejando, en principio el amplificador por mil, y en otras, como hasta hoy, por diez mil. Sin que en el proceso de los años haya existido un claro límite normativo para su uso. Por lo tanto, la información obtenida de diferentes fuentes no encuentra coincidencias al respecto. No obstante, para tener una idea que viabilice comparar el comportamiento de la lepra en el pasado, con los datos de los últimos años, utilizaremos la tasa de prevalencia por 10.000, en su categoría de actual referencia.

Tomando en cuenta la notificación de 70 casos de lepra en un momento dado, entre casos antiguos y nuevos en 1943, y considerando el total de la población del departamento de Santa Cruz, obtenemos el siguiente indicador:

Nº casos lepra: 70

Población: 244.658

Tasa de prevalencia: 2,9 por 10.000

El resultado denota alta prevalencia, que comparativamente con los actuales estándares de la OMS, en Santa Cruz la lepra expresaba un grave problema de salud pública. Similar contingencia les tocaba vivir a otras regiones del país; peor aún, los países vecinos, Argentina, Brasil y Paraguay.

Era evidente y manifiesta la enfermedad en la misma capital cruceña, al no existir un asentamiento donde aislarlos, los leprosos con sus diferentes características, grados de lesión y desfiguraciones se encontraban en las calles de la ciudad, deambulaban libremente causando el terror en la población. Las autoridades locales tenían que tomar medidas urgentes para evitar la agravación de esa convulsión social.

Ante la ofensiva de esta psicosis general las autoridades buscaban los medios para controlar la amenaza. Existían algunos enfermos internados en el hospital San Juan de Dios. Ante la contingencia tuvieron que adecuar e improvisar ambientes para estos casos especiales, con los debidos cuidados para no provocar la reacción de los demás hospitalizados cuyas dolencias se debían a otras causas.

Quedaba por aplicar la única y útil medida vigente en esos años, la construcción de un asentamiento o colonia para aislarlos. Se conocía que en el Beni ya funcionaban algunos reductos, aunque en precarias condiciones; entonces urgía tener otro para esta parte del oriente boliviano.

Una vez decidida la construcción de un centro tipo sanatorio o colonia, su ubicación motivó nuevas discusiones; entre los especialistas en enfermedades tropicales no hubo coincidencia de criterios. Propusieron

varios lugares, desde la isla de “San Silvestre” en el río Mamoré hasta “Los Negros” en Santa Cruz. Al respecto escribía el Dr. M. Balcázar, cuando opinaba sobre este argumento: “(...) pasando por el Altiplano se ha señalado numerosos lugares para el proyecto sanatorio. Y el problema aún no ha sido resuelto, porque si bien *Los Negros* ya ha sido ocupado por un primer grupo, la centralización de todos los enfermos en ésta, dista mucho de resolverse; hay, además, una seria protesta de los habitantes vecinos, por la elección precipitada del lugar. Una comisión de expertos aconsejó, en 1949, que la leprosería nacional sea en Arani, capital de la provincia del mismo nombre, por su situación geográfica y porque existe un nosocomio trabajado”.

Continuaba el Dr. Balcázar “La falta de especialistas capacitados ha sido una de las causas de esta situación. Invitados algunos del Brasil y Colombia, excusaron su presencia en Bolivia, o plantearon exigencias imposibles de satisfacer”.

“Si alguien alega que podrían construirse varias leproserías regionales, para evitar el cambio de ambiente, expresaremos nuestra conformidad, en teoría; pero, desgraciadamente, el tesoro fiscal es tan pobre, que hasta ahora no puede construir una sola *leprosería*; mucho menos podrá construir dos o más” (6).

El efecto, el brote epidemiológico hizo que la enfermedad mostrara su evidencia clínica en varios lugares del departamento. Entre las más notorias constituyeron los eventos producidos en las provincias Valle Grande, Florida y Caballero, con su irradiación a poblaciones vecinas. Según cuentan algunos entrevistados del lugar, los habitantes de estas comunidades vivían en constante ansiedad por temor al contagio.

El autor del libro “Historia de la Medicina en Santa Cruz” Dr. Jorge Gárret, sintetiza las contingencias que tuvo que atravesar la construcción de una colonia para leproso en ese Departamento, al indicar que el Dr. Leónidas España Simbrón, al ser designado como jefe del Dispensario Antileproso en Santa Cruz, tuvo un importante desempeño en este trabajo, colaboró al Dr. Jorge Suarez en esta labor. Anotaba el Dr. Gárret: “Ambos lograron, en 1942, que el Servicio Interamericano de Salud Pública, asignara una suma de 138.000 dólares, para levantar la Colonia, tipo agrícola en Guadalupe, provincia de Valle Grande, lugar que había sido seleccionado

por el Ministerio de Salubridad, el pueblo expresó su absoluta disconformidad y repulsa al proyecto” (7).

No debe extrañar la animadversión natural del colectivo ante aquellas condiciones adversas que significaba la construcción de una leprosería en sus inmediaciones. Al margen de la compulsa de estas apreciaciones, tengan o no su fundada base científica, generalmente obedecen a corrientes de opinión generalizada que se convierten en verdades públicas, por lo tanto, las respuestas también tienen ese contenido de desenfreno cuando se tiene que asumir, defender o rechazar algún suceso emergente; según nos muestra la historia, muchas autoridades y población han sido presa fácil de la irracionalidad.

Los diversos intentos de ubicar establecimientos para el control de la lepra en Bolivia y en otras partes del mundo, a lo largo de su incuantificable tiempo de existencia, han sido motivo de rechazo, desde los centros poblados colindantes; muchos de estos acontecimientos tuvieron desenlaces de tragedia por la irracionalidad de los mismos pobladores.

La construcción de estas colonias y hospitales para leprosos en el país, viene precedida de innumerables anécdotas, todas con el común denominador, de que se han construido lo más lejos que fuera posible; de esa manera evitar cualquier resquicio que signifique amenaza para el resto. Grandes fueron los peregrinajes de nuestros antecesores salubristas, junto a las autoridades tuvieron que lidiar primeramente con ubicar el lugar para estos asentamientos, para luego encarar otro reto mayor, el financiamiento para su construcción y funcionamiento.

Solo citaremos algunos ejemplos de aquellos muros, hoy olvidados y semidestruidos, que en su tiempo fueron edificados, testigos mudos de tanto dolor y sufrimiento; de enfermos que entraron y nunca regresaron a sus hogares. La Colonia de Lazareto de Tarija construido a pocos kilómetros de la capital; San Juan, cerca de Trinidad; Victoria a 23 Kilómetros de Baures; Los Negros, cuya propuesta de construcción en la ciudad de Santa Cruz fue rechazada por la población, efectivizándose en una provincia, Florida, comunidad Pampa Grande a 170 kilómetros de Santa Cruz. El Hospital Dermatológico Monteagudo en Chuquisaca, también tuvo su rechazo para ser construido en la ciudad, fue erigido a 8

kilómetros de Monteagudo, en el monte, al otro lado del río, lugar donde actualmente sigue funcionando. El Hospital Dermatológico de Jorochito en Santa Cruz, también corrió la misma suerte, fue negada su construcción en la ciudad de Santa Cruz, para finalmente construirse a 43 kilómetros, comunidad Jorochito del Municipio El Torno, no sin antes obedecer a varias condiciones, una de ellas —por irrisorio que parezca— las puertas de ingreso al hospital no tenían que estar de frente o mirar al camino principal ni a la población; de esta manera fue construido con sus puertas de entrada principal dirigidas al monte. Con este singular detalle sigue desarrollando sus actividades en forma silenciosa pero efectiva en el control de la lepra y otras enfermedades de la piel. Si a alguien se le ocurre visitar este nosocomio, no se sorprenda, tendrá que recorrer en círculo desde la calle principal hasta el otro extremo para encontrar la puerta de acceso principal.

4. CONSTRUCCIÓN DE UNA COLONIA

Reubicándonos en la cronología de los acontecimientos, los legajos históricos nos dan a conocer que el 4 de noviembre de 1948, en el Gobierno del Dr. Enrique Hertzog, se dictó un Decreto Supremo para la expropiación del fundo denominado “Los Negros” en la población de Pampa Grande de la Provincia Florida del departamento de Santa Cruz, con destino a la instalación de una leprosería. Como ya mencionamos anteriormente, la respuesta de los pobladores ante tal propuesta ha sido de total rechazo para la construcción en “Los Negros”.

Fueron innumerables los obstáculos que se tuvo que superar para poner en funcionamiento aquel necesario proyecto. Están aquellas que han tenido que enfrentar a la población y sus autoridades, respecto al lugar donde se pensaba instalar; otros imponderables tenían que ver con las fuentes de financiamiento; no faltaban otros inconvenientes relacionados con la desviación de los presupuestos hacia otra construcción; también estaban aquellas que contendrían con la falta de equipamiento, recursos humanos, insumos médicos y tantas otras necesidades.

Finalmente, su funcionamiento como Colonia para enfermos de lepra fue a principios de los años cincuenta (1951). Se trasladaron enfermos de todo el país en forma compulsiva. La Dra. Nora Siles al respecto añadía:

“Era una colonia con un pequeño hospital y varias casitas. En 1955 se hicieron cargo de la administración los Pastores Evangélicos de Nuevas Tribus; trabajaron durante ocho años con una enfermera y visitados por médico esporádicamente. En enero de 1963 se hizo cargo de la administración personal del Cuerpo de Paz, igualmente sin médico de planta. En agosto del mismo año, se hizo cargo la Dra. Nora Siles, como médico de provincia. Organizó el hospital, se hizo las historias clínicas de los pacientes, y de un total de 150 a 200 enfermos internados se comenzó a dar altas de internación, transformando poco a poco la etapa de atención intramural al control ambulatorio; luego se hizo cargo de la Dirección del Hospital”. Complementaba la Dra. Siles: “Trabajaron también otros médicos, como el Dr. Carlos Murillo, Dr. Renato Amonzabel. En 1969 se hicieron cargo de la Administración las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul. En 1972 el Centro fue trasladado a Jorochito”.

5. EVOLUCIÓN DE LA LEPRO

Nos vemos en la necesidad de dar un salto obligado, desde que se tuvo los resultados del primer censo en **1943**, hasta el año 1967, que es donde otra vez encontramos pesquisa numérica confiable, para ir agregando paulatinamente más información estadística. Las condiciones de un sistema de salud con muchas falencias, en esos tiempos se reflejaba en ese tipo de inconsistencias técnicas y operativas. No es extraño que en varios establecimientos prestadores de servicios de salud antiguos, sean estatales o privados, no se cuente con documentos disponibles para encarar procesos de investigación.

Esta vez recurrimos a los datos del Primer Curso de Entrenamiento en Lepra, realizado en Trinidad, Beni, del 16 al 19 septiembre de 1967, que refleja cifras obtenidas en la encuesta realizada en 1963 (tabla 5.2) por el Ministerio de Salud, con colaboración del asesor OMS/OPS, que determinó el índice de prevalencia para Santa Cruz y el resto de los departamentos endémicos del país.

Tabla 5.2.

Datos de la encuesta hasta mayo de 1963, presentado en 1967

Departamento	Población	Nº Casos	Prevalencia X 10.000
Santa Cruz	392820	398	10.13
Beni	175000	249	14.2
Chuquisaca	213000	106	5.0
Cochabamba	712000	86	1.2
Tarija	191000	63	3.3
Pando	48000	56	11.7
La Paz	1,230.000	46	0.4
Potosí	720000	8	0.1
TOTAL	3,681.820	1.012	2.7

Los datos expresaban lo siguiente:

(Las cifras no constituyen el reporte anual de casos nuevos. Para la prevalencia se tomaron casos nuevos y antiguos en tratamiento u observación)

Nº casos de lepra: 398
 Población: 392.820
 Tasa de prevalencia: 10.1 X 10.000

Un indicador por demás alarmante, según apreciamos, puede haber sido por causa de la incorporación en el numerador de los afectados que estuvieron en observación por mucho tiempo; también puede deberse al denominador, cuya población solamente obedecía a proyecciones en la medida que el último censo nacional se realizó en 1950 y el siguiente en 1976, de tal modo que las proyecciones tuvieron un sesgo considerable, en razón de haber tenido a principios de los años sesenta una migración importante hacia Santa Cruz. Sin embargo, el resultado no ha podido variar significativamente, lo que nos permite inferir la alta endemia de lepra en que se encontraba Santa Cruz; para entonces ya tenía funcionando la colonia Los Negros.

Según la anterior tabla, los datos en Bolivia señalan un mayor número en Santa Cruz, en tal sentido, y de acuerdo a la población, la prevalencia no superaba a la del Beni y Pando. Claro está, que de ninguna manera significa que no haya habido mayor número de casos en este inmenso territorio, cuando la cobertura de acceso territorial por parte de los servicios de salud era muy baja, limitándose, en muchos casos, a simples visitas semestrales o anuales. Los informes de los reportes en dicha reunión indicaban que los datos eran parciales, que no se pudo llegar a todas las comunidades.

Los posteriores reportes de la OPS/OMS en **1971**, dan a conocer la presencia de otros focos de lepra, sobre todo en regiones del valle limítrofes con Santa Cruz, es el caso de Chuquisaca donde ya se habían notificado casos con anterioridad, en la parte que corresponde al Chaco, en las provincias Hernando Siles y Belisario Boeto, vecinas con algunas poblaciones de la provincia Cordillera de Santa Cruz, Camiri, Cuevo, Lagunillas, Gutiérrez y otras. El reporte de la OPS/OMS indicaba: “Bolivia, donde se identificaron dos focos principales: a) al norte del departamento de Santa Cruz y al sur de Chuquisaca, y cuyo origen data de la época colonial, y b) al nordeste o Amazonia, foco reciente contiguo a los focos del Brasil (Acre) y del Perú (Madre de Dios)” (8).

Año **1972**, abre sus puertas el Hospital Dermatológico Jorochito, por gestiones de las autoridades sanitarias del departamento. Destinado a brindar cobertura a los afectados por la lepra y otras enfermedades de la piel, en una región que experimentaba una explosión migratoria sin límites, que modificaría la estructura poblacional del país en términos de distribución y densidad.

La construcción de este nosocomio, al igual que los demás en los otros departamentos, estuvo acompañada de aflicciones para quienes estaban empeñados en la obra; aquella buena intención de las autoridades para albergar y atender mejor a los enfermos de lepra, se había diluido en la medida que se trataba de ubicar un espacio físico para su construcción. Finalmente se concretó un terreno a 43 kilómetros de Santa Cruz. Más adelante abundaremos en detalles cuando toque recapitular la historia de este nosocomio.

Las condiciones de funcionamiento poco aptas del entonces asentamiento “Los Negros”, ubicado en la provincia Florida, obligó a trasladar a los enfermos que aún quedaban; los que estaban a cargo de la conducción de esta Colonia, pasaron a liderar las funciones del nuevo establecimiento, en un escenario de mayor capacidad de infraestructura, ambientes circundados por vegetación y árboles frutales, dependencias específicas para las unidades básicas de servicio, pero, todavía era manifiesto el escaso número de personal.

Concomitante a la formación de nuevas concentraciones humanas en territorio cruceño, también los daños de la salud necesitaban la atención de las autoridades sanitarias, entendiéndose que muchos de los inmigrantes del occidente, no estaban acostumbrados a las características y riesgos de contraer infecciones propias de los climas cálidos. Todo predisponía a un alto nivel de susceptibilidad para enfermar tuberculosis, malaria, lepra, infecciones cutáneas, entre muchas otras agresiones tropicales.

Otro informe del año **1974** publicado en 1979 por la OPS/OMS, ratifica el anterior de 1971, al resaltar las características de cierta intensidad epidemiológica que adquirió la enfermedad en estas regiones. Dicho informe decía: “En Bolivia la lepra aparentemente no se transmite en el altiplano Andino, pero la situación es seria en los departamentos de Santa Cruz y Chuquisaca y en la cuenca amazónica en el noroeste del país. En 1974 una investigación intensiva de 32.000 habitantes de la provincia de Valle Grande (Departamento de Santa Cruz) reveló un coeficiente de morbilidad del 14 por 1000” (9).

La situación de Valle Grande ya fue conocida con anterioridad. El Boletín expresaba solamente una reiteración de lo acontecido y lo que aún quedaba por hacer en esa provincia; ubicando, además, el impacto epidemiológico del daño y la connotación trascendente entre las causas de morbilidad general.

En **1978**, cuando la Dra. Nora Siles desarrollaba funciones en el CENETROP (Centro Nacional de Enfermedades Tropicales), con el financiamiento de los “Amigos del Padre Damián”, se llevó a cabo el Proyecto de Horizontalización de los programas de salud, inaugurando

ocho Puestos Sanitarios en toda la Provincia Valle Grande; se capacitó a todo el personal de salud con el fin de atender Hansen en todos estos servicios (10).

Con el estímulo de la cooperación recibida y la voluntad de los responsables para el control de la lepra en Bolivia, cuyo centro de operaciones técnicas y normativas se encontraba en la ciudad de Santa Cruz, surgieron otras necesidades para establecer las normas y procedimientos estandarizadas para el nivel departamental y su aplicación en la red de servicios.

Hasta ese momento todas las intervenciones eran verticales, bajo el trabajo único y responsabilidad del Hospital Dermatológico Jorochito y el CENETROP. El escaso personal que operaba en esta misión daba cobertura asistencial limitada a las poblaciones rurales, debido al escaso presupuesto y las posibilidades de movilización. Surgió otro conflicto, con el cierre de la colonia de aislamiento y el inicio de los tratamientos ambulatorios, era urgente el seguimiento individual de las medicaciones.

El año **1987**, la Dra. Rosario Zambrana Polo, realizó una importante investigación de la lepra en Cochabamba, obteniendo en este proceso resultados de los demás departamentos. Un aporte valioso del que extractamos el comportamiento de la lepra en Santa Cruz en ese año. (11).

Tabla 5.3.

Número y prevalencia de lepra Por unidades sanitarias, Bolivia 1987

Unidad Sanitaria	Población	Casos registrados	Prevalencia X 1000	Porcentaje
Riberalta	86864	126	1.4	7.7
Santa Cruz	1105663	829	0.7	51.0
Chuquisaca	480108	485	1.0	30.0
Trinidad	188542	184	0.1	11.3
Cochabamba	(0)	(0)	(0)	(0)
Total	1861177	1624	0.9	100.0

Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología. MPSSP. Programa Nacional 1987.

El amplificador utilizado en la anterior tabla es por mil; para tener mejor comprensión y ubicarnos en la corriente del presente análisis y el que actualmente se toma en cuenta por la OMS, convertimos a una tasa por diez mil.

Nº casos:	829
Población:	1,105.663
Tasa de prevalencia:	7.5

Corroborando el anterior comentario, dos años después se obtuvo datos de prevalencia sobre la enfermedad: En **1989**, el Dr. Luis Cabrera Coello, Consultor de la Organización Panamericana de la Salud, en el trabajo de Asesoría realizado en Bolivia, del 20 de agosto al 24 de septiembre de 1989, hizo llegar el informe de los Servicios de Epidemiología y Programas Específicos del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. En lo concerniente al problema de la lepra, realizó escueta reseña expresada en debilidades estructurales identificadas, que pone en visible manifiesto el poco desarrollo del control de la enfermedad, y otros comentarios de cuanto sucede en el tema lepra en el país. Indicaba parte del informe: "(...) De este problema se derivan otros, tales como la duplicidad de registros, el desconocimiento de la magnitud de la endemia, la *falta de pesquisa y el deficiente control de casos y contactos*. Con los registros disponibles, la tasa estimada es de 3.2 por 10.000 habitantes, que ubica a Bolivia entre los países de endemia media; con el agregado que existen zonas de mayor concentración endémica" (12).

Tabla 5.4.

Resultado de un trabajo se Asesoría Internacional en 1989

Departamento	Casos	Tasa	Porcentaje
Santa Cruz	984	7.5	44.8
Beni	437	15.6	19.9
Chuquisaca	447	9.0	20.4
Cochabamba	173	1.6	7.9
Los demás	153	0.4	7.0
Total	2194	3.2	100.0

Un elemento negativo en la información obtenida, consiste en la no incorporación de los datos numéricos de población. Esta reflexión cobra mayor categoría cuando se tiene conocimiento que en algunos años, y para algún tipo de indicadores, el denominador sufría variaciones, es decir, que, hasta hace poco, y en algunas evaluaciones del programa solamente se incluía la población de las zonas endémicas, y se la expresaba como si correspondiera al total del departamento. Lo que manifiesta el Dr. Cabrera Coello para Santa Cruz, denota estar entre los tres primeros departamentos con mayor número de casos entre nuevos y antiguos. Lugar que compartía con Chuquisaca y Beni.

En octubre de **1989**, la Dra. Nora Siles en el cargo de Jefe Nacional del Programa de Control de Hansen, solicitó a la Asociación Alemana de Asistencia al Enfermo de Lepra y Tuberculosis (DAHAW), un financiamiento por dos años, para implementar actividades debido al alto índice de abandono al tratamiento (276 abandonos) en la Provincia Florida. Entre los meses de mayo de 1990 y abril de 1992, se hizo un programa vertical con un equipo especialmente entrenado a cargo del Dr. Gualberto Romero. Se recorrió toda la provincia, recuperando los casos antiguos, y se diagnosticaron 190 nuevos enfermos, en su mayoría iniciales, paucibacilares. La supervisión estuvo a cargo de la Dra. Siles y el Dr. Amozabel, entonces director del Hospital Dermatológico de Jorochito (13).

En cuanto a la situación epidemiológica en esos años, los registros del Programa Nacional de Hansen muestran que se diagnosticaron muchos casos nuevos en Santa Cruz; era el resultado de una mayor importancia al diagnóstico y control. Las condiciones en esos momentos eran favorables por la difusión y promoción por medios televisivos y radiales.

El seguimiento y control de los pacientes en tratamiento y sus contactos supuso una lucha titánica sin precedentes, ocurría en todas partes del país, por las distancias y la insuficiente cobertura territorial de la red de salud. La Dra. Siles comentaba sobre esto: “El control por ahora es muy difícil, porque los pacientes que viven muy alejados del Hospital Dermatológico de Jorochito, algunas veces abandonan el tratamiento por las dificultades de traslado. La detección precoz de los casos debe ir acompañada de la vigilancia de los mismos, en el propio lugar o área donde viven” (14).

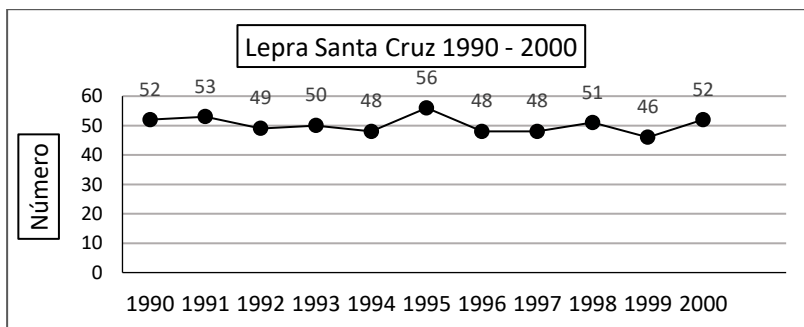
El año **2010**, mes de abril, el Hospital de Jorochito sufrió una ausencia importante, las hermanas religiosas de la Congregación Hermanas Hijas de la Caridad, dejaron su trabajo en este nosocomio. Labor encomiable fue la que realizaron desde su fundación, brindando atención y cuidados a los enfermos, con trato humanizado y un componente espiritual que les permitía encarar con fe y esperanza los retos de sus padecimientos.

En el mes de mayo del mismo año 2010, el Dr. Renato Amonzabel, Director del hospital desde su fundación en 1972, cesó en sus funciones, se acogió a la jubilación. Eminente profesional Dermatólogo y Leprólogo por antonomasia. Dedicó toda su vida al trabajo de la dermatología, enfatizando sus acciones a la lepra y leishmaniasis. Diagnóstico e hizo el tratamiento a centenares de estos afectados. Su larga trayectoria incluyó acciones similares en otros departamentos, así ocurrió en el Hospital Dermatológico Monteagudo en Chuquisaca, entre 1967 y 1968, para luego dedicarse íntegramente al mismo trabajo, esta vez en el departamento de Santa Cruz, fue fundador del Hospital Dermatológico Jorochito en 1972.

6. ANALISIS POR DECENIOS

Se aplica en el presente trabajo el análisis por decenios, para una mejor comprensión de los datos y el comportamiento de la enfermedad en términos estadísticos; esta estandarización permite realizar comparaciones sobre el tema con lo acontecido en otras regiones del país.

Gráfico 5.1.

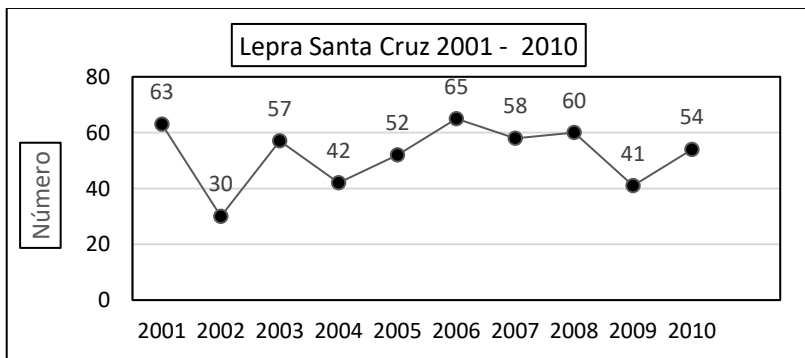


La presencia de la lepra en Santa Cruz, desde que se tiene registros, refleja indicadores que gravitan ostensiblemente en la carga de lepra en el país. A partir de 1942 cuando se realizaron los primeros censos, se ha corroborado esta posición, ocupando el primer lugar en casos nuevos notificados para cada año. Dicha posición persiste en la actualidad.

Entre los años 1990 a 2000 (Gráfico 5.1) los casos nuevos reportados revelan una tendencia uniforme a través del decenio, con promedio de 50,2 anuales. Destacando que las prestaciones solamente han sido intramurales o de atención a la demanda espontánea. Las acciones extramurales han tenido sus limitaciones, sobre todo por el número de recursos humanos, que ha sido, y aún continúa, muy limitado en el hospital, recordando que es donde se diagnostica y notifica el 100% de los casos de lepra en Santa Cruz. Cuenta solamente con dos médicos institucionales. Es una muestra de la insuficiencia numérica de estos profesionales en un escenario de salud con responsabilidad no solamente de atención dermatológica, también de prestaciones integrales de la población del municipio y otros confines del departamento y el país.

El predominio de los varones en los casos reportados es evidente. 65% y 35% mujeres, aspecto que está relacionado con las características y forma de vida; cuando se toma en cuenta que el varón es el que mayormente está en contacto con otras personas y el entorno en general. No se tiene conocimiento que exista alguna predisposición genética.

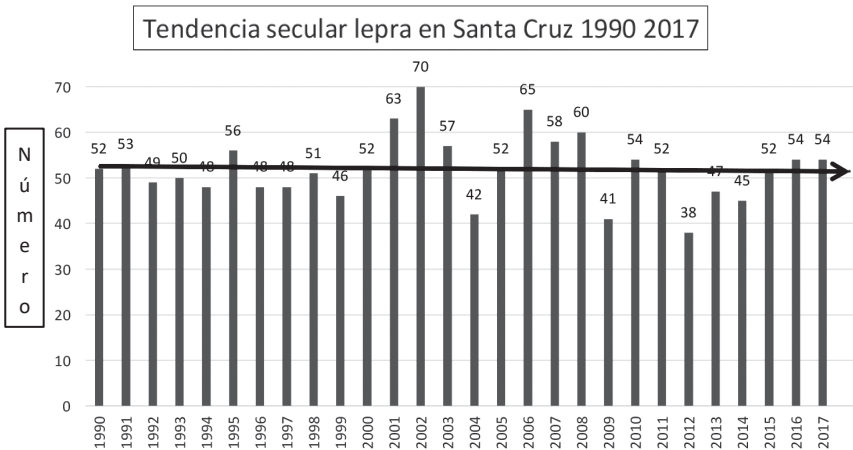
Gráfico 5.2.



Para la década de 2001 a 2010, los datos enseñan que la uniformidad de las notificaciones es discontinua. Se observa algunas variaciones importantes incluso del 50% (Gráfico 5.2) así se observa entre 2001 y 2002. Existen periodos de recuperación, lo que enseña una compensación de lo que no se cubrió anteriormente y se hizo en el siguiente periodo, de ese modo el promedio de notificados de 52,2 casos anuales, es parecido al de la anterior década. Los desfases en cuanto a recursos humanos continuaron en este lapso. No se contó con incremento en el número de médicos asistenciales ni en el grupo de personal de apoyo.

Corresponde mencionar que en 2010, las hermanas religiosas de la Congregación Hermanas Hijas de la Caridad, después de prestar sus servicios durante 40 años en el hospital, dejaron este trabajo. En el mismo año, se acogió a la jubilación del Director del hospital Dr. Renato Amonzabel. Han sido numerosas las contingencias que soportó el establecimiento. Pese a estas adversidades el trabajo continúa. Al igual que en la anterior década, el predominio está entre los enfermos del sexo masculino 63%. Durante la fase de seguimiento se examina a todos los miembros de la familia.

Gráfico 5.3.

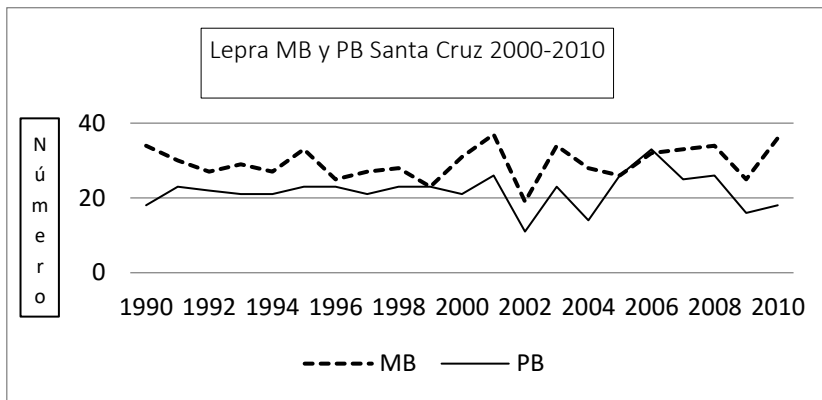


La tendencia de la lepra en Santa Cruz en los 27 años analizados, denota una horizontalidad que visualiza un riesgo en carga y frecuencia (Gráfico 5.3), persistiendo como una endemia importante en el contexto nacional. Existen zonas que reportan casos nuevos en su forma avanzada o

multibacilar. Se trata de una enfermedad que no es de gran magnitud, pero, tiene gran trascendencia, que por sí sola es la enfermedad que más discapacidades, mutilaciones y otros daños irreparables produce; y, el no combatirla con oportunidad puede crear estigma social en la persona, la familia, inclusive en la comunidad.

Las formas operativas de la lepra de acuerdo a la clasificación de la OMS, señalan un predominio de las formas Multibacilares (MB) o abiertas. El comportamiento ha sido el mismo a lo largo de los últimos 20 años (Gráfico 5.4) existiendo una disociación evidente en los últimos 3 años. Lo que demuestra la existencia de casos de lepra que no están siendo diagnosticados oportunamente, de ese modo su permanencia es latente, con la incertidumbre de no saber hasta cuándo.

Gráfico 5.4.



Las formas MB son consideradas como formas abiertas o contagiantes, lo que también significa ser tomadas en cuenta en rigor a los riesgos que representa.

7. SITUACIÓN ACTUAL DE LA LEPRO EN SANTA CRUZ

Buscando la convergencia de acciones, aun siendo heterogéneas, sin tampoco negar la poca secuencia y sostenibilidad de las intervenciones en cada contexto geográfico del departamento, finalmente todos

confluyen en la realidad actual del programa de control; cuya imagen refleja carencias que aún persisten.

El hilo conductor del programa se encuentra en el Hospital Dermatológico Jorochito; desde siempre han sido los casos diagnosticados en este establecimiento, los que figuran como el total de los reportes de la región. Corroborando lo dicho, se ha formado un flujo o costumbre, para el envío de todos los casos o sospechosos de lepra al hospital de Jorochito, sin que de por medio se tenga consideración de las grandes distancias y costo que debe erogar el usuario. Y, lo que es más llamativo, de este modo los funcionarios de la red de servicios de salud deslindan su responsabilidad; les resulta menos oneroso indicarles que es en Jorochito el único lugar del departamento donde le puede atender este tipo de dolencias. Apuntamos esto, en recuerdo que todas las normas y protocolos de atención a estos enfermos son parte de la atención primaria de salud, cuya complejidad para sus prestaciones es parte de la formación básica de cada funcionario, comenzando del auxiliar de enfermería hasta el médico asistencial.

No se entienda este comentario como una observación crítica al sistema de referencia y retorno, que es muy distinto; acudimos a la forma de cómo son enviados los usuarios sospechosos de lepra, sin nota alguna de referencia; tampoco la toma de una muestra para por lo menos buscar complementar con un examen de laboratorio, este último es elemental, tan sencillo que la técnica es similar al que se aplica para el control de la tuberculosis. En estas condiciones, podemos aseverar la exigua notificación de nuevos enfermos de lepra diagnosticados por otros servicios de salud.

Nos detuvimos necesariamente para tomar conocimiento y hacer un previo análisis del desempeño actual de los niveles operativos de la red de servicios de salud. Ahora corresponde, sobre el comentario previo, hacer consideraciones en el marco epidemiológico, que nos mostrará la situación actual de este problema en el departamento con mayor población en Bolivia.

- a) Los establecimientos de la red de servicios de salud del departamento en sus diferentes niveles, por su escasa participación en el tema de la lepra, aún no son compatibles con un programa de intervenciones

masivas y horizontales para encarar con temperamento técnico medidas urgentes, las que son plenamente justificadas como veremos más adelante.

- b) Se añade a esta ya reducida contribución operativa, el factor económico, que no brinda opciones ni posibilita emerjan nuevas estrategias que por su complejidad y resultados esperados significan sustentarse de presupuestos definidos.
- c) El Hospital de Jorochito para diagnosticar el total de casos nuevos cuenta con personal reducido al extremo. De ese modo sus acciones se circunscriben a atenciones intramurales de la demanda en el servicio únicamente.
- d) Cuando hablamos de la distribución de los enfermos, advertimos una dispersión en todas las provincias, que realizada una identificación de los últimos diez años veremos un aproximado de quinientos casos diseminados.
- e) Tomando en cuenta que cada enfermo está en posibilidad de contagiar a cierto número de contactos, la norma de vigilancia epidemiológica instruye realizar *estudio de foco*, que consiste en el examen clínico y de laboratorio, si es que es preciso, de los convivientes. Lo que no se ha venido realizando por las explicaciones ya citadas.
- f) Por lo tanto, gran parte de las provincias del extenso territorio cruceño se constituyen en *bolsones de riesgo* para la lepra. Considerando que el periodo de incubación de la patología no está bien definido, se puede colegir que existen muchos casos en periodo de desarrollo, otros ya estarán con sus primeras manifestaciones en la piel, que son confundidos y tratados como otro tipo de lesiones dérmicas.
- g) Es considerable el crecimiento de la población en Santa Cruz, fuertemente relacionada con la afanosa búsqueda de medios de subsistencia, lo que ha motivado la conformación de nuevas colectividades, luego transformadas en zonas populosas de inusitada dinámica laboral y social. La lepra, desde hace diez años aproximadamente ha experimentado una migración hacia estas nuevas urbanizaciones. En el contexto departamental, en la actualidad se encuentra concentrada en mayor proporción en zonas periféricas de la ciudad capital.

h) Contar con recursos profesionales capacitados y reconocida trayectoria en el tema de la lepra, queda diluido a esfuerzos y acciones en la medida del escaso presupuesto.

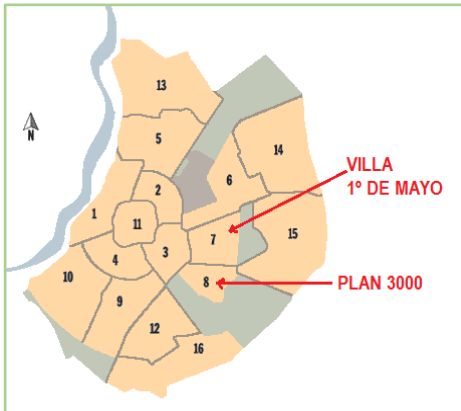
Gráfico 5.5.



Fuente. H.D. Jorochito

El comportamiento de la enfermedad en Santa Cruz en cuanto a su distribución espacial, que ha experimentado modificaciones en los últimos diez años. El gráfico 5.5 refleja un aumento en los casos reportados en la provincia Andrés Ibáñez, que corresponde a la ubicación de la ciudad capital de Santa Cruz.

Figura 5.3.



La nueva distribución de la lepra en Santa Cruz, ahora apunta el mayor porcentaje de los casos en el contorno de la misma ciudad capital.

Existen zonas identificadas como de mayor número de enfermos, sobre todo en los últimos diez años: Plan 3000, Villa 1º de Mayo y la Pampa de la Isla. Es de considerar que los movimientos migratorios internos en el país, han constituido a estos barrios periféricos en nuevos escenarios de riesgo para la lepra y otras agresiones nosológicas emergentes.

En una reunión técnica realizada en el CENETROP, el mes de septiembre de 2011, que contó con la presencia autoridades nacionales, departamentales y la cooperación internacional relacionadas con el control de la lepra (DAHW), el Dr. David Paz, director del Hospital de Jorochito, exteriorizaba la necesidad de efectuar intervenciones inmediatas de control en estos sitios identificados. También se consideró la necesidad de contar con apoyo de los demás programas y otras instituciones para cubrir aspectos operativos, además de una planificación estratégica que sea sostenible con la presencia de recursos humanos especializados, apoyo logístico e insumos en función a las demandas emergentes. Otro criterio que se abordó fue el relacionado con la capacitación urgente que requieren los recursos humanos, sobre todo médicos, enfermeras y responsables de laboratorio de la red de servicios de salud del departamento.

Son varias son las intenciones para enfrentar los riesgos de la lepra; los desafíos adquieren mayor notabilidad en tanto la tendencia de casos nuevos no se ha modificado, sigue como hace muchos años. Un detalle que preocupa de sobremanera es el mayor porcentaje de casos nuevos de lepra Multibacilar, equivale a la enfermedad en sus grados avanzados. En este aspecto es imperioso mensurar las consecuencias de infección en los contactos de los enfermos, padres, hijos, otros familiares, etc.

Resumiendo, señalamos que el problema de la lepra en el departamento de Santa Cruz es el de mayor riesgo en el contexto nacional. La presencia de un programa departamental será poco relevante, si no se incorpora en definitiva las normas de atención de la lepra en los servicios de la red para una vigilancia en el nivel local. Esta decisión necesariamente tiene su punto de arranque en los estamentos rectores de la salud departamental y nacional.

Se hace cuesta arriba cualquier emprendimiento en el entendido que es la OMS quien define y clasifica a muchos países del mundo, entre ellos

Bolivia, asentando que la lepra ha entrado en la fase de eliminación que ya no significa un problema de salud pública; la base de esta determinación es la prevalencia por debajo de un caso por 10.000 habitantes, indicador que ha sido objetado manifiestamente por muchos países por no ser el parámetro técnico real que delimite la eliminación de la lepra. En la actualidad lo que se tiene a bien aplicar, desde un criterio práctico y epidemiológico, es la tasa de detección y el indicador, en cifras absolutas, *alta carga de lepra*, esta última clasifica dentro esa categoría a países que anualmente notifican más de cien casos nuevos. Bolivia está dentro ese grupo por los reportes anuales que superan esta cifra; con el complemento que obliga recordar, que, del total, el 60% corresponde a Santa Cruz. Razones por demás rigurosas para considerar, medir y buscar alternativas en su debida dimensión para hacer frente a insidiosos factores de riesgo; cuyas condiciones para una posible nueva eclosión, sustentadas en análisis técnico discutido por profesionales en el tema, no son exageradas.

8. HOSPITAL DERMATOLÓGICO JOROCHITO

Ubicado en el km 43 en la antigua carretera a Cochabamba, en 1972 fue fundado y puesto en funcionamiento el Hospital Dermatológico Jorochito, situado en el Municipio de El Torno, comunidad Jorochito. Estuvo a cargo de profesionales prominentes que han brindado toda su labor y capacidad profesional, nos referimos a la Dra. Nora Siles y el Dr. Renato Amonzabel. La necesidad de construir un Hospital Dermatológico que sirviera para el diagnóstico y tratamiento de la lepra en el inmenso Oriente boliviano, emergió cuando se cerró la antigua Colonia “Los Negros”, que estaba situado en la Provincia Florida, entre Mairana y Pampa Grande. En principio se pensó construir este nuevo hospital en la ciudad de Santa Cruz, al lado de los hospitales generales; esta idea motivó el rechazo de la población y de sus autoridades, por las características y el estigma erróneo que en ese tiempo, y aún en la actualidad, induce esta afección.

Oneroso ha sido el camino que se tuvo que encarar cuando en forma afanosa se buscaba un lugar para construir el nuevo hospital Dermatológico, cuyo énfasis consistía en la atención de enfermos de lepra; fueron consultadas poblaciones, a partir de las más cercanas a la

ciudad —ya no incluimos la ciudad capital porque fue la primera en rechazar, pese a explicar que ya existía el tratamiento que curaba la enfermedad—, para en forma paulatina alejarse cada vez más del mayor centro urbano. Las negativas eran rotundas, algunas veces hasta amenazantes. Finalmente se consiguió un espacio, a 43 kilómetros de la ciudad capital, en el camino a Cochabamba (hoy camino antiguo), en la población de Jorochito del municipio El Torno, a cierta distancia de la comunidad concentrada. La anuencia de la población y sus autoridades para dar curso a esta construcción no fue una decisión inmediata ni desinteresada, sino, antes hubo ciertas condiciones que se las tuvo que cumplir.

Ahora invito al lector a considerar algunos aspectos muy llamativos en la construcción de este hospital. Es curioso ver que la puerta de ingreso diseñada en los planos originales no está orientada a la calle o carretera principal, menos dirigida hacia la población; no hace falta ser buen observador para percatarse que la puerta principal esta en dirección opuesta al diseño original, mira hacia el monte selvático, donde no hay ni carretera ni sendero. Por lo tanto no se sorprenda cuando quiera ingresar a este nosocomio, tendrá que dar una larga vuelta para recién acceder a su puerta principal de ingreso y abordar las unidades y servicios de prestación sanitaria ¿Cuál el motivo? Según los datos recogidos, para la edificación se hizo girar el plano de la construcción por exigencia de las autoridades locales, que obedeciendo a aprensiones y supersticiones de la población respecto a los conceptos erróneos sobre la enfermedad, hizo se actúe de esa manera. Los médicos y personal que sirvieron en esos tiempos, cuando recuerdan esos pasajes no evitan referirse con cierta ironía socarrona. Pido disculpas al benevolente lector por compartir esta parte indiscreta de la historia de este hospital.

Una vez inaugurado el nuevo hospital en Jorochito en 1972, en reemplazo de vetusto asentamiento Los Negros, cabían algunas preguntas: ¿En adelante, que sería de los enfermos que en su mayoría eran oriundos de las provincias y poblaciones circundantes a la Colonia Los Negros? , sabiendo que muchos de ellos habían sido olvidados por sus familiares, otros con lesiones, mutilaciones y daños irreversibles que no les permitían valerse por sí mismos, incluso para sus necesidades fisiológicas elementales.

El traslado desde Pampa Grande hasta Jorochito, no significó olvidar las intervenciones de salud como se hacía en el anterior establecimiento Los Negros. A partir del momento del cambio de lugar, pese al insuficiente número de personal médico y de apoyo, la Dra. Nora Siles y el técnico en laboratorio Jorge Caballero se trasladaban a Valle Grande cada 15 días, los fines de semana, para atender en la parroquia. El número de pacientes encontrados en la zona despertó la preocupación de los Padres Redentoristas de la provincia, lo que motivó buscar soporte para un proyecto de trabajo. Con este apoyo el Dr. Amonzabel, entre 1973 a 1975, recorrió toda la provincia con un equipo móvil que culminó con el diagnóstico de 600 aquejados por este mal.

Figura 5.4.



Vista panorámica del ingreso al hospital de Jorochito, ubicado en el municipio El Torno

Con el transcurrir de los años la institución fue adquiriendo notoriedad e importancia por la atención de diferentes patologías. Los casos de lepra nuevos o aquellos que requerían manejo terapéutico especial, fueron aumentando a partir de las transferencias desde las provincias cruceñas y otros departamentos. Un promedio aproximado de 90 consultas nuevas por día y con apenas dos médicos, permiten imaginar la fuerte demanda de atenciones médicas diarias que genera el hospital.

El trabajo Intramural siguiendo los protocolos de las prestaciones con énfasis en las enfermedades de la piel, muestra una organización en cada

servicio o unidad. La educación y los cuidados que se debe guardar en el proceso de tratamiento y recuperación son sumamente necesarios, de este trabajo dependerá en el futuro la respuesta del enfermo, sea positiva o negativa a las medidas sanitarias y tratamiento que se instauren.

Figuras 5.5 y 5.6.



Secuelas de la destrucción que produce la lepra. Estas úlceras tienen otro tipo de origen. La falta de sensibilidad en la piel acrecienta el riesgo de contraer otras infecciones.



El trabajo cotidiano colateralmente incluye las curaciones a las lesiones que quedan, durante o después de haber concluido el tratamiento de lepra. Muchos son los casos que requieren curaciones de por vida, otros necesitan la medicación de la misma manera. La lepra, tan antigua como es, nos muestra lo complicado que se torna cuando no se cumple disciplinadamente las medidas de tratamiento o cuando el diagnóstico ha

sido tardío, entonces ha podido causar daños irreversibles en algunos segmentos del cuerpo.

Al margen de las prestaciones específicas para la lepra, el establecimiento también cubre atenciones de otras patologías que son parte del perfil epidemiológico de la región. La Leishmaniasis es una de ellas, de alta magnitud y con elevada proporción de las formas mucosas, lesiones que agregan criterios clínicos para el tratamiento que determinan sean varios de ellos hospitalizados, con el consiguiente ritmo cotidiano de sus curaciones.

La educación continuada es otro de los componentes principales en observancia a la misión del establecimiento. Calificado como el principal hospital de referencia para la atención de lepra y otras patologías relacionadas con la medicina tropical. Tiene vasta experiencia por la frecuencia y gran demanda de esas prestaciones. Cuenta con salas de internación con importantes índices de ocupación y de rotación de camas. Este universo de atenciones ha predispuerto se constituya en un centro importante para la rotación de profesionales y practicantes en sus diferentes categorías, posgrado, pregrado, como también a estudiantes de los establecimientos formadores de recursos humanos en salud. Los profesionales del establecimiento, dirigidos por el Dr. David Paz, se constituyen en el claustro de docentes y facilitadores

8.1. Dra. Nora Siles

Todo evento o suceso plausible que haya acontecido en las instituciones, tendrá protagonistas cuyo trabajo repercutirá en las generaciones que seguirán el sendero de esa misión. Están aquellas personas que han dejado un camino labrado con grandes esfuerzos en circunstancias insólitas de desventaja, con muestra de valor y pujanza para cumplir con una difícil misión, controlar la amenaza de la lepra.

La Dra. Nora Siles de Justiniano, ha sido la principal protagonista en las batallas contra la lepra en Santa Cruz, profesional a quien expresamos débitos de gratitud por su inefable contribución.

Su labor en el control de la lepra en Santa Cruz y el país, no encuentra parangón alguno por sus características impregnadas de mística y abnegada entrega. Se ha constituido en uno de los íconos de la lucha contra esta enfermedad. Es una de las mayores referencias que la historia de la lepra en Bolivia quiere ponderar y tener escrito en su memoria, como justo homenaje impercedero en su real dimensión de una vida pletórica de entrega incondicional, que buscó no solamente curar los males corporales, sino también, llegar a lo más profundo, hasta el alma de los enfermos, de los tantos que habían perdido la esperanza de recuperación; de otros, que eran presa de la desesperación, la discriminación, el inclemente y lacerante estigma. Ningun sacrificio es mayor, como dice en las santas escrituras, que el que hace una persona por otros, poniendo en riesgo su salud y su misma vida.

Todo comentario queda insuficiente cuando se trata de una vida de entrega profesional y dedicación profunda. La Dra. Siles dedicó su juventud y toda su capacidad para estar al lado de los enfermos, diagnosticando y curando sus males; labor que se extiende en forma ininterrumpida desde los años difíciles cuando no se contaba con la terapia adcauda, hasta ahora, cuando aún aporta con su valiosa experiencia.

8.2. Dr. Renato Amonzabel

El Dr. Renato Amonzabel, médico especializado en Dermatología y Leprología. Aún en su etapa de profesional jubilado continúa prestando servicios en su especialidad, sobre todo a los enfermos hansenianos, que a pesar de su condición de pobreza saben que recibirán atención, con la prolijidad y esmero de siempre, con el cálido componente de sus palabras de aliento y las recomendaciones profesionales dirigidas a mejorar su calidad de vida. El Dr. Amonzabel ha sido uno de los pioneros de la lucha contra esta enfermedad en su etapa de atención profesional y especializada. Su presencia en los primeros hospitales para estos pacientes: Los Negros, el Hospital Dermatológico Monteagudo en 1968 y el Hospital Dermatológico Jorochito en 1972, hasta su jubilación en 2010, han marcado un valioso antecedente de servicio.

8.3. Dr. David Paz

A partir del año 2010, se hace cargo de la Dirección del Hospital de Jorochito el Dr. David Paz. Especialista en Dermatología, que acompañó durante 30 años el trabajo de su antecesor, Dr. Renato Amonzabel. Empezó con la delicada misión en un ambiente desfavorable, el mismo año se produjo la salida de las hermanas religiosas. Sintió la ausencia de las hermanas que hasta entonces tenían un rol esencial en la conducción del hospital, en el campo administrativo y social. La dinámica de las hermanas, por la cooperación que conseguían, apoyaba a cubrir muchas necesidades del establecimiento, lo que en la actualidad se torna insostenible, teniendo como resultado una crisis por la falta de insumos, escaso personal, limitaciones de todo tipo de suministros, que cobran mayor relevancia si se considera que es el hospital más importante del país para la referencia de casos de lepra, leishmaniasis, enfermedades tropicales y patologías de piel prevalentes.

La calidad profesional del Dr. Paz es innegable, complementado por su alto nivel de solidaridad; atributos a los que se suma el esfuerzo del resto del personal, para aún mantener vigente las prestaciones de salud en tan importante institución. Obliga recordar que Santa Cruz es el departamento con la más alta tasa de notificación anual de casos nuevos de lepra en el país.

8.4. Hermanas de San Vicente de Paul.

El componente espiritual fue la contribución de las hermanas religiosas de la Congregación Hermanas Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul, cuya presencia data desde hace cuarenta años, que penosamente finalizó el mes de abril de 2010. Durante su vigencia, esta complementariedad entre el Estado y la Iglesia ha formado un equilibrio entre las acciones asistenciales y terapéuticas, con los cuidados y apoyo espiritual, en condiciones nada favorables para los afectados por este mal, en un contexto de plena discriminación e ignominia, inclusive de parte de los mismos parientes.

La representación de la Iglesia ha significado un pilar fundamental para sustentar necesidades emergentes, muchas de éstas no son vistas por

autoridades ni la población, pero son sentidas en los procesos ininterrumpidos de funcionamiento del hospital que tienen que ser cubiertos de alguna manera. En estas circunstancias, las hermanas que han sido parte importante en la conducción del hospital, han colaborado viabilizando todo tipo de trámites buscando fuentes de apoyo, de ese modo dar cobertura y básica satisfacción a las tantas necesidades.

Figura 5.7.



Justo homenaje. Nunca ha sido tan meritoriamente justificado un reconocimiento que el realizado en esa oportunidad a la Dra. Nora Siles, Dr. Renato Amonzabel y Hna. Concepción, por su gran entrega y dedicación sin precedentes en la lucha y control de la lepra en Santa Cruz, cuyos efectos y repercusión fueron de beneficio para todo el país. (Archivos H.D. Jorochito).

9. LA AMENAZA CONTINÚA

La lepra, que así es como mayormente se la conoce, aún campea en nuestro medio, sin olvidar que esta enfermedad es un indicador de pobreza y de la insuficiente capacidad del sistema de salud para diagnosticarla oportunamente, para evitar la progresión de los daños, que contrasta con los diagnósticos mayormente tardíos. Las imágenes que enseñan son recientes (figuras 5.8 a 5.11), como resultado de

intervenciones extemporáneas, cuando las posibilidades de recuperación son reducidas por el grado de avance y deterioro de segmentos corporales.

Las discapacidades constituyen el nuevo universo que aflora como resultado de dolientes que ya perdieron algunas funciones motrices en su cuerpo. Tras haber concluido el tratamiento y, haber constatado mediante el laboratorio la ausencia o destrucción de los bacilos, queda un discapacitado, que dependiendo del grado de incapacidad quedará supeditado a las posibilidades que en el futuro sus limitaciones funcionales le permitan desarrollar alguna forma laboral para su propia subsistencia.

Figura 5.8.



Figura 5.9.



Los propósitos fundamentales de todo sistema de salud no se tienen que limitar a solamente la prevención y curación, como generalmente ocurre en los nosocomios del país, es imperativo incidir en la tercera y no menos importante, la restauración o rehabilitación. Es incesante el peregrinaje de los expacientes a los servicios de salud del hospital para recibir sus curaciones. Muchos de ellos no desarrollan actividades laborales remunerativas, su actividad cotidiana se reduce a labores de apoyo en el hogar, demostrando, en varios casos, la total dependencia para su

subsistencia. Ya podemos imaginar el drama que a diario viven aquellos que tiene familia e hijos.

Figura 5.10.



Figura 5.11.



Es de urgente necesidad que el Hospital Dermatológico de Jorochito merezca la atención que exige para brindar un mejor servicio. Las necesidades de salud que la población demanda son cada vez de mayor complejidad resolutive. No existe gabinete de recuperación, solo se limitan a las curaciones, han disminuido los insumos desde que se fueron las religiosas en 2010.

El problema de la lepra no concluye con el suministro de medicamentos durante el tiempo establecido; las lesiones que quedan están a merced de cualquier otro agente patógeno que pueda infligir un nuevo daño, por supuesto que ya no se deberá al bacilo de la lepra sino a otros añadidos. Las zonas de anestesia por la destrucción de los nervios quedan de por vida, con el consiguiente riesgo de lesiones, quemaduras, traumas, heridas, etc., que convierten al expaciente de lepra en uno nuevo, reiteramos, pero son causa de otras afecciones.

10. VOLUNTARIOS MENONITAS

Tras haber realizado en el Hospital Dermatológico Jorochito (Km 43 camino antiguo a Cochabamba, municipio El Torno), el diagnóstico y tratamiento de varios casos de lepra en pobladores de las colonias

menonitas, se produjeron los primeros contactos sobre la posibilidad de apoyar al diagnóstico de este daño en poblaciones periféricas y rurales de Santa Cruz catalogadas como de riesgo, incluyendo, por supuesto, algunas colonias menonitas. De ese modo, y con la colaboración del Dr. Carlos Wiens, director del hospital menonita Km 81 de Paraguay, y el Dr. Abundio Baptista de la DAHW de Alemania, se realizaron las primeras aproximaciones visitando a algunas colonias para mostrarles la evidencia de la presencia de la lepra y otros daños dentro estos territorios; y, recurriendo a la condición de personas de paz, solidarias con sus semejantes como parte de su doctrina cristiana, consideren las posibilidades de cooperar en el control de la lepra y otras enfermedades. La respuesta se dejó esperar apenas dos meses, cuando se nos comunicó que existía un grupo de voluntarios, todos de colonias conocidas como “liberales”, que estaban dispuestos a brindar su cooperación. Con esta valiosa oferta se realizó un plan de trabajo, especificando la participación de los voluntarios, que tenía la contrapartida de la DAHW de Alemania y la red de servicios de salud locales.

Conformaron su mesa directiva del grupo de voluntarios menonitas que en adelante se llamaría Grupo de Apoyo a la Misión y la Salud (GAMyS), cuyo primer y actual presidente es el señor: David Toews.

Desde 2017 se realizan intervenciones de extensión para realizar búsqueda activa de casos de lepra y otras enfermedades tropicales, a partir de la Jefatura Departamental, contando con el apoyo del grupo GAMyS, cuyo soporte es de gran valor cuando se trata de actividades de largo aliento. Entre 2017 y 2018 se visitaron por lo menos tres comunidades de cada provincia de Santa Cruz.



*Directiva
del grupo de
voluntarios
menonitas
organizados
para apoyar en el
control de la lepra
en Santa Cruz.*

11. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

1. ROCA, L.A. "Breve Historia del Habla cruceña y su mestizaje" Editorial EL PAIS, Pág. 72. Cronenbold N° 6. Santa Cruz, Bolivia, 2007.
2. SILES, N. "Programa Nacional de Hansen 1993". Pág.1. Santa Cruz, Bolivia, 1993.
3. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Pág. 967. Sobre el informe del Dr. Jorge Suarez, Noviembre 1944.
4. IBID. Pág. 967. Sobre el informe del Dr. Jorge Suarez.
5. GÁRRET AILLON, J. "Historia de la Medicina en Santa Cruz" Imprenta Sirena S.R.L. Santa Cruz, Bolivia, 1992.
6. BALCÁZAR M, "Epidemiología Boliviana". Fundación Universitaria Simón y Patiño. Pág. 273-274. La Paz-Bolivia 1946.
7. GÁRRET AILLON, J. "Historia de la Medicina en Santa Cruz" Talleres Gráficos de Imprenta SIRENA S.R.L. c/ ML, Ig. Salvatierra N° 240. Santa Cruz de la Sierra, 1992.
8. OPS/OMS "Informe Final Comité Asesor en Lepra". Washington, D.C. 29-30 de julio Pág. 5. 1971.
9. OSP/OMS Washington, D.C. Septiembre-Octubre, Pág. 3. 1979.
10. SILES, N. Programa Nacional de Hansen. Pág. 3, Santa Cruz 1993.
11. DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA. MPSSP. Programa Nacional 1987. Citado por Dra. R. Zambrana.
12. CABRERA COELLO. L. "Informe sobre la Asesoría a Los Servicios de Epidemiología y Programas Específicos del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia". Del 20 de agosto al 24

13. SILES, N. Programa Nacional de Hansen. Pág. 4, Santa Cruz, 1993.
14. IBID. Pág. 7.
15. EL DEBER. Santa Cruz de la Sierra – Bolivia, Domingo 7, agosto de 2005.

CAPÍTULO VI

LEPRA EN OTROS DEPARTAMENTOS

I. LEPRA EN TARIJA

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. EL ORIGEN DE LA TRANSMISIÓN**
 - 2.1. Expansión inicial**
 - 2.2. Expansión secundaria**
- 3. “EL LAZARETO” PRIMER ASENTAMIENTO PARA ENFERMOS DE LEPRA**
- 4. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD**
- 5. UN NUEVO PLAN DE ACCIÓN**
- 6. ANÁLISIS POR DECENIOS**
- 7. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS**

“De cierto os digo que en cuanto lo hicisteis a uno de estos mis hermanos más pequeños, a mí lo hicisteis”

Mateo 25:40

1. INTRODUCCIÓN

Los antecedentes históricos documentales apuntan a Tarija como el primer referente de la presencia de la lepra en Bolivia. Ha sido el que mayor impacto porque la naturaleza de sus efectos fue abordada por connotados investigadores internacionales, que nombran algunos pasajes de lo ocurrido en este departamento, con mayor incidencia en la ciudad capital, como evento principal de la presencia de la enfermedad en Bolivia en la primera mitad del siglo XIX. El investigador francés Dr. Edourd Jeanselme comenta sobre los enfermos de lepra en el antiguo Lazareto de Tarija. Decía: “Hace unos 40 años existía en este departamento, a 4 km al sur de la Capital, el Sanatorio de Guerra Huayco, donde, según se sabe existían 26 leprosos aislados. Actualmente, quedan ruinas y escombros de tan importante establecimiento, que hoy hace tanta falta, para aislar a los numerosos enfermos que ambulan por todo el departamento, propagando su enfermedad, que infelizmente, en la gran mayoría es lepra abierta”.

La presencia de enfermos de lepra en Tarija, con claras evidencias físicas y otras con mayor expresión, con ulceraciones que desfiguraban la fisonomía del rostro y otras partes del cuerpo, heridas sangrantes y pestilentes, hasta mutilaciones; no es difícil imaginarse cuál ha sido el impacto aterrador que vivieron los pobladores a causa de la deambulación de estos afectados por las calles de la ciudad. En esos tiempos, únicamente el aislamiento era recomendado en todas partes, la misma estrategia era aplicada en Europa, Asia y Norteamérica. Mientras no existiera un centro aislado, la población tomaba sus propias medidas de seguridad; desde luego no eran las más favorables para los aquejados por este flagelo. De pronto se imponía la construcción de un leproscario para aislarlos y en algo proteger la vida y mitigar el hambre y el frío de estos desventurados. Pero surgía una pregunta ¿Quién o quiénes se harían cargo de estos enfermos? sabiendo que en su mayoría tenían lesiones repulsivas y, sobre todo, el temor al contagio sabiendo que no existía tratamiento científico alguno para mitigar este mal.

El departamento de Tarija ha estado nombrado en varios reportes nacionales e internacionales sobre el tema de la lepra; de la misma manera que Santa Cruz, Chuquisaca y Beni, se ha constituido en un

vínculo epidemiológico a lo largo de la historia de la enfermedad en el país, debido a la continua notificación anual de nuevos enfermos.

Actualmente la patología se encuentra con focos identificados en varias provincias. No faltan los reportes de nuevos aquejados cada año. Con estos antecedentes, el departamento aún transita por una etapa de control relativo, merced a las intervenciones intensivas en algunos años, y de mucha pausa en otros, sin que de pleno se haya intervenido en forma masiva ni parcial acciones de control, imputables a la intemperancia de sus autoridades sanitarias. Por otra parte, a partir de los primeros años de la década de los ochenta del pasado siglo, ha tenido el apoyo del personal experimentado y especializado de la DAHW (Asociación Alemana de Asistencia al Enfermo con Lepra y Tuberculosis) y el Hospital Dermatológico Monteagudo, cuyas iniciales incursiones fueron por el río Pilcomayo, luego en la provincia Gran Chaco; y, a partir de los años noventa, contar con un proyecto de apoyo sostenido y presupuestado por la DAHW; soporte que duró hasta el año 2010. Esta última decisión fue tomada por las mismas autoridades de salud.

Después de lo acontecido en el siglo XIX, refiriéndonos al Lazareto de Guerra Huaico, cuando los enfermos fueron eliminados y el leprosario destruido y quemado. Al finalizar el mismo siglo no ha presentado alta incidencia ni prevalencia, por eso fue considerado como región de baja endemia en el contexto nacional, muy lejos de aquellos tiempos cuando era un cabo importante de concentración de estos afectados.

La repercusión sobre este evento sin precedentes en nuestro medio, queda implícito en algunas tradiciones y festividades que anualmente recuerdan la otrora importante presencia de personas afligidas por la lepra. La danza de los Chunchos en la festividad de San Roque, es una muestra e imaginario recuerdo del paso cansino de aquellos enfermos que cuando escaseaban los alimentos en temporada de invierno salían del Lazareto a pedir ayuda a la población; bien cubiertos, apoyados unos a otros, con una carraca o cencerro, daban anuncio de su presencia. La danza de los Chunchos es una muestra alegórica que evocan esos acontecimientos.

2. EL ORIGEN DE LA TRANSMISIÓN

Queda conocido que Tarija ha sido uno de los focos importantes de la enfermedad, desde mediados del siglo XIX a la primera mitad del XX; sin que lo dicho descalifique las probabilidades de su presencia antes del lapso mencionado.

2.1. Expansión inicial

El período anterior a la República, refiriéndonos al ingreso de la enfermedad en territorio tarijeño, es un acontecimiento sobre el que se pueden conjeturar posibilidades diferentes. Aun así, nuestro propósito es mostrar aquello que consideramos lo más próximo a la realidad, impulsados por los tantos años de trabajo en el control de esta patología en todos los confines del país, además de conocer e indagar sobre las condiciones epidemiológicas en países vecinos del continente y otros endémicos en el mundo. Con esa premisa, nos basaremos íntegramente al insumo documental que se cuenta. No es difícil imaginar los grandes vacíos existentes de hechos históricos a raíz de no contar con elementos referenciales, en un escenario donde el registro y cuidado de los datos no ha sido su mejor presentación.

Al margen de cualquier significado que represente la ascendencia europea en los habitantes de cada región del país, más que todas de la española, cuya influencia en las costumbres, cultura e idioma ha sido trascendental; es la región de Tarija la que siempre ha esgrimido el emblema de ser ciudad Andaluz. En cuanto haya habido motivo alguno ha sido oportunidad para resaltar este su innegable vínculo con esa parte del país Ibérico. La historia corrobora lo indicado, en circunstancias de haber sido los andaluces y vascos, los que mayormente colonizaron estas fructíferas tierras.

Andalucía ha sido uno de los territorios de entrada de la lepra en España. Desde el tiempo de los fenicios, cuya expansión comercial llegó hasta las costas de la Península Ibérica; remontaron el Guadalquivir y junto con el comercio expandieron la lepra en Andalucía y otras partes aledañas de España. Tan solo una referencia más, el Dr. José Ramón Gómez Echevarría —médico español experto en lepra— hace una importante acotación,

señala que, durante la España Musulmana, en la zona andaluza – extremeña – levantina, el número de enfermos de lepra era aproximadamente de 40.000. Años después, el año 1494 sumaban 60.000 enfermos— (1).

El citado paréntesis histórico nos muestra la gran influencia que tuvo la lepra en la población andaluza. Los años posteriores se consolida la llegada de los españoles a territorio americano. En este lapso de la Colonia, después de la fundación de las ciudades en Bajo y Alto Perú a partir de 1532, incluso hasta principios de la etapa Independentista, se produjo la inmigración de pobladores europeos, en diferentes tiempos, sobre todo de España. Fueron en estos flujos de colonizadores, en diferentes tiempos y circunstancias, que muchos de éstos se asentaron en tierras de Tarija y otras regiones; entre los migrantes no podemos eludir que existieron algunos infectados, que después fueron una de las causas, incluyendo otros tantos factores desencadenantes, para el efecto de una gran eclosión de la lepra en esta parte del país. En la actualidad España todavía reporta casos nuevos de lepra que superan la decena cada año, varios de ellos importados de otros países, sobre todo de América; y, entre los autóctonos del lugar, están los que provienen de las regiones anteriormente citadas.

Es importante recordar que Bolivia, en toda su historia Independiente, ha sido uno de los países de América que menos impacto ha tenido en cuanto a población inmigrante de otros continentes. Sin embargo, este medio ha sido una vía de ingreso de la enfermedad, como ha ocurrido en el resto de las naciones; espacios territoriales donde el efecto ha sido más relevante, a partir de aquellos inmigrantes antes y después de la instauración republicana —conociendo que, en Europa, en esos años, la lepra tenía índices alarmantes y las leproserías o centros de aislamiento se contaban por miles—.

Por otro lado, lo que ha sido transcendental en otros territorios del continente, y de poca significación e impacto en el nuestro, tiene que ver con la llegada de los esclavos traídos de África; entre los que han podido llegar algunos con la enfermedad ya manifiesta o en periodo de incubación. Reiterando que en otros contextos ha sido de gran

importancia esta vía de transmisión, lo que ha estado muy distante de ocurrir en el nuestro.

Cuando se toca el vínculo territorial con el vecino país de la Argentina, estamos frente a otra de las corrientes de ingreso. Se conoce que, en el siglo XVIII, los primeros enfermos de lepra comunicados oficialmente en Argentina datan del 10 de diciembre de 1792, según indica el Libro "Tuberculosis y Lepra Epidemiología y Control", publicado en Argentina. El dato refiere: "(...) fecha en que el médico español Juan Manuel Rodríguez y Sarmiento, cirujano aprobado por el Protomedicato de Buenos Aires, realiza en la Provincia de Santa Fe a solicitud del Virrey Arredondo el examen a un grupo de pobladores considerados sospechosos de padecer lepra, tras lo cual informa el Cabildo la existencia entre los antes mencionados de 4 enfermos (...)" (2).

2.2. Expansión secundaria

Después de las ya citadas incursiones de la lepra, siguieron otras, las secundarias. Las migraciones internas en el país hacia los centros de mayor desarrollo, como ocurrió en etapas agrarias de siembras y cosechas en el oriente; mucho antes estaba también la industria y explotación de la goma, castaña; las mejores perspectivas de trabajo en las zonas de explotación de hidrocarburos en el Chaco, al igual que el atractivo de la industria maderera, por citar algunas, conformaron un circuito de contagio e infección de enfermedades transmisibles. En estas condiciones la propagación secundaria entre las demás poblaciones departamentales, provinciales, cantonales, hasta las más alejadas y dispersas del país, se produjeron en mayor o menor grado por las migraciones internas, dependiendo del flujo y vías de contagio. Sin olvidar que existe el nivel de susceptibilidad de algunos organismos cuyas condiciones inmunológicas predisponen a este tipo de infecciones. En este proceso también cuentan los factores ambientales que favorecieron: el clima tropical, subtropical, humedad, altura, entre otros; los que mantienen vínculo epidemiológico con el mayor desarrollo de las enfermedades, de las tantas existentes podemos citar: la tuberculosis, malaria, leishmaniasis y la lepra.

Ha sido importante el volumen de casos de lepra que fueron transmitidos y diagnosticados en Tarija, otros que enfermaron en el lugar y según

indagaciones retrospectivas la adquirieron en otras regiones, tropicales, cabecera de valle y valle alto, cuyo único antecedente de migración temporaria refiere a lugares específicos, por lo que se colige ha podido ser el sitio de contagio.

Otras vías de entrada de la enfermedad a territorio tarijeño, en etapa posterior a la diseminación inicial, ha constituido la vecindad con países vecinos, Argentina y Paraguay. A consecuencia de las insuficientes condiciones económicas, que no permitían alcanzar las aspiraciones de trabajo y sustento familiar, se avizoraba mayor desarrollo en otros países vecinos, ocasionando migraciones en busca de trabajo, hacia Argentina y Brasil, situaciones sociales que también han sido causa importante de trasmisión.

Es Tarija donde la historia de la salud pública relacionada con la lepra brinda sus primeros registros existentes sobre esta patología con especial drama e impacto en la ya conformada República de Bolivia.

3. EL “LAZARETO” PRIMER ASENTAMIENTO PARA ENFERMOS DE LEPRA

La Iglesia, antes y ahora, ha sido un factor decisivo en el apoyo a los enfermos de lepra y otro tipo de miserias que afloran de la pobreza del habitante común. Después de la salida de los Jesuitas en 1767, fueron los Franciscanos los que asumieron la misión pastoral y evangelizadora a los inconversos en la ciudad, y mucho más a los habitantes del área rural, con sustancial población nativa originaria. Los sacerdotes de esta orden religiosa fueron los que tomaron la iniciativa de brindar atención a los leprosos, para lo cual construyeron con sus propios medios, un reducto amurallado con algunas dependencias rústicas, que inicialmente cumplieron esa función. Años después se contó con la mirada del Estado para complementar esta construcción.

San Francisco de Tarija, templo que guarda la nutrida historia del amplio trabajo realizado por las Misiones Franciscanas en esta región del país; cuenta en sus registros parte de la historia que nos ocupa. Ha sido escrita en esos años, a mediados del siglo XIX, por los padres Antonio Comajuncosa y Alejandro Corrado. Personalmente compartimos este tema con el custodio de esta admirable Biblioteca, el padre Lorenzo

Giuseppe Calzavarini —destacado Historiador, Antropólogo, Sociólogo y Lingüista Franciscano, cuyo aporte en diferentes estudios realizados sobre la realidad social en nuestro país, han sido de significativa importancia. Falleció en 2012—. Esta referencia documental es la que más contribuye en el propósito de conocer lo que ha ocurrido con la lepra en Tarija en esos años de mucha restricción y pobreza.

Figura I.1.



Rvdo. Giuseppe Lorenzo Calzavarini, sacerdote de la orden de San Francisco, de origen italiano. Fue un eminente científico, historiador, sociólogo y docente universitario. Director del Centro Eclesial de Documentación del Convento Franciscano de Tarija. Falleció en Cochabamba en 2012.

Este controversial acontecimiento ocurrido en nuestro país, acompañado de pasajes dramáticos cuyo final no dista de parecerse a las tragedias griegas o medievales inspirados por connotados de la literatura. Con la diferencia que lo ocurrido en Tarija ha sido un acontecimiento real.

Las reflexiones políticas y sociales sobre el comportamiento de la lepra en este departamento en un momento dado, y ante la gran alarma que se generó en la sociedad civil de Tarija, estuvieron atentas a prestar atención y cubrir en parte, las demandas apremiantes que exigía el control de la enfermedad. La derivación de este logro se tradujo en una Ley, la de 9 de noviembre de 1846, promulgada por el entonces presidente constitucional José Ballivián; cuyo Artículo único expresaba: “Se autoriza al Ejecutivo para que de los fondos que juzgue convenientes, disponga la erogación de mil cuatrocientos, pesos anuales, que importa el gasto y alimentos de los enfermos lazarinos del hospital de Tarija, creado a este objeto” (3).

Es necesario tomar en cuenta las inconsistencias históricas que se generan sobre la construcción de este asentamiento para enfermos a raíz de las explicaciones precedentes. En este paréntesis trataremos de ubicar y buscar la pertinencia entre los insumos de referencia histórica consultados, que lamentablemente no nos permiten precisar lo que realmente aconteció sobre la construcción del Lazareto en 1846, en tanto se consideren otras indagaciones no coincidentes con esta fecha, más al contrario, denotan una actitud como si el aporte gubernamental no hubieran sido parte del escenario de los hechos. Para un mejor entender y siguiendo una secuencia explicativa, compartimos el siguiente análisis:

- Queda claro que antes de 1846 existía significativa cantidad de casos evidentes de lepra en Tarija. Solo de esa forma se justifica haber movilizado y priorizado la citada ley para la construcción del Lazareto.
- Antes de esta fecha, los sacerdotes Franciscanos, por varios años ya atendían a estos enfermos en un ambiente por ellos adaptado (en el mismo recinto donde se planificó la construcción).
- Por criterios epidemiológicos de largos periodos de incubación de la enfermedad, por los cuadros avanzados de daño crónico, inferimos la existencia de la enfermedad 15 o 20 años antes.
- El sacerdote Lorenzo Calzavarini, historiador Franciscano, sobre la base de documentos de la iglesia de San Francisco en Tarija, indica que la construcción fue en 1853, y la obra correspondió al P. Leonardo Delfante y a los neófitos chaqueños de la misión de Chimeo. (Memoria de los Religiosos de este Apostólico Colegio de Santa María de los Ángeles), Archivo Franciscano Tarija
- Otros documentos, haciendo hincapié en la labor de los padres M. Corrado y A. Comajuncosa, indican que “La fábrica del Lazareto se ejecutó en 1858, y gracias a los sacrificios y ahorros de los misioneros, se gastaron en ella unos cuatro mil pesos”, (es muy probable que la fecha se refería a la conclusión del recinto).

- De acuerdo a otros documentos del mismo Centro Eclesial de Documentación Convento Franciscano de Tarija, se tiene registros que indican que dicho hospital se reactualizó entre 1853-1858, que marca el inicio y final de la construcción del Lazareto.

Ante la presencia de estos valiosos insumos históricos, y previo un análisis ajustado, queda cuestionar algunos aspectos que surgen a raíz de ciertos datos que no se ajustan en términos de temporalidad, entre 1846 (el Decreto Ley), y 1853-1858 (reportes de los Franciscanos).

- Si realmente existía aquel dinero, por el Decreto Ley precedente, para la construcción del Lazareto en 1846, ¿por qué se tienen registros de los padres Franciscanos, en sentido de recién haberse iniciado los trabajos en 1853?
- ¿Cuál la explicación de no mencionar la labor del Gobierno de entonces, en la documentación eclesial?
- Si realmente el construir el Lazareto tuvo una duración entre 1853-1858, y no menciona el aporte de la mencionada Ley ¿No es más posible imaginar que fueron los esfuerzos locales y los ahorros de los misioneros que lo concretaron?
- Viendo personalmente las ruinas, las paredes son de adobe unidas con barro, incluso los cimientos de piedra muestran rústica mampostería ¿Esto habrá correspondido a una labor gubernamental, entendiendo que en esos tiempos ya existía adelantos de ingeniería para hacer construcciones con material, técnicas y calidad elementales?

De las ruinas del Lazareto solo quedan paredes de adobe, derruidas; las más conservadas alcanzan dos metros de altura. Muros, otrora apilados de portentosos adobes, que hasta ahora soportan desafiantes al tiempo, como invitando a recordar que antes tuvieron su vigencia, que fueron útiles y fueron testigos del sufrimiento y la desesperanza de los desdichados dolientes; muros que han servido de apoyo a los enfermos cuando éstos en su impotencia golpeaban estas paredes, maldiciendo su suerte. Silenciosamente se hacían una y mil veces las mismas preguntas

¿Por qué yo, Dios mío? ¿Cuál ha sido mi pecado? ¿Tendré alguna esperanza de curarme y regresar a mi familia? Muros que han presenciado el ingreso de los nuevos enfermos y la salida de otros tantos, estos últimos, yertos, directamente hacia su morada final. Estos muros, ahora solitarios, desprovistos de techo, cuentan únicamente con la compañía de los matorrales y algunos árboles y, el cementerio, su vecino más cercano. Muros que esperan el colapso final del que irremediamente se encargará la naturaleza, porque el hombre ha olvidado o quiere olvidar aquel pasado lleno de misterio y miedo al contagio; de rostros y manos cubiertas, de enfermos incurables sin esperanza, de aspecto repulsivo, con andar cansino, que dependían de la caridad.

El drama final del Lazareto y su lapidario cierre, obedeció a siniestras actitudes de eliminación de los desventurados enfermos, no se conoce culpables ni motivos, que utilizaron medios letales de envenenamiento —es el criterio que se impone en las investigaciones—. Una vez realizada esta mortal misión, prendieron fuego a muros y a enfermos. Todo llegó a su trágico fin.

Del Lazareto queda el actual cementerio, mudo vecino de las ruinas del antiguo hospital para leprosos del mismo nombre, queda, en esta historia, como el lugar donde fueron enterrados los enfermos que fueron eliminados y después quemados.

Ruinas y cementerio, como testimonio yerto, que invita a recordar un pasado horrendo, para enseñar e instar a la sociedad humana de los actuales tiempos, a la solidaridad y trato humanizado para los enfermos con lepra de todas partes del mundo.

De esa manera concluye el resumen de esta interesante recapitulación, que nos invita a recordar esta importante etapa de la historia de la lepra en Bolivia, que adquiere especial repercusión si se consideran las dramáticas circunstancias que motivaron su cierre, que es causa de corrientes de análisis, comentarios y conjeturas en propios y extraños.

Figura I.2.

Festividad de San Roque. Danza de los “Chunchos”, con indumentaria que cubre el rostro; y el paso cansino de su marcha, que recuerdan a los enfermos que caminaban por las calles de la ciudad pidiendo caridad. Afirma la historia que San Roque fue un franciscano de Francia, que vivió pobremente asistiendo a los leprosos y él mismo murió leproso. El perro que lo acompaña testimonia su situación de aislamiento de la vida de los hombres; él era quien le llevaba comida. La presencia del convento franciscano en Tarija dio razones a esta devoción, testimoniada ya en los tiempos coloniales. Fuente: El País.

El Lazareto ha sido uno de los principales referentes para establecer el contacto directo que tuvo la población con la lepra. Sus antecedentes y otras elucubraciones, muchas de ellas dentro el subjetivismo, nos han mostrado la existencia de este centro para enfermos con lepra que, sin duda, considerando en la medida que representaba adecuado para estos casos, ha constituido en su tiempo un servicio de aislamiento importante en el país.

Para los historiadores el Lazareto y sus enfermos, han servido para mostrar en la actualidad la influencia que han tenido en la sociedad en esos años, lo dicho se refleja en la fiesta de San Roque y la danza de los “Chunchos” con indumentaria que cubre el rostro; y el paso lento y claudicante de su marcha, recuerdan a los enfermos del Lazareto, cuando escaseaban los alimentos en temporada de invierno, salían de su

asentamiento a pedir ayuda a la población; bien cubiertos, apoyados unos a otros, se desplazaban como podían, con una carraca o cencerro daban anuncio de su presencia. Algunos cantaban tonadas cortas por ellos inspiradas, con voz trémula y ronca "... Los que tienen ... ayuden a los que no tienen...". La población socorría con víveres y algunas vituallas que dejaban en sus puertas, que a su paso eran recogidos por los desventurados leproso. El Lazareto era su última morada, solo tenían el consuelo de no soportar la repulsa y la inclemente censura social, hasta de sus parientes; en el que veían pasar sus largos y penosos días, en sus muros arrimados expresaban sollozando sus diarias letanías, pidiendo el favor divino para curar sus dolencias corporales y encontrar sosiego en el alma. La danza de los Chunchos es una muestra alegórica que evoca esos acontecimientos.

La recapitulación en extenso sobre este tema histórico, por muchos años olvidado, se encuentra en el libro escrito por el mismo autor "*Leproserías*" *El drama de la lepra en Bolivia*.

4. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Después del angustioso desenlace suscitado en el Lazareto de Tarija, que en esos años ha significado el de mayor trascendencia e impacto en los años posteriores, la trayectoria de la enfermedad en esta región no ha sido diferente del que experimentaban sus similares en el resto de las zonas endémicas del país. Con algunas eclosiones impactantes en lugares específicos y en temporalidades diferentes. Eran tiempos en que el sistema de salud estaba sumergido en condiciones frágiles e inestables, que a su turno las autoridades y los planes de acción, mostraban contradicciones y solo buscaban ejecutar programas o campañas de salud que se mostraban impactantes ante la población, con la aprobación de los financiadores externos, o simplemente para evitar la censura nacional e internacional.

Año **1943**, los resultados del Primer Censo realizado por el Servicio Nacional Antileproso, entre el 8 de marzo y 24 de septiembre, da a conocer los resultados concernientes a Tarija. Recordando que solo se trataba de datos parciales, porque no se alcanzó a cubrir la totalidad de poblaciones que fueron identificadas como sitios de origen de estos

enfermos. Posteriores informes señalaban la notificación desde los ámbitos no visitados por el censo.

Tabla I.1.

Resultado del Primer Censo en el departamento de Tarija		
Provincia / Localidad	Casos lepra	Contactos
Provincia Cercado		
Tarija	5	24
Pampa Redonda	1	2
Yesera	6	30
Churquis	1	3
Miscas	1	2
Provincia Méndez		
Canasmoro	1	14
Sella	3	8
Provincia Arce		
Toldos	2	5
Guayabillas	3	5
Provincia Avilez		
Concepción	1	7
Provincia O'Connor		
Narváez	2	11
Guerra Huayco	3	15
San Josecito	2	10
San Diego	1	3
Provincia Gran Chaco		
Yacuiba	1	4

Lo que se empieza a avizorar en este primer registro de lepra, son las derivaciones y contingencias en que se debatían los portadores de la enfermedad, sumidos en un medio social que en nada les favorecía; se encontraban encubiertos en una atmósfera o halo de misterio, al que se agregaba la escasa o ninguna esperanza de curación, por no existir en ese tiempo la medicación precisa.

Los datos obtenidos fueron resultados primarios que se contó después de tantos años de pasividad y contemplación. Es así que nos ofrece la oportunidad de conocer una aproximación de la magnitud y distribución de la lepra, por lo menos hasta donde alcanzó la cobertura territorial investigada.

Los datos numéricos revelaban la presencia de la lepra y su diseminación por todas las provincias del departamento, lo que supone, aunque retrospectivamente, estar enfocando un ámbito altamente endémico en esos años. El Dr. Jorge Suárez, en el informe del indicado censo brindaba un comentario refiriéndose a los aspectos notorios que caracterizaron a esta investigación y lo que se encontró en esta parte del sur del país. Entonces, decía el comentario: “Este departamento es uno de los más infectados de la República y donde la lepra ha tomado caracteres epidémicos extraordinarios de gravedad tanto como en Santa Cruz. Conocemos en el cantón Yesera una familia de 6 huérfanos cuyo padre murió leproso y cuya madre se cree que murió de la misma enfermedad. De los 6 huerfanitos, 5 son leprosos, habiéndose librado del mal el segundo hermano. De los 5 enfermitos, 3 tienen la forma lepromatosa de la enfermedad, los 2 mayores y el último; y los 2 restantes tienen la forma nerviosa y mixta. Este interesante caso de lepra familiar fue presentado en el Hospital “San Juan de Dios” de Tarija, ante el asombro de todos los profesionales médicos. La Comisión Antileprosa descubrió otro caso más de lepra familiar, en el cantón Sella, donde existen 2 hermanitos enfermos, pertenecientes a una familia pobre que vive en miserables condiciones”.

Con el devenir de los años, más por esfuerzos locales que de otra índole, se vino combatiendo contra el flagelo que causaba las deformidades y discapacidades en los que la contraían, y, no faltaba la conmoción y terror en el entorno poblacional, antecedentes que se exacerbaron aún más cuando localmente no se contaba con médico especialista en la materia, ni presupuesto, y mucho menos contar con la disponibilidad de logística para los desplazamientos. Como explicamos anteriormente, gran parte de los casos vivían en comunidades alejadas y dispersas, existiendo, además, enfermos que adoptaron el aislamiento, bajo su voluntad o sin ella, ocultando su enfermedad del estigma y la segregación social implacables aun en su propio medio.

Los últimos años de la década de los sesenta, en **1968**, con el apoyo de la Asociación Alemana de Asistencia al Enfermo con Lepra y Tuberculosis (DAHW), y la Iglesia Católica, se inauguró el ahora conocido Hospital Dermatológico Monteagudo, situado en el Municipio de Monteagudo que es parte del Chaco chuquisaqueño, colindante con las provincias Cordillera de Santa Cruz, Gran Chaco y O'Connor de Tarija. Desde este punto estratégico, a partir de la fecha indicada, se tuvieron acciones irradiadas desde este establecimiento hacia las provincias mencionadas.

En **1982**, en lo que respecta a Tarija, el equipo de Monteagudo realizó actividades de capacitación y visitas a las comunidades donde se habían identificado focos de lepra. El control, seguimiento de los tratamientos, detección de nuevos casos, exámenes a los sintomáticos de piel, entre otras, fueron parte de estas intervenciones de cooperación interdepartamental entre Tarija y Chuquisaca (Monteagudo).

Años siguientes, a partir de **1996**, la DAHW de Alemania incorpora a Tarija con un proyecto de apoyo a la Lepra y la Tuberculosis. Con esta cooperación se realizan importantes operativos a lo largo de las comunidades donde se encontraron anteriormente enfermos de lepra. Lastimosamente este apoyo feneció el año 2010, por decisión de sus propias autoridades de salud. Desde entonces Tarija ha recorrido una etapa dependiendo de su propia gestión.

Dentro las actividades planificadas para controlar este daño en Tarija, con el apoyo de la cooperación alemana DAHW, y en franca coordinación con el Servicio Departamental de Salud de Tarija, el año 2007 se realizó un Plan de Acción Contra la Lepra. Consideramos necesario incluir estos documentos en mérito a sus resultados, y por antecedente textual y documental de cuanto se hizo, si en caso se quisiera retomar estas iniciativas y estrategias, por los logros que se obtuvieron.

5.- UN NUEVO PLAN DE ACCIÓN

Los procesos en el control de la enfermedad, en cada gestión gubernamental durante la larga historia de la lepra en Tarija, se han caracterizado por solitarias iniciativas desde el Programa Regional, que, a decir verdad, y por mucho tiempo, hasta 2006, solamente era un apéndice del programa de Control de la Tuberculosis. Después el

programa ha tenido conducción separada, pero el insuficiente número de recursos humanos hizo que no tuviese una conducción exclusiva, el responsable también cubría otros programas de salud no menos importantes.

Con este preámbulo, el plan mencionado anteriormente fue elaborado sobre la base de la realidad local, con acciones y estrategias locales adecuadas a las circunstancias y ajustadas a presupuesto limitado.

Plan de Acción del Proyecto de Diagnóstico, Control y Seguimiento de Pacientes con Hansen en Tarija, 2007.

El accionar contemporáneo de la salud ha seguido un proceso de creciente complejidad en las organizaciones del Estado, e igual situación atravesaron las instancias de salud privadas. Estas circunstancias determinaron tomar medidas importantes para restablecer el lugar que deben asignarse a los programas de salud, en este caso, el control de la lepra; sabiendo que se encuentra entre las enfermedades olvidadas y desatendidas, lo que también se refleja en Tarija, que por ser poca su magnitud —en términos de notificación de casos—, pero, como ocurre en todas partes del mundo, el impacto y consecuencia social son impredecibles; aun así no son priorizadas o se relativiza su importancia, aunque los casos nuevos anuales sobrepasan a las de VIH, SIDA, Gripe A H₁N₁, Fiebre Amarilla, Rabia Humana, entre otras. Todas las citadas han recibido la máxima atención de las instancias intermedias, superiores y desde la Dirección Departamental de Salud, priorizando y apoyando con movilizaciones de recursos humanos, logística y, desde luego, con el presupuesto respectivo. A tal extremo se llegaron a priorizar estas otras actividades, que una de estas, la de inmunizaciones —que aún persiste en estos últimos años— hace que se suspendan tareas programadas de los demás programas por tiempo determinado, uno o dos meses, por la prioridad de realizar acciones masivas de vacunación. Entendemos que todos los programas merecen toda la debida atención; en este contexto, la lucha de control de la lepra, lamentablemente, es la que menos posibilidades tiene de desarrollar sus ya menguadas tareas.

La constante detección de casos nuevos de lepra en Tarija necesitaba un impulso preciso para complementar con acciones de seguimiento y de investigación en el nivel de los contactos (estudio de foco) y el entorno en

general, eventos que se hacían más difíciles de superar cuando las limitaciones se anteponian a las posibilidades. El contar con un responsable departamental, no es la medida y menos la estrategia única, si se toma en cuenta que de él depende el trabajo en todas las zonas endémicas del departamento; con una red de servicios de salud que hasta ahora no contempla a la lepra entre sus prioridades operativas, es más, muchos de los médicos y otro personal de salud, no mantiene con plena responsabilidad la vigencia de un conocimiento elemental de las normas y procedimientos para el control de la enfermedad. En estas condiciones muy poco se puede hablar de resultados efectivos.

Las debilidades regionales, en el tema que nos ocupa, han podido ser identificadas y expresadas, por el letargo crónico en que se debatía el programa.

- Limitaciones del responsable del Programa Departamental de contar con medios de transporte y disponibilidad de tiempo para su presencia en terreno.
- Las autoridades del SEDES Tarija, brindan poco apoyo al programa, priorizando otros de mayor impacto mediático o político.
- El poco conocimiento de la realidad de los casos, falta de registros correctos por no tener un inventario adecuado ni organizado de los pacientes.
- Desconocimiento del territorio de influencia, por no haber realizado operaciones en las comunidades alejadas que es donde habitan la mayor parte de los afectados.

Ante este escenario, se impuso el término *pertinencia*, entendiéndola, desde el punto de vista de la salud pública, como el valor que acentúa las decisiones. Lo que significó contar a partir de ese momento, **2007** hasta **2010**, con la presencia de un profesional con experiencia en lepra, con residencia temporal y programada en los lugares endémicos y en otros poblados con casos índice, para realizar control y seguimiento a los casos en tratamiento, estudio de foco y búsqueda activa entre contactos y la población. En este mismo propósito se incluía el apoyo para los enfermos con tuberculosis, el control, seguimiento, toma de muestras, y la detección de los sintomáticos respiratorios.

El profesional fue enviado desde el Hospital Dermatológico Monteagudo (HDM). En esta primera etapa se contó con la participación del Dr. Boris Apodaca, como operador técnico del proyecto, cuyo nexo y dependencia técnica mientras duraba la actividad en este departamento, dependía de la Jefatura Departamental de los Programas de Control de la Lepra y Tuberculosis de Tarija.

El trabajo realizado por el operador técnico, en la gestión **2007**, mostró un nuevo avance del programa de control de le lepra. Los resultados señalaban que la nueva estrategia fue un importante aporte para la región; que trasuntó en el aumento de detección de casos nuevos de lepra: en 2006 se tuvieron 10 casos nuevos, frente a los 27 nuevos enfermos de lepra en 2007, bajo el nuevo Plan.

Entre las actividades realizadas por el médico del HDM, en la primera gestión de esta nueva estrategia operativa, y por la importancia que amerita recordarlos por los resultados obtenidos, intentamos compartir el resumen del informe anual realizado en el departamento de Tarija. En su parte importante registra:

Informe de las actividades realizadas en Tarija, 2007.

1. *De los 26 expacientes a los que se contemplaba localizar para realizar los estudios de foco, se localizó a 22, visitando a estos pacientes hasta en cuatro oportunidades. Total 88 visitas.*
2. *Tarija para la gestión 2007 tuvo 9 pacientes nuevos detectados por el personal de Sedes Tarija, a los que se les realizó el seguimiento mensual.*
3. *El equipo del Centro Dermatológico y el Dr. Boris Apodaca lograron captar en la gestión 2007 18 casos nuevos, 15 Paucibacilares y 3 Multibacilares.*
4. *En la gestión 2007 se tuvo en el departamento de Tarija un total de 27 casos nuevos a los que se les realizó el seguimiento y control mensual, de los cuales 5 Multibacilares y 22 Paucibacilares.*
5. *Se abrieron historias clínicas a la totalidad de casos registrados.*
6. *En coordinación con el programa de Lepra Tarija, se consiguió proporcionar a la totalidad de los casos detectados el tratamiento específico.*

7. *Terminaron tratamiento, de estos 26 pacientes, un total de 18, siendo dados de alta por curación.*
8. *Se revisó a 118 contactos directos de los 22 expacientes localizados en dos oportunidades (sacando un promedio de 5 contactos por caso).*
9. *Se realizó visita domiciliaria y control de contactos de los nuevos casos detectados mensualmente hasta el mes de noviembre.*
10. *También se realizó la búsqueda activa anual programada en las comunidades donde se logró ubicar a los expacientes, logrando atender a 457 pacientes sintomáticos de piel.*
11. *Se tiene hasta la fecha 10 RPS (Responsable Popular de Salud) formados en Lepra en las comunidades donde existen pacientes; realizando cada mes supervisión del trabajo desarrollado por este personal capacitado.*
12. *También se registró 13 casos sospechosos de Hansen, a los que se tiene en observación.*
13. *Fueron 2.554 kilómetros recorridos en la gestión 2007 en algún medio de transporte, el vehículo del Centro Dermatológico, flota, taxi y otros.*
14. *Tomando en cuenta que en algunos lugares donde viven los pacientes de Hansen no se cuenta con carreteras estables, se optó por las acémilas o a pie. Se logró cubrir 735 kilómetros.*
15. *En todas las comunidades o ciudades visitadas, también se realizó el seguimiento a pacientes de Tuberculosis, acompañando a los que realizan el DOTs y a otro personal. En cuanto al tratamiento, se brindó orientación, control y supervisión de los medicamentos tomados; realizando este trabajo con mayor énfasis en la ciudad de Bermejo y Yacuiba.*
16. *Se realiza el seguimiento mensual de casos de Tuberculosis MDR en la ciudad de Yacuiba y Bermejo.*
17. *También se consiguió financiamiento para la familia H. (MDR), para comprarles leche y víveres, actividad que se cumplió mensualmente desde el mes de junio de 2007. Y para la paciente G. V. de Bermejo, a partir del mes de noviembre.*
18. *Tomando en cuenta las actividades realizadas, se logró un notable avance del programa para la gestión 2007. (4).*

Esta parte del informe general muestra el denodado esfuerzo realizado por el profesional enviado desde el Hospital Dermatológico Monteagudo, que en forma física llegó hasta los confines más alejados de las comunidades de Tarija. Solamente en estas condiciones y la predisposición de trabajo, se puede brindar asistencia y mayor cobertura territorial para el control de la enfermedad de Hansen.

El año **2008**, nuevamente estuvo el Dr. Boris Apodaca, profesional médico, conocedor del Chaco, de sus costumbres e idioma guaraní, por ser oriundo del Chaco chuquisaqueño; desarrolló la misma misión del año anterior, visitando aquellas poblaciones alejadas, donde antes se habían presentado algunos enfermos de lepra; examinando a los contactos, visitando cada casa, desplazándose en cualquier medio, muchas veces caminando. Labor sin precedentes que muchas veces ha tenido incomprendimientos aun en el mismo terreno operativo donde fue a servir.

En **2009**, continuó el trabajo, esta vez con la presencia de otro profesional también proveniente del Hospital Dermatológico Monteagudo, el Dr. Jorge Jiménez, igualmente procedía del Chaco. El informe indicaba:

Tomando en cuenta el perfil de proyecto y las metas a alcanzar, se tiene los siguientes datos para la gestión 2009:

- 1. Se logró captar en esta gestión 2009, siete nuevos pacientes Paucibacilares en las localidades de: Caraparí, Entre Ríos, Villamontes y Candelaria.*
- 2. Se realizó visita domiciliaria a los afectados nuevos para darle educación sanitaria al paciente y a su familia, revisión médica de los contactos y la importancia de tomar los medicamentos.*
- 3. En coordinación con el programa Lepra Tarija, se logró proporcionar tratamiento específico a todos los pacientes nuevos y antiguos.*
- 4. Visita domiciliaria a pacientes en tratamiento en cada gira realizada en las localidades de: Camiri, Villamontes, Ibibobo, Yacuiba, Pocitos Bolivianos, Caraparí, Entre Ríos, Padcaya, Río Negro, Candelaria, Bermejo y León Cancha.*
- 5. Visita domiciliaria a expacientes MB y PB para realizar revisión médica, extracción de linfa de control, y también control de contactos.*

6. *De todos los pacientes en tratamiento fueron dados de alta 4 de ellos, Paucibacilares, manteniéndolos en observación en las giras siguientes.*
7. *Se realiza campaña de sintomáticos de piel, sintomáticos respiratorio y otras patologías en la localidad de Nueva Esperanza a 50 km de Ibibobo en coordinación con el auxiliar de enfermería, se atendió a toda la población, lo mismo se hizo en la localidad de Chiquiaca a 60 km de Entre Ríos.*
8. *En algunas comunidades visitadas también se realizó el seguimiento a pacientes de tuberculosis ayudando a las auxiliares de enfermería. En estos lugares no hay médico.*
9. *Curso de capacitación sobre Hansen en la localidad de Entre Ríos, a todo el personal del hospital. Participaron: 4 médicos, 6 licenciadas en enfermería, 4 auxiliares de enfermería, 1 nutricionista, 2 internas de enfermería. Se dio material educativo, folletos y un CD sobre dicha patología.*
10. *Se capacita a 18 RPS en Lepra, en las comunidades de Entre Ríos, Ibibobo, Villamontes, Yacuiba y León Cancha.*
11. *Son 1740 kilómetros recorridos en la gestión 2009, en medios de transporte: Flota, taxi, moto, camión de turno, también su fue a buscar a pacientes a pie y en animal (acémila), tardando días enteros caminando, ya que a dichos lugares no ingresan vehículos, es el caso para llegar a Candelaria.*
12. *Cabe resaltar que se realizó visita domiciliaria a los pacientes en tratamiento en varias oportunidades, para administrar sus medicamentos, dar educación sanitaria al enfermo y su familia y para realizar revisión de contactos.*

Comentario: Cabe indicar que lo más rescatable de este trabajo es poder ayudar a las personas, diagnosticando tempranamente el mal de Hansen, administrar sus medicamentos, controlar sus discapacidades, y examinar a los contactos.

Poder compartir con las personas enfermas de Hansen, aunque sea un momento. Ellos necesitan de orientación sobre su enfermedad, y mucho más, necesitan un poco de compañía, porque de algunas personas enfermas, la sociedad, vecinos y familiares se aíslan. Por eso algunos pacientes viven lejos de la sociedad, y visitarlos es una experiencia muy hermosa.

La falta de medicamentos imposibilita realizar giras, esto hace que se suspenda el tratamiento por semanas.

Los centros médicos y hospitales realizan escaso control y seguimiento de los pacientes con Hansen, por tal motivo la toma de medicamentos y control de contactos es mínimo (5).

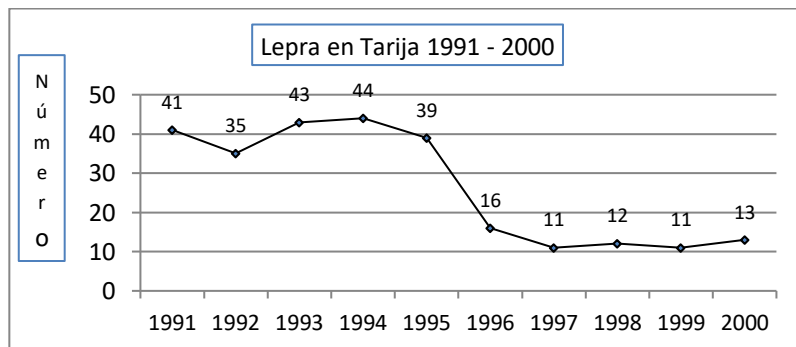
Ese ha sido el informe presentado por el Dr. Jorge Jiménez. En el mismo se observa la calidad humana del profesional con los. El trabajo lo hizo sin poner reparo a las adversidades.

Lastimosamente, en 2010, por algunas incomprensiones se suspende el soporte de la DAHW de Alemania y el Hospital Dermatológico Monteagudo. No obstante, el apoyo de la institución internacional es viable a cuanto requerimiento de capacitación y apoyo técnico, directo o indirecto sobre el tema.

6.- ANÁLISIS POR DECENIOS

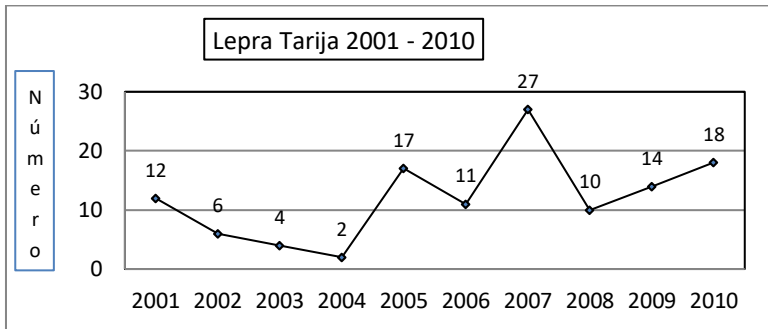
Sobre la base de la información recogida, en la década de los años noventa, se puede considerar dos tendencias en la información registrada. La primera entre 1991 y 1995, que enseña mayor número de casos con una tendencia casi horizontal (Gráfico I.1) Por otro lado, está la que continúa desde 1996 en adelante, con menor notificación, pero con igual tendencia horizontal.

Gráfico I.1.



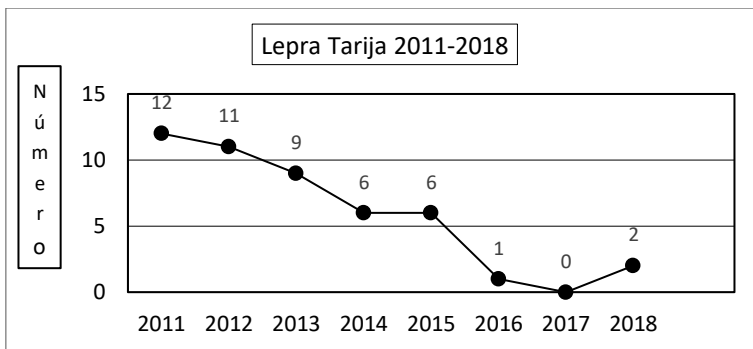
Es necesario hacer este análisis en tanto que, en la primera observación, incluían casos antiguos que eran registrados en una lista para construir la prevalencia, el indicador determinante. Enseña que en los datos de los años siguientes figuran solamente los casos nuevos. La relación entre varones y mujeres muestra el predominio de los primeros con promedio de 65%. Esta distribución ha sido la característica en cada reporte anual. Así también, los casos con lepra avanzada, a partir de 1991, hasta el último reporte, han sido en menor porcentaje frente a la detección temprana, observándose un promedio de 30% de casos avanzados frente a 70% de casos iniciales. Cabe hacer notar que esta relación era a la inversa en décadas anteriores de mediana endemia.

Gráfico I.2.



La década del 2000, los primeros años enseñan una tendencia que parece continuar a la segunda mitad de la anterior década, aquí lastimosamente se observa una caída en los casos nuevos hasta el 2004 (gráfico I.2). A partir de 2005 se cuenta con una nueva dinámica de detección, sin que signifique que haya aumentado la enfermedad, solo corresponde a los casos no identificados y no reportados en los años anteriores, por la no presencia del programa en lugares donde se generan los acontecimientos.

Es de ponderar el repunte en la notificación el año 2007, cuando dieron inicio las actividades de apoyo del HDM; desde ese momento se percibe la sostenibilidad y ascenso proporcional en los reportes con acciones organizadas.

Gráfico I.3.

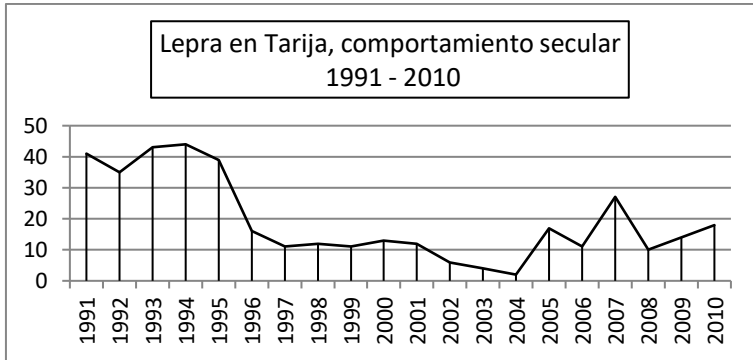
A partir de 2011, Tarija ha reportado nuevos enfermos (gráfico 1.3) con una franca disminución en el periodo, así, la tendencia es sostenida y descendente. No es el reflejo de un control efectivo, además de tener la duda de que sea la muestra de una disminución real de los afectados en la región. Tomando en cuenta que históricamente la región ha reportado promedios que sobrepasan la decena de casos para cada año, con el agregado de no haber tenido intervenciones específicas con mediana sostenibilidad, con estrategias horizontales o verticales a partir de 2011, es necesario considerar un subregistro de casos notificados por el no diagnóstico.

Entre los citados la mayor parte pertenecen a Cercado, 16 enfermos, los restantes distribuidos en la Padcaya con; O'Connor; San Lorenzo con, Bermejo, Yunchará y Yacuiba.

La tendencia secular durante los 20 años, gráfico I.4, revela que en principio no se tomaba en cuenta ni diferenciaba con precisión los datos para construir los indicadores de incidencia y prevalencia; de tal manera que en los primeros años se tenían reportes que figuraban casos nuevos y antiguos, lo que cambió a partir de 1996, momento en que solamente se notificaban los casos nuevos para cada gestión. Este sesgo de registro no permite el trazo de la línea de tendencia por la poca objetividad que expresa.

De acuerdo con la presentación de la patología, el predominio ha sido de las formas Paucibacilares: 80%, sobre las Multibacilares: 20%; éstas han sido aplicables sobre todo en el último decenio.

Gráfico I.4.



El control de la lepra en el departamento de Tarija, ha contado con profesionales que han soportado el peso de la conducción del programa regional. En rigor a la verdad, el trabajo que actualmente se realiza, con los medios que se cuenta y el escaso apoyo logístico, no difiere mucho de aquellas acciones heroicas realizadas en el siglo pasado.

El aporte de todos ha sido de mucha significación tomando en cuenta las limitaciones en presupuesto para el desplazamiento. Los resultados de esta labor son corroborados y comentados mediante publicaciones de prensa escrita. Una de ellas indicaba:

Sedes reporta 6 casos confirmados de lepra en Tarija:

El jefe de la Unidad de Lepra del Servicio Departamental de Salud (SEDES), Justino Mollo, reportó el jueves 6 casos positivos de lepra en Tarija, 4 en el municipio de Padcaya y 2 en San Lorenzo.

Entre las comunidades afectadas en Padcaya, tres de los casos están en la comunidad de Candelaria y uno en Río Negro. En el municipio de San Lorenzo, una de las comunidades donde se habría presentado un caso es Zapatera y el otro en Pampitas Verdes, detalló.

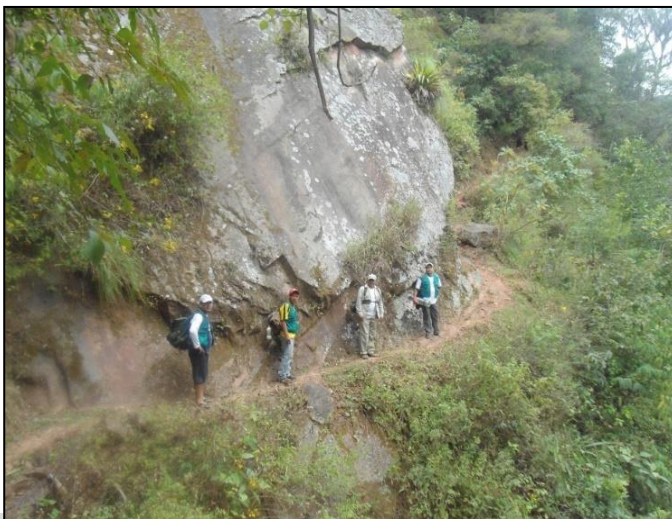
Explicó que todos estos casos positivos tienen la característica que los portadores de lepra son personas mayores de 40 años de edad y entre los 6 casos figura solo una mujer.

Aclaró que el reporte comprende la gestión 2011, de enero a la fecha.

Los datos son resultado del trabajo de una comisión que se apersonó hasta las comunidades de Candelaria, Yerba Buena y otras para iniciar el tratamiento que se requiere para las personas portadoras de esta enfermedad.

Para poder llegar hasta la misma comunidad se tuvo que emprender una caminata de 12 horas, y poder visitar domicilio por domicilio para verificar si los comunarios presentan la sintomatología de la enfermedad de lepra o no", argumentó (6).

Figura I.3.



Después de cruzar los ríos, queda por trepar las empinadas montañas en busca de las comunidades alejadas, donde también existen bolivianos infectados por la lepra y otras tantas enfermedades que esperan ser atendidas.

7. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

1. FONTILLES “Manual Actualizado de Leprología”, Pág. 12. Editorial Fontilles, Alicante, España, 2008.
2. ESCALADA R., BONANO V. “Tuberculosis y Lepra. Epidemiología y Control” 2005, Talleres Gráficos Impresos S.A. Vera 3825. Santa Fe, República Argentina.
3. BOLIVIA, colección oficial de leyes, decretos, órdenes, y resoluciones supremas que se han expedido para el régimen de la República Boliviana, volumen 11 (Imprenta de Hernández, Covers the year 1846).
4. INFORME TARIJA 2007. Realizado por Boris Apodaca. Archivos y Registros del Hospital Dermatológico Monteagudo. (Original se encuentra en SEDES Tarija).
5. INFORME TARIJA 2009. Realizado por Jorge Jiménez. Archivos y Registros del Hospital Dermatológico Monteagudo. (Original se encuentra en SEDES Tarija)
6. LA PATRIA, Noticias de Bolivia, Periódico, Diario, Newspaper, “SEDES reporta 6 casos confirmados”. La Patria, Viernes, 19 de agosto de 2011.

II. LEPRA EN COCHABAMBA

1. INTRODUCCIÓN

2. EVOLUCIÓN

2.1. El censo de la lepra

3. INVESTIGACIÓN DE LA DRA. ROSARIO ZAMBRANA

4. EVOLUCIÓN POR DÉCADAS

4.1. Comentarios generales

5. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

1. INTRODUCCIÓN

Cochabamba constituye el centro geográfico de Bolivia; por antonomasia conforma el eje de distribución de las vías de acceso al resto del país. Espacio territorial con bastantes ventajas para los habitantes de otras regiones, motivando, desde siempre, migraciones internas y asiento preferente de población extranjera. Éstas y muchas otras razones también han servido de cimiento para la maduración de nuevos procesos mórbidos, alcanzado desenlaces hasta de epidemia, en un contexto donde las condiciones climatológicas y de biodiversidad, constituyen determinantes inevitables para el surgimiento de estos eventos. La lepra, en la actualidad, tiene una mayor distribución en ámbitos donde antes no existía, consideración que implica a la región por la presencia notoria en casi todas sus provincias.

El departamento de Cochabamba a lo largo de la historia republicana, de acuerdo con los casos de lepra notificados y atendidos, ha constituido una región de baja prevalencia. El número de enfermos nuevos reportados, sustentados por registros existentes y analizados, muestran baja incidencia sostenida a través de los años. Corresponde enfatizar que esta situación no exime considerar que existieron muchos más afectados, pero que fueron atendidos y notificados desde otras regiones: Santa Cruz, en la Colonia Los Negros, La Paz y Chuquisaca, razón por la que las autoridades de salud desde el nivel central y regional, poco han viabilizado el desarrollo de las intervenciones para su control; que si bien tiene poca magnitud, pero alto impacto en el contexto social por el estigma de que viene precedida, donde la vigilancia y control, muy a pesar de las restricciones, han sido de significativa importancia para evitar su mayor propagación. Por este motivo ha concitado en su momento, aún ahora, la preocupación de los profesionales del ramo en el contexto nacional por las condiciones ambientales de la región, clima, humedad, y algo más, el nexo territorial con zonas de mayor incidencia y antecedentes, Beni, Santa Cruz y Chuquisaca.

Como a lo largo de la presente historia fuimos reiterando, lo mismo es aplicable a Cochabamba, cuando nos referimos a la escasa documentación que se ha logrado obtener respecto a esta dolencia que ha causado zozobra y terror por donde ha transitado. Lo que se ha podido recuperar

pretendemos quede registrado en este documento; así, esto que se ha logrado recuperar hasta ahora, pueda también en lo posterior no ser objeto de olvido o extravío. De esta manera podremos compartirlo, con el propósito de tener alguna base referencial que posteriormente podrá ser complementada con otras investigaciones, de ese modo contar con mayor insumo para la consulta histórica.

2. EVOLUCIÓN

Por metodología, y por las condiciones que nos oferta y orienta el material obtenido, optaremos por dividir nuestro análisis en dos partes; prevaleciendo la cronología de los acontecimientos.

Primera parte

La primera, está vinculada al censo de lepra que se realizó entre 1942 y 1943, por el Dr. Jorge Suárez, documento que lleva el título de “La lepra en Bolivia”, material que fue publicado en 1944, en la revista de la Oficina Sanitaria Panamericana de entonces (1).

Segunda parte

La segunda, con relación al importante aporte que ha realizado la Dra. Rosario Zambrana Polo, publicado en la Revista Salud Pública el año 1993, con el título “Situación de la Lepra en el Departamento de Cochabamba 1960-1989”, trabajo de mucha significación histórica para la medicina y la salud pública, que por su importancia compartimos los aspectos más notorios (2).

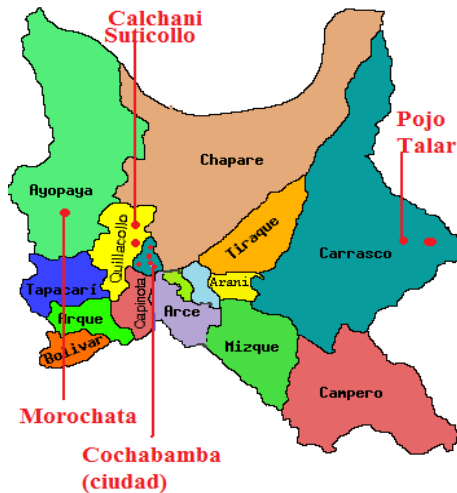
2.1. El censo de lepra en el departamento

Al igual que para el resto del país, recurrimos al primer censo que realizó el naciente “Servicio Nacional de Lucha contra la lepra”. El que se planteó contar con una base de datos que muestre la real magnitud y trascendencia de la lepra en el país. Con esa finalidad, se planificó realizar censos por etapas, formando comisiones compuestas de dos médicos y dos bacteriólogos.

Tabla II.1.

Distribución lepra Cochabamba Censo 1943		
Provincia / Localidad	Casos lepra	Contactos
CBBA. (ciudad)	13	22
Suticollo	1	5
Calchani	1	7
Morochata	1	3
Pojo	5	15
Talar	1	3
Total	22	55

Fuente: Informe J. Suárez. 2ª Comisión

Figura II.1.

Distribución territorial de casos de lepra encontrados en el primer censo realizado en Cochabamba, año 1943.

Los datos derivan del censo de leprosos —así llamada— que se realizó a partir del 8 de mayo de 1943, hasta el 24 de septiembre del mismo año, evento que incorporó al departamento de Cochabamba, además de Chuquisaca, Santa Cruz, Beni, Tarija y Potosí.

De acuerdo con el informe de la actividad, en Cochabamba se detectaron 6 áreas leprógenas distribuidas en comunidades que correspondían a los diferentes pisos ecológicos: trópico, valle bajo, central y alto. El informe complementa que, por datos recibidos de varios médicos de las provincias de Ayopaya, Carrasco y principalmente Chapare, se conocía la existencia de numerosos casos de lepra. Sobre este aspecto, la Comisión recomendaba realizar un censo especial en la región, debiendo instalarse allí un dispensario móvil con el personal suficiente.

Complementariamente compartimos un apunte colateral que la descripción de la actividad revelaba: “Últimamente, durante la realización del Congreso Médico Nacional existían en el Hospital Viedma, 2 enfermas aisladas en una pequeña habitación y sin comodidad alguna. Una de estas enfermas ya había huido anteriormente de dicho hospital, porque según ella expresa, vivía como una condenada a prisión. El hecho de que los leprosos aislados en los hospitales se dan inmediatamente a la fuga, es cosa frecuente en todas las capitales de departamento, sin excluir La Paz, de cuyo hospital se han fugado ya numerosos enfermos que fueron aislados” (3).

Es de hacer notar que se registraron otras actividades de búsqueda de casos a través de los siguientes años, encontrándose una diseminación de la enfermedad en comunidades de las demás provincias.

Tomando en cuenta algunas declaraciones realizadas en boletines y artículos de revistas en esos tiempos, estas actividades destinadas a contar con una línea de base sobre la aproximada prevalencia de los casos de lepra en Bolivia. Se prolongaron en etapas aisladas hasta el año 1960. De estas acciones y el registro de casos nuevos en Cochabamba, no se pudo obtener mayor información, tanto en el nivel local, regional y nacional; estas contingencias por la falta de registro de datos de lepra y otras enfermedades, constituyeron una especie de cultura de la indiferencia y el poco manejo técnico en el trabajo, aplicable a todos los departamentos del país como resultado de un sistema de salud que solo atinaba a escribir su precaria organización.

3. LA INVESTIGACIÓN DE LA DRA. ROSARIO ZAMBRANA

En rigor de verdad, este importante trabajo realizado por la Dra. Rosario Zambrana constituye un solitario documento, cuyo aporte es de gran significación para quienes nos interesamos en conseguir la mayor cantidad de datos, de esa manera sustentar lo que realmente ha significado el problema de la lepra en Cochabamba. Lo que demuestra que el actual concepto de *enfermedades olvidadas y desatendidas*, es un término que, al menos en nuestro medio, cobra una especie de actualidad, al que se incorporan varias patologías propias del perfil endémico de cada región del país.

La investigación tiene el alcance o periodo de observación de 29 años, con algunas intermitencias por falta de datos, algunos incompletos o sencillamente no existían. El esfuerzo realizado muestra reseñas numéricas que orientan a tomar conocimiento del comportamiento epidemiológico de la enfermedad, permitiendo construir valiosos indicadores que enseñan la tendencia de la enfermedad en la región, que sirvieron de base de datos para elaborar estrategias de intervención, aunque muy débiles por la escasa disponibilidad de recursos y poca importancia que representaba este daño, no obstante, sirvió para tomar conocimiento sobre la distribución y carga de la enfermedad.

Tabla II.2.

Reporte de datos por establecimientos de salud

Fuente	Nº casos	%
Seguridad Social	0	0.0
Ministerio de Salud*	0	0.0
Médicos dermatólogos	8	23,5
Hospital Viedma **	22	64,7
Registros en Epidemiología	4	11,8
Total	34	100.0

Fuente: Investigación Dra. R. Zambrana

* Servicios de Atención Primaria

** (MPSSP)

Como indica la tabla II.2, el acopio de la información se consiguió de diferentes fuentes: Establecimientos de la Seguridad Social, del Ministerio de Salud y el sector privado, este último representado por médicos dermatólogos. Los datos solicitados a los establecimientos comprendieron un periodo de 10 años, exceptuando el hospital Viedma de donde se recogieron datos de 1960 a 1989.

Tabla II.3

Distribución casos de lepra por años
Cochabamba 1960-1989

Años	Nº casos	Años	Nº casos
1960	1	1975	1
1961	1	1976	0
1962	0	1977	2
1963	0	1978	1
1964	0	1979	0
1965	1	1980	0
1966	2	1981	1
1967	0	1982	2
1968	1	1983	2
1969	1	1984	1
1970	0	1985	2
1971	0	1986	1
1972	0	1987	3
1973	1	1988	7
1974	1	1989	2

Fuente: Investigación Dra. R. Zambrana

Se podrá observar en la tabla precedente, la ausencia de información sobre la enfermedad en algunas gestiones. Lo que no significaba su inexistencia. A partir de 1981, ya se tiene una secuencia continua, aunque escasa, de la presencia de la enfermedad, registrada en diferentes establecimientos prestadores de salud de salud, con mayor incidencia en los servicios urbanos.

Tabla II.4.

Lepra por procedencia Cochabamba 1960-1989

Procedencia	Domicilio actual	Nº casos
Beni	CBBA. (ciudad)	5
Morochata	Morochata	5
CBBA. (ciudad)	CBBA. (ciudad)	1
Santa Cruz	CBBA. (ciudad)	3
Independencia	Independencia	2
P. Villarroel	P. Villarroel	2
Ironcollo	Ironcollo	1
Colcapirhua	Colcapirhua	1
San Benito	San Benito	1
Tiraque	Tiraque	1
Anzaldo	Anzaldo	1
Chapare	Chapare	2
Vila Vila	Vila Vila	1
Bolívar	Bolívar	1
Oruro	CBBA. (ciudad)	1
Sin datos	--	3
Total		31

*Fuente: Investigación Dra. R. Zambrana***Tabla II.5**Distribución de lepra por forma clínica
Cochabamba 1960-1989

Forma clínica*	Nº	Porcentaje
L. Lepromatosa	18	58,1
L. Dimorfa	1	3,2
L. Indeterminada	-	-
L. Tuberculoide	1	3,2
Sin datos	11	35,5
Total	31	100.0

Fuente: Investigación Dra. R. Zambrana

*De acuerdo a la clasificación de Madrid

La tabla II.5 revela el predominio de las formas lepromatosa (Multibacilar), implica pensar en las clases contagiosas que han producido la transmisión en su medio, de tal forma que se tiene que tomar en cuenta la presencia de un importante universo de contactos que han sido infectados; y, que el daño permanece en forma inaparente o en forma inicial poco perceptible. Sin discriminar aquellos que probablemente ya tengan los signos y síntomas de evidencia, que están siendo tratados erradamente con otro diagnóstico, o los afectados no le dan la importancia debida.

Tabla II.6.

Distribución de lepra por forma clínica y sexo
Cochabamba 1960-1989

Forma clínica*	Sexo		Razón de masculinidad
	Hombre	Mujer	
L. Lepromatosa	11	7	1,57
L. Dimorfa	1	-	-
L. Indeterminada	-	-	-
L. Tuberculoide	-	1	-
Sin datos	5	3	2,86
Total	20	11	1,81

Fuente: Investigación Dra. R. Zambrana

Como ocurre en los demás departamentos, son los varones los que mayormente contraen la enfermedad, debido a las condiciones de mayor exposición y contacto, sin que se tenga establecido que sean otros factores de predisposición genética, entre otros, los que determinen esta condición (tabla II.6). En nuestro medio, como en la mayor parte de los países endémicos, la presencia en el sexo masculino ha sido mayor de 60%.

Los últimos años los casos que se presentaron tuvieron distribución en varias de sus provincias, haciendo notar que la mayor concentración se ubicó en la ciudad capital de departamento.

La Dra. Nora Siles, profesional médico con amplia experiencia, hace referencia al *triángulo de la lepra*, ubica a la localidad de Aiquile de Cochabamba, como parte componente de este espacio. Se toma en cuenta a Aiquile, a pesar que en los reportes departamentales no figura como territorio donde se haya desarrollado significativamente la enfermedad. Al respecto nos permitimos hacer una justificación, la misma que toma su importancia en función a los casos que fueron remitidos desde la citada población y sus colindantes, para ser tratados en la colonia “Los Negros” y posteriormente en el Hospital Dermatológico de Santa Cruz; en este último se encuentran registrados todos los enfermos que fueron atendidos con esa procedencia. Con estas consideraciones Aiquile en un determinado tiempo fue parte del mencionado triángulo. En su momento se realizó un estudio local más profundo sobre los casos autóctonos, y algunos transferidos a otros centros desde donde fueron reportados.

Corroborando el comentario del párrafo precedente, no olvidemos que antes de ser mencionado el fundo Los Negros en la Provincia Florida de Santa Cruz para la construcción de una colonia se postuló la comunidad de Arani como prioridad para este propósito; tal como indica el historiador médico Dr. Manuel Balcázar, de lo que inferimos que se trató de un lugar que motivó preocupación por la presencia de la enfermedad en esta parte del país, con mayor incidencia en las provincias Arani, Mizque y Campero. En la Evaluación Nacional de Lepra 2013, realizada en Trinidad, el informe de Santa Cruz reporta que entre 2005 y 2012, al margen de los casos oriundos de este departamento, se presentaron 18 casos nuevos de lepra atendidos en el Hospital de Jorochito procedentes de Cochabamba, frente a 14 del Beni, 2 de La Paz, 5 de Chuquisaca y 6 de Tarija. El departamento de La Paz, por su parte, entre 1980 a 2001, reportó 10 casos nuevos procedentes de Cochabamba (4).

Otros datos

Urge hacer alguna otra consideración referente a otros datos adicionales que se han podido encontrar, los que surgen esporádicamente debido a algún acontecimiento que ha motivado su investigación, análisis o comentario; lastimosamente no muestran una sostenibilidad en el tiempo que permita contar con mayores posibilidades de acceder a información consistente. Es el caso del reporte del trabajo de Asesoría a los Servicios de Epidemiología y Programas Específicos del Ministerio de Previsión

Social y Salud Pública, realizado del 24 al 30 de octubre de 1989, a cargo del Dr. Luis Cabrera Coello, Consultor de la Organización Panamericana de la Salud. El mismo daba a conocer que por la investigación realizada en **1989**, se pudo conocer de 173 casos de lepra procedentes de Cochabamba (5). Referente a este dato numérico, el consultor a cargo de este trabajo buscaba la prevalencia de la enfermedad, es decir, los casos antiguos y nuevos, de esta forma la prevalencia obtenida fue de 1.6 por 10.000 habitantes. En el informe no refiere el número de casos nuevos de 1989 que ingresan a este estudio. Es más, la prevalencia pudo tomar casos antiguos de hasta más de dos años de haber completado su tratamiento. Corresponde mencionar que la mayor parte de estas indagaciones se efectuaron en los centros u hospitales en los que generalmente eran atendidos los afectados, es el caso de Jorochito en Santa Cruz y Monteagudo en Chuquisaca. En estos centros figuran casos de Cochabamba reportados por estos establecimientos, por lo que no figuran en listas del programa regional —ya mencionado anteriormente—.

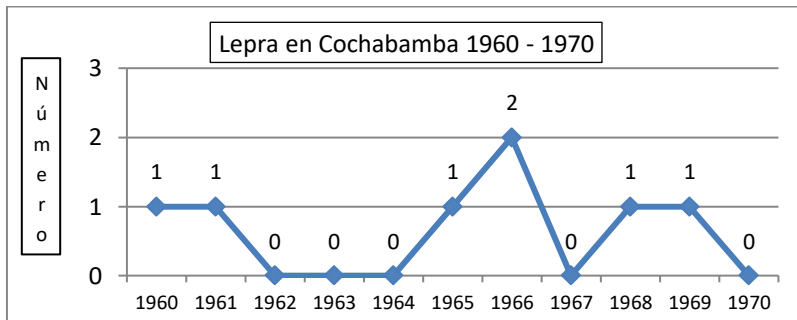
Otro dato que vemos necesario sea tomado en cuenta a objeto de comparación, tiene origen en la tabla estadística que el Programa Nacional incluye en el Nuevo Manual de Normas Técnicas y Procedimientos para el Control de la Lepra, elaborado y distribuido en **1994** durante la gestión de la Dra. Virginia Paredes —que fue el segundo, porque el primero fue elaborado y publicado por el Dr. Ángel Valencia en 1982—, el mismo que muestra la tasa de prevalencia de 0,2 por 10.000, sobre la base de los casos existentes en Cochabamba, que para 1993 figuran 21 enfermos, entre nuevos y antiguos (6).

Por todo lo señalado, vemos que en cada reporte o investigación los resultados dependieron en gran manera, de la intensidad y capacidad de recursos disponibles para realizar este tipo de trabajo. No es de asombrarse, sobre todo en los países en vías de desarrollo, que las estrategias verticales o de búsqueda activa son las que más resultados brindan para detectar enfermos de lepra. Es el caso de La Paz, que en 2009 hizo una búsqueda activa y encontró 25 nuevos enfermos de lepra, frente al promedio de 4 casos anuales que se detectaron en los últimos 10 años.

4. EVOLUCIÓN POR DÉCADAS

Después de los datos obtenidos en el censo realizado en 1943, entendiendo que esa actividad tampoco cumplió con sus objetivos, por limitaciones económicas, apoyo logístico y la escasa cobertura territorial alcanzada, que solo cubrió una pequeña parte de cada departamento investigado, no obstante, esos resultados constituyeron una primera línea de base que posibilitó tomar conocimiento aproximado y encarar los retos para controlar este daño. Después se atraviesa un lapso silente, en el que no se pudo tener mayor información, dejando lo sucedido solamente al alcance de la suposición; de todas maneras y realizando indagaciones exhaustivas, los eventos relacionados con la lepra de ninguna manera significaron sucesos epidemiológicos de mayor relevancia en Cochabamba, a esa línea de análisis corroboran los reportes nacionales que no hacen mayor referencia al respecto.

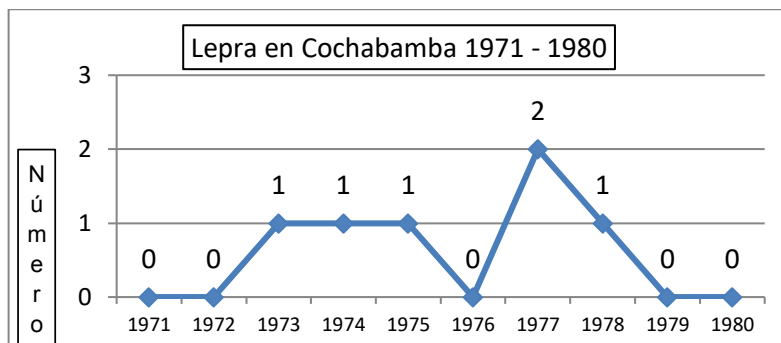
Gráfico II.1.



La década de los años sesenta, en la primera mitad refleja la exigua notificación de nuevos casos (gráfico II.1) tornándose más evidente en la segunda mitad que reporta 5. A decir de los historiadores, el Programa Nacional entonces vigente, no contaba con los medios para intensificar acciones. Recordaremos que en la década de los años cincuenta ya prestaba servicios el centro para enfermos con lepra “Los Negros”; los años siguientes también comenzaron a funcionar otros establecimientos para la atención de enfermos de lepra: el “Hospital Dermatológico Monteagudo”, 1968 en Chuquisaca; fue donde se remitían, sobre todo a Jorochito, y desde este establecimiento fueron reportados, dentro la variable de “diagnosticados en Santa Cruz”. De tal manera que el

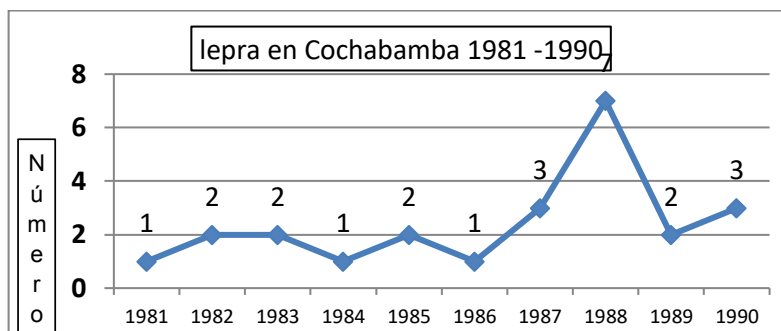
panorama que mostramos es un tanto virtual, porque en esos años efectivamente existieron enfermos de lepra en Cochabamba que no figuran en los listados departamentales.

Gráfico II.2.



Incursionando en la siguiente década que, al igual que la anterior, recurrimos a los datos estadísticos del trabajo de investigación ya comentado (gráfico II.2). En varias gestiones no se encontraron casos informados por la regional de salud. En 1972 el nuevo “Hospital Dermatológico de Jorochito”, en Santa Cruz. Este centro especializado notificaba casos de lepra provenientes del departamento de Cochabamba.

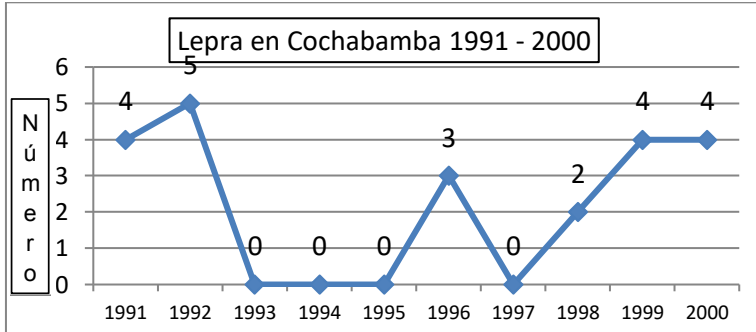
Gráfico II.3.



Ahora el comentario nos ubica en los años ochenta (gráfico II.3), caracterizado por la identificación de enfermos y reportados anualmente como Regional Cochabamba. Muestra cierta regularidad que conlleva

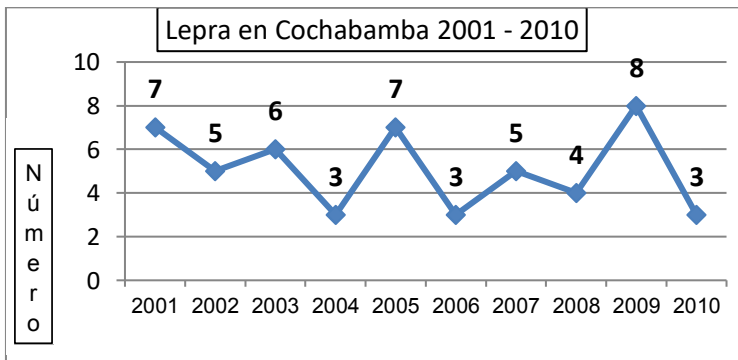
intervenciones técnicas que estuvieron apoyadas por la Dra. Zambrana. Es notorio, después de muchos años, el registro de siete casos en el año 1988.

Gráfico II.4.



En algunos años, 93, 94, 95 y 97 (gráfico II.4) no se tuvo reporte alguno de casos nuevos. Esta tendencia denota las pocas acciones sostenidas que continuaron. El aumento de casos en algunos años, demuestra la detección de casos acumulados, no así el incremento de la infección, porque la captación es por demanda espontánea y es el sistema de vigilancia de enfermedades crónicas que así reporta.

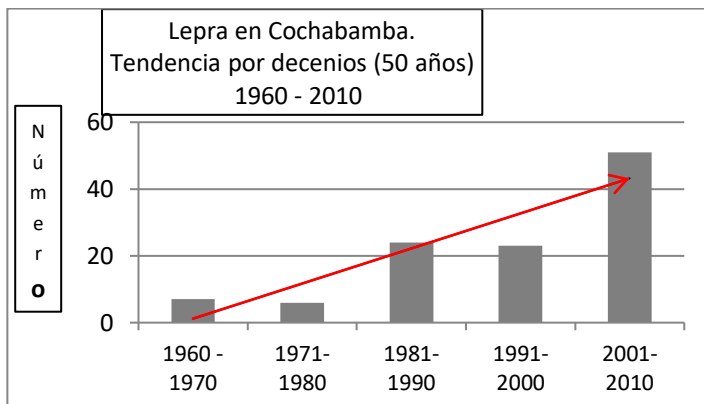
Gráfico II.5.



En la última década se tuvo mayor sostenibilidad en la información. Hubo un notable incremento en el número de casos anuales (gráfico II.5). Lo

llamativo es la distribución que aumenta en cobertura territorial, observándose en casi todas las provincias. Y, como era de esperar, comienzan a acrecentar las detecciones en las zonas tropicales.

Gráfico II.6.



El gráfico II.6, expresa la presencia de la hanseniasis Cochabamba a través de los últimos 50 años. Esta disposición revela que cada vez es mayor el número de detecciones, en un contexto en el que no se priorizaron intervenciones técnicas programadas para su control. Insistimos, que el ascenso de la tendencia se debe a la existencia de la enfermedad y que cada vez que se intensificaron algunas acciones se contó con mayor detección. El incremento significativo que se experimenta en la última década tiene relación con la predisposición de realizar diagnósticos oportunos, incorporando dentro las actividades integrales de los servicios de salud las normas elementales del programa, de ese modo identificar los sintomáticos de piel. Esta nueva imagen de un programa que diagnostica y mejora sus niveles de control contra este daño, en parte se debe a la aplicación de nuevas estrategias desde una mejor conducción técnica y gerencial, al margen de la escasa disponibilidad de medios económicos y de apoyo.

Los últimos 8 años, al igual que los anteriores, continúan los reportes de nuevos casos distribuidos en un mayor contexto geográfico. Los datos son los siguientes:

El periodo comprendido entre 2011 y 2018, refleja la amplia diseminación territorial de casos nuevos de lepra en Cochabamba. Son periodos donde el componente técnico y epidemiológico demostró su influencia; de tal forma que los servicios de salud paulatinamente vinieron reportando la existencia de nuevos enfermos, o por lo menos los casos sospechosos. Muchos de estos permanecieron escondidos o recibieron prestaciones en algunos servicios de salud, pero con diagnóstico y tratamiento diferentes.

La dispersión de los nuevos enfermos en gran parte de las provincias, da a entender que la infección encontró condiciones favorables para su diseminación, al margen de los factores climáticos, mayor o menor concentración poblacional, altura sobre el nivel del mar, sin excluir zonas rurales ni urbanas.

4.1. Comentarios generales

El problema de la lepra en Cochabamba continúa latente; pecaríamos de ilusos si pensáramos que la baja notificación es un indicador suficiente que avale técnicamente haber alcanzado el control de la amenaza. Las características ecológicas y el clima de la mayor parte del territorio, acompañados de las condiciones de pobreza, más los datos y la historia epidemiológica de la enfermedad en esos lugares, tienden un adecuado lecho para su presencia. No podemos abstraernos de considerar la historia natural de esta patología, como ninguna otra, es un elemento que no permite levantar la guardia, por el variado y prolongado periodo de incubación. A lo dicho, encajan insidiosamente las tibias intervenciones que se han realizado, en términos de acciones de salud precisas contra este mal, no teniendo los recursos humanos y económicos adecuados, fácilmente se puede inferir que dista mucho para decir que el flagelo ha sido detenido, y mucho menos advertir su real eliminación.

Sobre la base de las anteriores apreciaciones consideramos que la lepra en Cochabamba está tomando los siguientes rumbos:

- ▶ Que existen casos latentes cuyo periodo de incubación aún no manifiestan signos y síntomas que pongan en evidencia la enfermedad. Así lo demuestran los casos nuevos multibacilares

detectados años anteriores en poblaciones del departamento, que han podido dejar infectados en sus lugares de origen.

- ▶ Cuando la enfermedad tiene evidencia física y funcional, aun en sus formas iniciales, en muchas ocasiones esta no es considerada como caso de lepra, debido a la falta de preparación en el tema, incluso cuando nos referimos a los recursos sanitarios en salud y en sus diferentes niveles de atención. Como en casi todos los países donde históricamente han vivido la presencia de la lepra, y aún transitan por una etapa de mediana endemia, son muy pocos los profesionales de esta especialidad. Esto se acrecienta más aún, cuando se evidencia que, en algunas instituciones formadoras de especialistas en Dermatología, hacen poco o ningún abordaje sobre este tema.
- ▶ Por los datos conocidos no debe considerarse al departamento, como de baja notificación. Las formas avanzadas están siendo atendidas en otros centros especializados del país. Para mayor precisión, se puede corroborar con el registro de las prestaciones realizadas en el Hospital Dermatológico Jorochito de Santa Cruz, que es desde donde se notifican varios casos nuevos de lepra referidos desde Cochabamba.
- ▶ Algo que alarma, guarda relación con el diagnóstico erróneo, que orienta a tratamientos que de la misma manera no estarán encaminados a la solución del problema. Por lo que la enfermedad continúa su avance parsimonioso, destruyendo tejidos que posteriormente tendrán la condición de irreversibles.
- ▶ Por lo visto se tiene antecedentes de haber bajado la guardia en el control de la lepra sobre todo en las poblaciones rurales, de la que derivan peligrosamente las posibilidades de una reemergencia, tanto en Cochabamba como en otras zonas endémicas del país, entonces, las condiciones predisponentes ya comentadas se acentúan cada vez.

La Dra. Rosario Zambrana Polo, ha sido responsable del Programa de Control de la Lepra en Cochabamba, en aquellos años álgidos cuando los medios técnicos y apoyo operativo no constituían una fortaleza para esta labor. En un ámbito donde las políticas sanitarias no favorecían para que

se realizaran intervenciones específicas para el control de esta enfermedad, porque no estaban dentro el universo de las enfermedades de alta incidencia, tampoco su presencia en los análisis técnicos podía mostrar una magnitud esperada, pero nadie puede negar que se trata de una de las enfermedades de mayor trascendencia social por las discapacidades que ocasiona a los que son tardíamente diagnosticados. En este escenario adverso, donde además no se contaba con las condiciones de logística para la movilización, ni presupuesto para gastos operativos, la Dra. Zambrana desarrolló sus actividades; lo que permite reconocer la gran entrega que ha tenido y, sobre todo, su profesionalismo y valiosos conocimientos para el control de una enfermedad que en la actualidad está considerada entre las desatendidas y olvidadas. No podemos dejar de considerar que, por el trabajo realizado por la meritoria profesional, los que le antecedieron y los que ahora continúan, conocemos la actual realidad de lepra en Cochabamba, vale decir, un daño que transita fuera de condiciones epidemiológicas desbordantes, encaminada, más por virtud personal, en medidas de control. De no haber sido ese trabajo sostenido, muchas de las enfermedades, entre ellas la lepra, estaríamos lamentando su perniciosa e impredecible presencia, como ha ocurrido en otros lugares del país.

La experiencia en el trabajo nos permite conocer a los actores operativos que invierten la teoría en acciones pragmáticas, mucho más cuando nos inmiscuimos en temas de control y labores sanitarias de extensión. El ámbito de la epidemiología es tan extenso, que solamente estando en ese escenario de actuación se puede tomar real conocimiento del trabajo que realizan los responsables de su vigilancia. Desde hace varios años el Dr. Efraín Vallejo cumple con el control de la enfermedad en el departamento de Cochabamba, cuyo contexto de trabajo no ha merecido mayores cambios que el descrito anteriormente. Sin embargo, ante esta coyuntura adversa ha podido encontrar niveles de coordinación con los demás programas, para que, desde la Atención Primaria Integral de Salud, puedan incorporar en la cotidianidad de sus operaciones en terreno, la detección de sintomáticos de piel a partir del elemental conocimiento de los signos de la enfermedad.

Un digno y merecido reconocimiento a todos los profesionales médicos, enfermería, laboratorio, técnicos y otros de apoyo operativo, que

participaron en las batallas contra la lepra, en el campo o en la ciudad, al margen de cualquier temor sobre su propia salud. La historia de la lepra no olvidará a quienes dedicaron su trabajo demostrando su formación profesional y calidad humana, que a pesar de las contingencias e imponderables que continuamente se van presentado, han mantenido incólume su predisposición de servicio.

5. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

1. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Pág. 967. Sobre el informe del Dr. Jorge Suarez, Noviembre 1944.
2. ZAMBRANA, R. "Situación de la Lepra en el Departamento de Cochabamba 1960-1989", Revista Salud Pública, año 1993.
3. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Pág. 968. Sobre el informe del Dr. Jorge Suarez, Noviembre 1944.
4. BALCÁZAR, M. "Epidemiología Boliviana". Fundación Universitaria Simón y Patiño. Pág. 273-274. La Paz-Bolivia 1946.
5. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "Reporte del trabajo de Asesoría a los Servicios de Epidemiología y Programas Específicos del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública", realizado del 30 al 24 de octubre de 1989, a cargo del Dr. Luis Cabrera Coello, Consultor
6. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES "Manual de Normas Técnicas y Procedimientos para el Control de la Lepra" 1994. La Paz.

III. LEPRA EN PANDO

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. BREVE HISTORIA DE LA MEDICINA EN PANDO**
- 3. EL ORIGEN DE LA TRANSMISIÓN**
- 4. EVOLUCIÓN**
- 5. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS**

1. INTRODUCCIÓN

Referirnos al departamento de Pando motiva fundar un análisis profundo cuando se quiere abordar contenidos naturales de su historia. Vale esta ocasión para toparnos con el tema concerniente a la Lepra, en un contexto de la Amazonía boliviana cuyos antecedentes por vinculaciones con otros de similares características ecológicas, clima cálido y nexos epidemiológico, se prestan para hacer esas consideraciones.

Pando, territorio boliviano, muy alejado de los importantes centros poblados del país, con escasa vinculación caminera y restringidas vías de acceso estables, conexas a otras deficiencias en su desarrollo por el largo periodo de postración y olvido. Su escaso desarrollo y lento crecimiento a través de los años —últimamente se ha notado un repunte en el progreso de su capital Cobija—, generalmente ha dependido de su propio esfuerzo junto a la dinámica de inmigrantes del occidente con una visión de comercio, aprovechando la condición de frontera con Brasil. Inmerso en su cultura y comportamiento telúrico y social ha sido asiento de varias naciones amazónicas, de las que hoy quedan pocas por la inexorable absorción del desarrollo.

Sus problemas de salud están asentados en las condiciones sociales y económicas de la mayor parte de la población. Las enfermedades tropicales, muchas de éstas identificadas como desatendidas y olvidadas, todas arremeten implacables en sus cuantiosas víctimas. Este vendaval de infecciones y otros sucesos mórbidos permanecerán en tanto continúen las precarias condiciones de vivienda, disposición de saneamiento básico, bajos niveles de nutrición, y otros predisponentes que afecten la calidad de vida del habitante pandino.

En este documento, y dadas las limitadas condiciones de instituciones prestadoras de servicios de salud, con escasos profesionales especialistas que promuevan una mayor capacidad resolutoria para encarar situaciones de mayor riesgo y complejidad, las que, sin duda, también necesitan de equipamiento y otros insumos materiales acordes a la tecnología moderna; en estas circunstancias, vemos necesario hacer este escueto análisis del proceso de estructuración del sistema de salud que ha sido lento y limitado, en el departamento más joven, a la vez, el más distante del país, cuyos problemas de salud, entre los que cuenta la lepra, han

encontrado muchas dificultades para medir la actual dimensión y carga epidemiológica, no obstante su condición de territorio con fuertes nexos y vínculos epidemiológicos con otros endémicos de Bolivia (Beni), y el vecino Brasil.

2. BREVE HISTORIA DE LA MEDICINA EN PANDO

Las reseñas históricas relacionadas con la salud en los albores del nuevo departamento, en ningún momento han sido más halagüeñas que el resto de sus circunstancias. Sobre este criterio el Dr. Walter Julio Fortún, destacado profesional médico salubrista, pone en evidencia aquellas condiciones precarias en que se debatía el sector salud en el territorio pandino. De acuerdo con sus investigaciones, el citado galeno hacía alusión a que, en **1880**, el Dr. Edwin Heath, que trabajaba en la construcción del ferrocarril Madera-Mamoré, al fracasar esta empresa, decidió quedarse en Bolivia, ejerciendo en diversos poblados Amazónicos, sobre todo los aledaños del río Beni, llegando a la Barraca San Antonio, la primera establecida en lo que es hoy el departamento de Pando, y la más avanzada de las exploraciones. Delante de ella, todo era inexplorado; descubrió los ríos Madre de Dios, Orthon, y la confluencia de los ríos Beni y Mamoré.

Sobre el mismo tema, el mismo autor escribía: “El General Pando, en **1890** hace la primera exploración, informando al gobierno sobre sus descubrimientos, coincidiendo con el Dr. Heath sobre el insalubre medio y “los miasmas insoportables junto con las nubes de mosquitos de toda calidad y tamaño”.

“El 9 de febrero es fundada Cobija y no se consigna médico alguno en la expedición fundadora, prácticamente existe un vacío de información hasta **1918**. Cobija fue fundada sin ningún recurso de salud”.

“Hasta **1935** en Cobija no existía hospital, solo pequeñas enfermerías en la Asistencia Pública, el Cuartel y un ambiente con 8 camas a un kilómetro de la población para la internación de infectocontagiosos”.

“En **1936** después de la Guerra del Chaco, se produce una epidemia de viruela que mató a un tercio de la población; se debió habilitar una casa de hacienda de propiedad militar para aislar y atender a los enfermos.

Este mismo año por gestiones del Dr. Roberto Galindo, se da inicio a la construcción del Hospital, el que recibe aportes locales” (1).

Con el devenir de los años las condiciones del sector salud en el departamento continuaron sin ser favorables, persistían esas realidades precarias en un marco nacional de salud que también adolecía de muchas inconsistencias, al que se sumaba el déficit económico que ocasionó la Guerra del Chaco, que exigía la priorización de las necesidades y reconstrucción más elementales del país.

En **1942**, el Dr. Abelardo Ibáñez Benavente, Ministro de Trabajo, Salubridad y Previsión Social, escribe en la revista de la OSP, enfatizando los requerimientos y necesidades insuficientes, además de las inadecuadas condiciones de formación de los recursos sanitarios: “En Bolivia casi la totalidad del personal sanitario es improvisado. Urge, pues, la creación de un Instituto de Higiene, en combinación con las autoridades de medicina, para la preparación del personal de higienistas, ingenieros sanitarios, laboratoristas, radiólogos y otros elementos especializados. En el proyecto de presupuesto de 1942 se consignará la partida necesaria para iniciar esta obra. Entre tanto, se ha puesto en práctica el envío de misiones de estudio al extranjero, y la contratación de técnicos extranjeros. Para estimular al personal, precisa establecer el escalafón sanitario y aumentar los sueldos” (2).

Respecto a la lepra, el Dr. Ibáñez revelaba: “Existen numerosos casos de lepra en algunas regiones del país, especialmente en las del oriente, norte y sur. Aunque no se ha implantado hasta ahora una lucha antileprosa apropiada, en el presupuesto de 1942 se ha asignado una suma para la construcción de un leproscario en la isla San Silvestre, sobre el río Mamoré”.

Continuaba el galeno: “Puede decirse que un 90% de la población padece, además de hambre, de una hipovitaminosis crónica. Para resolver este problema, se ha creado un esbozo del Instituto Nacional de Nutrición, y se proyecta el establecimiento de cantinas maternas, refugios de embarazadas, gotas de leche, casas del niño, centrales de leche, y por fin, comedores populares” (3).

Todos estos acontecimientos, en los años de posguerra, condicionaron que el sistema de salud en el país fuese incompleto e insuficiente con escasa cobertura territorial. El gran alejamiento en que vivía gran parte de la población, respecto a los mayores centros urbanos del eje central, la diversidad de lenguaje y de costumbre de las diferentes etnias; la falta de educación de las masas populares en especial de las campesinas, el alcoholismo, el uso continuo e inmoderado de la coca; si a esto incluimos la falta de vías de fácil comunicación, se comprenderá que con esta heterogeneidad y asimetría cultural, social y económica, cuán problemática ha significado instituir un sistema práctico de atención sanitaria general. Con estos desconciertos, el sistema de salud se limitaba a prestaciones sanitarias en las capitales de provincia; en el mejor de los casos en las cabeceras de las secciones municipales. Por esta razón, se ofertaban servicios ambulantes en automóvil, fluvial y lacustre. Además, no había que olvidar las políticas de atención sanitaria fronteriza, en la que estaba incluida la capital pandina, Cobija, y otras de sus provincias.

Transcurridos muchos años, en **1971** se construyó un nuevo hospital cuya capacidad rebasaba las 30 camas. Después de un tiempo se edificó otro con la cooperación internacional, con capacidad aproximada de 50 camas.

Las enfermedades atendidas en el departamento de Pando y en su capital Cobija en particular, entre las que han tenido mayor registro, están las enfermedades infecciosas, entre ellas la malaria, fiebre tifoidea, lepra, tuberculosis, por citar las principales.

A partir de esta primera aproximación sobre la historia de la salud en este departamento, se puede deducir las condiciones adversas en que los escasos recursos humanos en salud han podido desarrollar en el control de la lepra, en una región que en esos tiempos era la más mencionada, junto a Beni y Santa Cruz, por la notificación continuada de enfermos. En este contexto, se advierte un gran vacío en el sector salud, antes y ahora, con muchos factores condicionantes, entre los primordiales destacan la carencia y poca disponibilidad de recursos humanos y tecnología.

3. EL ORIGEN DE LA TRANSMISIÓN

El ingreso de la enfermedad tiene una ubicación espacial ineludible, su colindancia con el Brasil. Este país, como ya nos referimos anteriormente, históricamente ha sido de alta endemia para la enfermedad desde el siglo XVII, con mayor relevancia en los primeros años del siglo pasado. No obstante, en la actualidad constituye el segundo país del mundo con mayor número de casos de lepra notificados anualmente —superan los 22.000 casos nuevos de lepra diagnosticados en 2018—. Este nexo epidemiológico territorial, social y biológico entre los habitantes de los dos países, que solo dista pocos cientos de metros entre las poblaciones vecinas de Cobija con Eptaciolandia y Brasilea, y otro centro con mayor población Rio Branco a solo 200 Km, conforma un factor ineludible de propagación de la enfermedad por la dinámica de migración fronteriza.

El auge de la explotación de la goma, castaña, entre otros, como sucedió en Beni, ha sido una vía de transmisión de la lepra por el flujo de trabajadores del Brasil hacia este territorio y, por la otra ruta, la de los bolivianos que trabajaron en el vecino país y regresaron infectados.

Antes de constituirse en departamento en 1938, aunque ya existía la población de Cobija fundada en 1906; las poblaciones existentes eran dispersas, con escasa organización política y administrativa, de ese modo, ha sido escasa referencia bibliográfica se puede obtener sobre los procesos y dinámica de transmisión de la enfermedad.

4. EVOLUCIÓN

La escasa información que se pudo encontrar, aun conociendo que esta región ha sido asiento de importantes acontecimientos de este daño, nos restringe a un mayor despliegue en el análisis que contribuya a entender mejor la secuencia estadística y proceso de la lepra.

En este proceso también es necesario incorporar un otro aditamento a esta falencia informativa, por cuanto los investigadores que nos precedieron el siglo pasado, en los diferentes artículos y revistas publicados, fue muy poco el manejo informativo y estadístico sobre la

lepra, limitándose más a situaciones generales, observacionales, teóricas y otras de orden social.

Afanosos en el intento de indagar documental y empíricamente, recorrimos la totalidad de las provincias y municipios del departamento, visitando, además, a las instituciones privadas y ONGs de alguna manera involucradas en el tema. De tal manera que esto que hoy compartimos, es el insumo exegético que nos sirve para emprender nuestra labor de documentar esta parte de la historia de la lepra en Bolivia.

En la evolución de la lepra en Pando, iniciamos con la información que se conoce a partir de los primeros censos nacionales entre 1942 y 1943, cuyos resultados sobre este departamento son también escasos frente a los demás.

El análisis de datos y su ubicación en el contexto territorial es el que mejor muestra la distribución de la enfermedad. Recurriendo a los datos de los censos, admite la posibilidad de indicar que entre **1942 y 1943** en el departamento de Pando se notificaron 20 casos de lepra, con 50 contactos, en varios focos leprógenos ubicados en Cobija y las demás provincias. Las repercusiones en el ámbito nacional, en años posteriores, sobre todo por los medios de la prensa escrita, y algunas revistas o boletines de circulación internacional, daban cuenta de la vigencia de la enfermedad en el país.

En **1956** la revista de la Oficina Sanitaria Panamericana publicaba un artículo al respecto: “En Bolivia, de acuerdo con el censo leproológico llevado a cabo desde la creación del servicio de lucha antileprosa, sólo se ha comprobado la existencia de lepra en el valle central y en la región tropical. Los departamentos más afectados son: Beni (prevalencia 2,32 por mil), Pando (prevalencia 0,63 por mil) y Santa Cruz (prevalencia 0,40 por mil)”.

Al comentar el dato relacionado con Pando, al igual que en el resto de los departamentos, éste se encuentra expresado y amplificado por mil habitantes, el mismo que comparado con el actual manejo de este indicador, cuyo amplificador es por 10.000, estaríamos frente a 6,3 por 10.000 de prevalencia, lo que significa que en esos años la lepra constituía

un verdadero problema de salud pública, dado el escaso universo de habitantes de entonces.

Continuaba el informe: “De los 610 casos conocidos en Bolivia, 315 (52 %) corresponden al tipo lepromatoso; los restantes son del tipo tuberculoide, e indeterminado”.

Otro paréntesis para aclarar que el mayor porcentaje estaba en el tipo lepromatoso, significa que se trataba de un predominio de la lepra contagiosa, también conocida en esos años como lepra abierta. Esta pauta denota el grado de exposición al contagio a que estaba sometida la población. Concluía la nota expresando: “La capacidad de los dos leprosarios existentes no basta para aislar todos aquellos casos que lo requieren” (4).

En datos emitidos por el Programa Nacional, inmerso en el Manual de Normas y Procedimientos, para la gestión 1993 se encuentra el reporte correspondiente a los departamentos del país. Concerniente a Pando, los datos muestran la notificación de un solo caso en toda la gestión. No era de extrañar porque en esos años muy poco se arremetía desde los servicios de salud contra este daño (5).

En forma paulatina se fue tejiendo el proceso de la historia de la lepra en Pando, los escasos reportes manifestaban la presencia de este daño, que de acuerdo a lo comentado anteriormente, era el resultado de esporádicas intervenciones.

En **2005**, el periódico La Razón de La Paz, Bolivia, publicaba la siguiente nota periodística: “En el departamento de Pando, tres varones, de entre 25 y 54 años de edad, enfermaron de lepra. Uno, el año pasado, en la comunidad Santa Elena, del municipio de Bella Flor, y otros dos, durante este 2005, en la ciudad de Cobija, confirmó el jefe del Programa de Tuberculosis y Lepra del Servicio Departamental de Salud de Pando (SEDES), Robert Leonardo Ríos”.

“La presencia de esta enfermedad puso en alerta a las autoridades sanitarias que impulsan, para abril, una campaña departamental casa por casa” (6). Concluía el reporte.

La presencia de la enfermedad en el decenio 2001-2010 refleja baja detección, exceptuando el año 2007 que revela una cúspide manifiesta por el exagerado aumento de la notificación de nuevos afectados, en una región donde la tendencia se mantuvo casi horizontal por varios años.

Este aumento inusitado tuvo las mismas estrategias y tácticas de actuación con un resultado parecido al obtenido en el departamento del Beni. Este reporte proviene de la Jefatura Nacional del Programa de Control de la Lepra; de tal modo que es considerado como oficial, sin embargo, ha sido motivo de amplia controversia por las características que sustentan este masivo hallazgo sin precedentes, que altera toda lógica operativa y estadística, mucho más si se considera que este evento se concertó en solo dos meses de labor de extensión.

Los criterios que se esgrimen a continuación corroboran la discrepancia suscitada respecto a los datos en cuestión.

En el citado escenario de los acontecimientos se ha evidenciado un ostensible cambio en el comportamiento de la enfermedad de acuerdo al sexo. En estas circunstancias presentamos un esquema que revela la diferencia en 2007, comparado con lo que ocurrió antes y después. No debemos olvidar que la tendencia mayoritaria en el sexo masculino es común a los registros en todos los países y continentes. Ocurrió que en este caso la proporción de mujeres alcanzó el 80%. Como era de esperar, estos datos alarmaron a las instancias internacionales empeñadas en el control de la enfermedad, cuyo seguimiento está contemplado en criterios técnicos, basados en reportes de los países, que, a su vez, solicitan la cantidad de insumos y medicamentos para los casos nuevos en forma anual. En consecuencia, todos estos eventos epidemiológicos no pasan desapercibidos por estos organismos técnicos y que, por lo general, impulsan intervenciones para aprobar o corregir lo que se ha obtenido en materia de una notificación inusitada, como es el caso presente.

Lo antedicho tuvo también su comentario en la prensa del exterior; es así que la Cadena Periodística Caracol de Colombia hacía un comentario al respecto:

“En Bolivia cada año se registran cientos de casos de lepra, sin embargo, la enfermedad es controlada por el Ministerio de Salud”.

“Según el Programa de Vigilancia y Control de la Lepra, perteneciente a ese despacho, durante el 2008 se registraron 124 casos nuevos de esta enfermedad”.

“Para el 2008 se continuaron las acciones encaminadas a capacitar recursos humanos para realizar seguimiento de pacientes y búsqueda activa de nuevos casos, este año (2008) se detectaron aproximadamente 124 casos nuevos”, de esa manera se lee en un reporte al que tuvo acceso el periódico La Razón.

“La mayor cantidad de casos fueron detectados el 2007 con 498 pacientes que padecían este mal, sobre todo en los departamentos de Beni y Pando. El 2006 la cifra era de 153”.

“Esta enfermedad es endémica, principalmente en zonas tropicales y subtropicales de los departamentos de Beni, Cochabamba, Chuquisaca, La Paz, Pando, Santa Cruz y Tarija” (7).

En este contexto contradictorio, la Asociación Alemana de Asistencia al Enfermo con lepra y Tuberculosis (DAHW), a solicitud de las instancias superiores de epidemiología del país, propuso realizar acciones técnicas ante esta emergencia, porque además de la fuerte notificación que se tuvo en 2007, para el año siguiente muchos de estos casos no habían iniciado tratamiento, por la no disponibilidad de medicamentos, lo mismo ocurría con el escaso o ningún seguimiento a estos enfermos, a partir de la red de servicios de salud del departamento.

Una de las estrategias que se utilizó para llegar a los lugares más alejados y de difícil acceso de la región, que es donde se encuentran la mayoría de los casos de lepra, ha constituido la integración con otros programas departamentales de salud, que por su afinidad operativa se veía como pertinente y apropiado. La coordinación con el Servicio de Malaria se convirtió en la alternativa útil en ese momento. La gran predisposición del Director Departamental de Epidemiología Dr. Rodolfo Villarroel, el Jefe Departamental de Malaria, Dr. Johnny Velarde y otras autoridades de salud locales, en franca coordinación con la Dirección Nacional de Vigilancia y Control de la Lepra a cargo de la Téc. Teresa Ruiz, con el financiamiento y apoyo técnico de la DAHW y el personal especializado el

Hospital Dermatológico Monteagudo (HDM), determinaron dar inicio con las capacitaciones sobre la lepra, dirigidas a los técnicos de Malaria, médicos y enfermeras de las comunidades endémicas del departamento.

La segunda parte de este nuevo plan de trabajo consistía en la llegada a las comunidades por personal experto en el control de la enfermedad. De esta actividad se tuvieron resultados importantes que se traducen en la siguiente tabla.

Tabla III.1.

Comunidades visitadas	Casos recuperados diagnosticados como lepra en 2007 y 2008		Contactos y sintomáticos de piel examinados	Total
	Casos válidos como lepra	Casos no compatibles con lepra		
El Porvenir	0	6	35	41
Puerto Rico	1	7	41	49
Conquista	0	3	9	12
El Sena	2	6	24	32
Blanca Flor	0	8	50	58
El Tury y Naranjal	0	2	10	12
Gonzalo Moreno	1	0	3	4
Candelaria	0	3	16	19
Miraflores	0	2	8	10
San Pablo	0	2	6	8
Loma Alta	1	0	10	11
Total	5	39	214	258

Fuente: Elaboración propia

El trabajo fue realizado por el Técnico del HDM, Rafael Mendieta y el Dr. Abundio Baptista en su calidad de asesor médico de la DAHW de Alemania. Después de haber recorrido gran parte de los municipios y

comunidades endémicas de lepra, no fue suficiente para llegar hasta todos los casos que fueron informados en 2007. En esta emprendedora misión, no se pudo ubicar a muchos de estos enfermos porque los registros no mostraban con claridad la ubicación de sus viviendas, lo que se hacía más dificultoso por las características selváticas del territorio.

Figura III.1.



Cuando no se ejecutan acciones preventivas de control de la lepra, es frecuente encontrar lepra en niños.

Figura III.2.



Existen varias lesiones cutáneas que se pueden parecer a la lepra; otras, que siendo lesiones verdaderas de lepra son confundidas por otra enfermedad.

Fueron 5 casos entre nuevos y antiguos que se encontraron; también, entre los casos de 2007, se encontraron a 39 que no reunían criterios clínicos de lepra. El universo de sintomáticos de piel investigados alcanzó a 250, en una región sumamente dispersa y con los riesgos que significa operar en una topografía selvática.

Las ideas y acciones dirigidas a establecer la incidencia de casos nuevos de lepra en el departamento, señalaban inevitablemente realizar las consultas y otras indagaciones en las poblaciones de Brasil, vecinas a Bolivia. A principios del año 2011 fueron visitadas las dos comunidades más cercanas a Cobija: Epitaciolandia y Brasilea. Con la presencia del Responsable Departamental de Control de la Lepra de Pando, Dr. Francisco Vásquez y el asesor de la DAHW en Bolivia, se realizó la coordinación con los representantes de control de la lepra de estas dos poblaciones. Entre los datos obtenidos de los casos nuevos de lepra reportados anualmente en Brasilea, desde hace varios años solo se reportaban un promedio de 4. Por otra parte en Epitaciolandia, el promedio no superaba los 7 casos anuales.

Tabla III.2.

Lepra en Pando 2004 - 2017	
Años	Casos nuevos
2004	4
2005	2
2006	33
2007	193
2008	14
2009	2
2010	2
2011	1
2012	3
2013	4
2014	1
2015	4
2016	1
2017	2
2018	3

Figura III.3.

En la población amazónica de Filadelfia, para luego seguir camino a Bolpebra (Punto fronterizo tripartito entre Bolivia, Perú y Brasil). En este viaje fueron detectados nuevos casos de lepra. Foto: Dr. Ángel Apodaca y Dr. Abundio Baptista.

Este importante referente revela la disminución significativa de casos nuevos de lepra en estas poblaciones fronterizas de Brasil y Pando; lo que no ocurre con las de Beni y Santa Cruz. En tales circunstancias, queda de alguna manera sustentada la notificación antes y después de 2007.

En 2011, el apoyo que venía brindando la DAHW de Alemania a las batallas contra la lepra en Pando, de pronto se interrumpe. Este necesario soporte de la cooperación internacional, que anualmente brindaba para el manejo del Programa Regional, además de desplazar a profesionales leprólogos del Hospital Dermatológico Monteagudo para realizar el trabajo de capacitación, la búsqueda y detección de casos nuevos de lepra en todo el departamento pandino, todo este beneficio fue interrumpido por decisión de sus autoridades locales de salud. Desde entonces la DAHW de Alemania, pese a no tener proyecto en Pando, con su mística de

cooperación, acude con el apoyo técnico del Asesor Médico y presencia de sus profesionales expertos en lepra en situaciones emergentes.

5. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

1. FORTÚN, WJ. "El Departamento de Pando y la Salud Pública en el presente Siglo". Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina. Vol. 5 N° 1. Enero-junio. Págs. 47, 48. La Paz 1999.
2. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. "La Sanidad en Bolivia". Enero de 1942. Pág. 2. Por el Dr. Abelardo Ibáñez Benavente, Ministro del Trabajo, Salubridad y Previsión Social.
3. IBÍD. Pág. 3.
4. ALFREDO N. BICA, JORGE ROMÁN Y ARTURO C. SÁENZ. Pág. 551. Servicio de Enfermedades Transmisibles, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D. C. 1956
5. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES "Manual de Normas Técnicas y Procedimientos para el Control de la Lepra" La Paz, 1994.
6. LA RAZÓN, 31 de marzo de 2005. La Paz-Bolivia.
7. http://www.caracol.com.co/audio_programas/programas/noticiero-caracol/programa/902921.aspx "Los casos de lepra son recurrentes, pero se controlan". Enero 31 de 2009.

IV. LA LEPRA EN LA PAZ

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. EL ORIGEN DE LA TRANSMISIÓN**
- 3. EVOLUCIÓN**
- 4. BÚSQUEDA ACTIVA EN 2009**
- 5. ANÁLISIS POR DECENIOS**
- 6. TESTIMONIO CON GUITARRA EN SAN BUENAVENTURA**
- 7. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS**

1. INTRODUCCIÓN

El extenso territorio boliviano tiene la complacencia, más que otro estado latino-americano, de las variadas convergencias geográficas del Continente. El destacado escritor Jorge Muñoz Reyes indica al respecto: “Su topografía resulta tanto de la conformación de los Andes como de la Hoya Amazónica y también, de la red hídrica del Río de la Plata. No tiene por tanto una uniformidad geográfica; ocho grandes regiones se subdividen en unidades bien distribuidas”. Con estos antecedentes, cuando mencionamos al departamento de La Paz, no es una referencia válida si se la relaciona únicamente con el altiplano; más al contrario, en su disposición telúrica es una formidable gradiente que se desplaza desde el altiplano hasta la Amazonía, pasando por valles y extensas zonas de clima tórrido. Las informaciones arqueológicas, etnohistóricas y lingüísticas evidencian un doble camino de formación de núcleos poblacionales: la vía de la Cordillera de los Andes y la de la selva amazónica (1). La Paz, es un claro ejemplo de esta diversidad geológica, étnica y lingüística.

No podemos dejar de considerar al departamento de La Paz, como un territorio espacial donde el plano de riesgos para la salud se limite solamente a algunos procesos mórbidos propios de la altura, al contrario, al constituirse en el principal centro de atracción, político y polo de desarrollo económico —posición que a partir de los años setenta de siglo pasado la comparte con Santa Cruz— como un nuevo destino de masiva migración interna en el país, recibiendo considerable movimiento de desplazamientos humanos, constituyendo uno de los centros de confluencia de habitantes de todos los confines de la patria; y, además, por el flujo de ciudadanos extranjeros que lo acomodan como un conglomerado cosmopolita.

La distribución de los acontecimientos nosológicos en esta parte del territorio nacional, históricamente han tenido relevancia local —hasta con derivación regional y nacional—, en función al perfil de riesgo de la diseminación importante de algunas enfermedades, muchas de éstas endémicas del lugar, apostadas desde siempre; otras que mostraron su presencia e imagen mórbida por efecto de los fenómenos ambientales, por la dinámica de transmisión de algunos vectores, y el contacto

involuntario con portadores humanos de alguna enfermedad transmisible, este último criterio incluye lo que sucedido, entre varias enfermedades, la tuberculosis y la lepra.

2. EL ORIGEN DE LA TRANSMISIÓN

La asimilación de tantas corrientes poblacionales, unas veces itinerante y otras en forma definitiva, no prevé criterios rigurosos de control sanitario. Sin que sea motivo de sorpresa es lo que ocurre en las fronteras internacionales. De ese modo, a nadie debe sorprender si consideramos que, en las oficinas de migraciones de cualquier país, no realizan exámenes médicos; exceptuando desde luego, algunas acciones específicas o algún registro sanitario de inmunización a causa de brotes pandémicos emergentes. Este flujo de población itinerante se encuentra dentro las vías de transmisión de las enfermedades, aunque parezca oneroso comprenderlo, deben también ser consideradas entre los factores de riesgo para la diseminación de las infecciones mediante portadores humanos, es el caso de la lepra o hanseniasis.

El nexo epidemiológico en cuanto se refiere al contexto territorial limítrofe, ubica al departamento de La Paz —sus municipios amazónicos— conexo a sus similares del Beni; departamento Amazónico que ha constituido y aún persiste su condición de región históricamente endémica de lepra que notifica casos nuevos cada año, Es la región donde se han dado los eventos de mayor significación epidemiológica de este daño en el país. Su vecindad con Brasil, país que actualmente ocupa el segundo lugar del mundo con mayor notificación anual de casos nuevos de lepra, de ese modo determina un cierto flujo silencioso de transmisión hacia las poblaciones vecinas. Estos antecedentes ratifican la importancia de tomar en cuenta a poblaciones paceñas colindantes con sus similares benianas, mucho más si existen antecedentes de haber presentado en el pasado, y que aún persisten mostrando casos aislados la evidencia de este mal. Al respecto toca referirnos a algunas zonas rurales de La Paz donde se han identificado focos importantes de lepra, como ocurrió en 2009 en la provincia Abel Iturralde.

Las condiciones sociales, culturales, geográficas y políticas del departamento de La Paz, a través de la historia de la lepra y otras enfermedades, nos orientan a realizar algunas consideraciones respecto

a posibles factores de riesgo y otros predisponentes que han contribuido, y aún persisten como tales, cuando se habla de la transmisión de este daño en una de las regiones de mayor concentración y carga poblacional en el país.

Seguidamente puntualizamos los factores mencionados:

- Las migraciones internas masivas a este departamento desde todos los puntos del país.
- Vínculo geográfico con departamentos endémicos de lepra, entre éstos Beni y Pando; sin excluir Cochabamba que a mediados del siglo pasado ha tenido importante participación entre las regiones endémicas.
- Inmigración de extranjeros asentados en la ciudad. Sobre todo, los provenientes de países sudamericanos endémicos de lepra, Brasil, Paraguay, Colombia, Venezuela, Argentina y otros de Asia y África.
- Condición climatológica variada (trópico, clima y humedad) como factores adecuados para la propagación.
- Peculiaridades desconocidas del bacilo de la lepra en cuanto a sus características biológicas para multiplicarse y desarrollar la enfermedad en lapsos inciertos, (entre los pocos meses hasta más de 20 años) y en cualquier piso ecológico.

Por dichos argumentos y la notificación anual de casos nuevos de la enfermedad, es una región considerada desde la instauración de la República, como de baja endemia; sin que esto signifique que esta apreciación sea definitiva en el marco epidemiológico, mucho menos cuente como referencia la totalidad de los casos existentes, ponderando, y con prudencia, la posibilidad de casos en evolución silenciosa, por las consideraciones ya explicadas.

Otro aspecto que es significativo analizar, porque ha significado un acontecimiento de capital importancia para la llegada de la lepra a otros países del continente, es el relativo a la presencia de los esclavos provenientes de África. Los antecedentes de contar durante la Colonia en lo que hoy es nuestro territorio —Potosí, Charcas, posteriormente en Mizque, La Paz y Santa Cruz— importante presencia de este grupo de personas procedentes del África, hecho que se suscitó a partir del siglo

XVI, que continuó después en la etapa Republicana, podemos indicar que no ha tenido mayor connotación a que haya sido este evento, una importante vía de ingreso de la lepra en el actual territorio nacional, particularmente en lo que hoy corresponde al departamento de La Paz. Dicha hipótesis la fundamentamos con los siguientes criterios:

- a) En ese tiempo —la Colonia— ya se conocía y comentaba la magnitud y trascendencia de lo que significaba la lepra por su presencia endémica y hasta epidémica en otras latitudes del continente —Caribe, Centroamérica, y en Sudamérica lo que después constituyeron las repúblicas de Colombia, Venezuela y Brasil—. Todos estos países tienen abundancia de documentos, y en detalle, sobre la ocurrencia de estos sucesos.
- b) Que en esta parte de América (Alto Perú), se contaba con personas intelectuales calificadas en Potosí, Charcas y La Paz, entre españoles y mestizos que tenían la capacidad de documentar la consumación de los sucesos, mucho más, si era considerable la cantidad de estos “inmigrantes obligados” acantonados en este territorio. El notable historiador Alberto Crespo, hace una aproximación estadística sobre esta población en la Villa Imperial: “(...) según el censo de 1611, de un total de 160.000 habitantes, los negros, mulatos y zambos sumaban 6.000, es decir un 3,9%”. Importantes datos que nos permiten mensurar la magnitud de esta población; sin embargo, no se conoce de expedientes o alguna literatura que hagan referencia sobre brotes o enfermos de lepra, que por sus características y antecedentes de mutilación y desfiguración horribles, en ninguna sociedad humana del mundo han podido pasar inadvertidas.
- c) La ausencia de leproserías en el Alto Perú en la etapa colonial, tomando en cuenta que ante la falta de medicamentos específicos y científicos para encarar los tratamientos, la única medida a la que se podía recurrir en cualquier parte del mundo, era la separación de los enfermos del resto de la población no infectada. Constituía una alternativa ineludible y efectiva en ese tiempo; fue considerada la única estrategia de protección para evitar la propagación de este azote. En el vecino Brasil el año 1600, ya se contaba con leproserías.

Sobre esto decía María da Conceisao Cavalcanti, “Los primeros casos de lepra en Brasil fueron registrados en 1600, en Río de Janeiro, donde más tarde sería creado el primer lazareto. Otros casos se identificaron en Bahía, Pernambuco y Pará. Esto llevó a las autoridades, a pedir a Portugal la toma de medidas, que en realidad fueron implantadas dos siglos después (...)” (2).

- d) En Bolivia, y tomando en cuenta la carga de enfermos existentes, recién fue construido el primer Lazareto o leprosería en la etapa Republicana, en Tarija el año 1846. Muy distante en temporalidad de la diseminación de lepra que en otros países vecinos ocurrió siglos antes.
- e) Los principales escritos históricos originados en nuestro medio y en esa época, no hacen referencia sobre la relación de la enfermedad con estos inmigrantes obligados del África. Uno de ellos, Bartolomé Arzáns de Orzúa y Vela, —muy conocido por las crónicas escritas en tiempos de la Colonia “Anales de la Villa Imperial de Potosí”— cita variadas afecciones sufridas por la población de Potosí durante la Colonia, entre éstas las afecciones que padecían los esclavos africanos, no hace referencia alguna, o por lo menos, de patologías parecidas a las que tipifican la lepra.
- f) En los registros de enfermos atendidos en el hospital Santa Bárbara de Sucre, entre 1871 y 1910, no figuran afectados de origen africano. Este dato viene a colación, en el supuesto de haber recibido referencia de este tipo de enfermos, entendiéndolo que en Chuquisaca (Sucre) ya se atendían casos de lepra referidos de otros departamentos, además, contaba con una sección especial para este tipo de enfermos especiales.

De acuerdo a lo explicado, podemos indicar que la penetración de la lepra por los esclavos negros a esta parte de América (hoy Bolivia) tiene menor significación respecto a otras formas o vías de contagio. Haciendo notar que lo relacionado con la lepra, de ninguna manera es aplicable a la transmisión de otras enfermedades a causa de este tráfico de esclavos; por supuesto que han sido muchas, entre éstas nombramos algunas: parasitosis por *Anquilostoma Duodenalis* que produce anemia,

enfermedades virales como el sarampión y la varicela, también ha estado la sarcoptosis, entre muchas otras patologías con características diferentes a la lepra.

En contraposición a lo ocurrido en Bolivia, no podemos decir lo mismo sobre lo acontecido en otros ámbitos americanos de clima tórrido, Caribe, Antillas, Brasil, Colombia, Venezuela, donde llegaron esclavos de diferentes partes del África, que fácilmente se habituaron a las condiciones climáticas, y con el tiempo tuvieron gran repercusión estadística. No cabe discusión alguna sobre esta corriente de tráfico migratorio obligado como causa fundamental de penetración de la lepra en esos territorios. Así lo precisan y mencionan sus mismos investigadores e historiadores.

Ubicados en el contexto Republicano, también se cuenta con alguna fuente de información sobre este aspecto, la que no nombra la existencia de lepra en los Yungas. Lo que mencionamos de ninguna manera excluye que haya existido lepra en esta región tropical, pero han sido casos aislados, que más bien, se deben a ciclo de una serie de contagios que ha existido a partir de otros caminos de transmisión posteriores al actual análisis.

Insertando algunos elementos más en este tema, recurrimos a los relatos del connotado científico naturalista francés Alcides d'Orbigny, que estuvo en nuestro país en los albores de su independencia. El paso por Bolivia del investigador fue entre 1830 y 1833. Relata que tuvo que realizar labores de médico en los Yungas de La Paz. En Irupana (1830), curaba a los enfermos, cortándoles las fiebres intermitentes. En los reportes del científico no refiere haber identificado afectados por la lepra. Demás está decir que para un investigador y científico mundialmente conocido, que atendió por un tiempo prolongado las enfermedades de cuanta persona acudía, los rasgos de este daño no han podido ser confundidos y menos pasar inadvertidos dada su capacidad profesional. (3).

Una ruta de entrada de la enfermedad hacia territorio paceño, está estrechamente relacionada con la dinámica y flujo poblacional en circunstancias de la explotación de la goma en territorios de la Amazonía. A principios del siglo XX, hubo una masiva migración hacia estos nuevos

centros potenciales económicos, cuya alta demanda de mano de obra fue desplazada desde Santa Cruz; y que también tuvo importante presencia de pobladores de La Paz. Al respecto el reconocido escritor J. B. Coímbra se refería de la siguiente manera: “(...) este movimiento convergente a la región gomera, interesó también a muchos paceños que pronto rompieron lanzas, poniendo en alto su espíritu valeroso (...). Transpusieron la tierra escarpada, vencieron las terribles quebradas de los ríos, hasta llegar a la tierra deseada” (4). Sin duda alguna ya en esos tiempos, finales del siglo XIX y comienzos del XX, que se conocía de la existencia de focos de Hanseniasis en esos ámbitos vecinos con el Brasil. Debido al comportamiento y nexos epidemiológico, comprobadamente y en etapas consecutivas, han desencadenado eclosiones de lepra en varias poblaciones del Beni; un ejemplo es lo ocurrido años posteriores en Baures, Trinidad, Magdalena, Loreto, entre otras, que motivaron la construcción de leproserías. Estas evidencias irrefutables de importante epidemia de lepra en estos centros de concentración laboral masiva, permiten inferir con fundamento la transmisión de este mal a algunos de los trabajadores provenientes del occidente, al retorno a sus lugares de origen, lo hicieron en calidad de infectados.

De lo anotado deriva una clara conclusión: Las migraciones internas condicionan la posibilidad de tener un enfermo de lepra en cualquier punto del país. Es de ese modo que la lepra en La Paz y en cualquier parte del país, ha tenido un comportamiento silente e insidioso, a partir de una infección, que por el periodo de incubación muy variable y poco conocido, no se puede precisar dónde ni cuándo ocurrió el contagio.

3.- EVOLUCIÓN

Se conoce de la presencia de algunos casos de lepra durante los primeros años del siglo XX. Aunque estas referencias únicamente citan la presencia de la enfermedad, sin brindar mayores precisiones ni datos numéricos, de ese modo, figuran como un antecedente dentro la historia médica departamental. Esos casos aislados generalmente importados no tuvieron mayor desenlace ni drama social, tampoco fueron motivo de gran aflicción para el sector sanitario como lo fue en otras latitudes del país. Los años posteriores, después de los brotes manifiestos en la Amazonía, Santa Cruz, Tarija y Chuquisaca, fue cuando se comenzó a registrar con criterio técnico a estos enfermos, procediendo con el

especial manejo y otras medidas de rigor que amerita un historial clínico. Considerando, además, hasta mediados del siglo XX, no se conocía tratamiento científico para la lepra, recién se descubrió la acción de la sulfona contra el bacilo de la lepra en 1941; hasta probarla en lugares piloto, verificar su eficacia y tras pruebas de rigor, para luego elaborar en cantidades para su exportación. Han tenido que transcurrir varios años para recién utilizada en el país.

Figura IV.1.



Dr. Félix Veintemillas, en 1912 realizó, el primer diagnóstico de lepra con confirmación bacteriológica en La Paz.

La historia de la lepra en La Paz a través de los años, nos muestra un panorama de baja endemia por el número escaso de enfermos reportados anualmente. Entre estos se da lugar a los importados y procedentes de otras regiones, que en las estadísticas tienen un lugar no menos significativo.

Adentrándonos en la cronología de los acontecimientos históricos que los documentos nos enseñan, en **1912**, el Dr. Félix Veintemillas (**figura IV.1**), connotado médico especialista en Bacteriología y Patología Tropical, realizó el primer diagnóstico de lepra con confirmación bacteriológica en La Paz. Sobre este importante acontecimiento el Dr. Christian Trigoso, escribe lo siguiente: “En el año de 1912 tiene la oportunidad de observar a un paciente hospitalizado, paciente con quien no pudieron llegar a un diagnóstico aquellos que fueron sus profesores de Clínica Médica en la

Facultad de Medicina; educado para taladrar la dura roca hasta encontrar la verdad, Veintemillas decide obtener una serie de muestras de este paciente, las cuales posteriormente son procesadas por él mismo”.

Complementaba el Dr. Trigoso: “Transcurridos días de trabajo intenso y cuando parecía que la verdad nuevamente se habría de ocultar en forma coqueta, en una de las placas y bajo el ocular del microscopio descubre un acumulo de bacilos preciosamente teñidos de color rojo por un método especial de tinción; este dato junto a la signo-sintomatología del paciente, inclina la balanza a favor del diagnóstico de lepra, convirtiéndose así en el primer caso de lepra con confirmación bacteriológica diagnosticado en La Paz. Este trabajo le permite ingresar en las filas del reducido ejército de buscadores de microbios” (5).

Ponderamos y reconocemos en sumo grado el trabajo realizado por nuestros antecesores médicos, actuación que se torna de mayor notabilidad si consideramos el contexto en que se desarrollaron estos valiosos aportes, cuya actuación estuvo acompañada de la patética realidad de disponer escaso equipamiento y tecnología, que obligaban a estos conspicuos profesionales pioneros del control de las enfermedades en el país, a desarrollar al máximo sus capacidades intelectuales, utilizando y optimizando tanto como fuera posible los escasos medios con que se contaba.

El Dr. Gregorio Mendizábal escribe en su libro Historia de la Salud Pública, sobre el informe del Dr. Félix Veintemillas: en la nota “La lepra en La Paz en nota para la Dirección General de sanidad”, del 4 de abril de 1945, como resultado de sus trabajos indicaba: “(...) pero ahora es también el Departamento de La Paz que tiene un foco leproso confirmado ya propio. Es así que en mi oficio al Ministro de Higiene y Salubridad, de octubre de **1939** denuncié con la colaboración del Dr. Luis Mora, el caso de Lepra yungueña en las vecindades de Irupana (...)” (6).

Al respecto, es honesto hacer notar que no se tiene la precisión si se trataba de un afectado afro-boliviano, mestizo, indígena o blanco. Lo que otra vez corrobora que el contagio en épocas posteriores ha podido ser por cualquier portador enfermo, en uno u otro lugar, independientemente de la procedencia y lugar donde vive.

Figura IV.2.

En 1943 se identificó casos de lepra en 3 provincias de La Paz.

El problema de la lepra en La Paz, muestra una región de baja notificación de nuevos afectados, aun desde los primeros registros oficiales, los que fueron obtenidos en el primer censo y estudio epidemiológico de la lepra en Bolivia, de acuerdo con el Proyecto de Organización del Servicio Antileproso Nacional en 1942, fueron estos los resultados obtenidos a los que se pueden considerar como los primeros de carácter técnico realizado por personal especializado, con previa planificación, posterior análisis y evaluación de los resultados. Enfatizando que el trabajo del censo no se completó por imponderables y contingencias de índole económico y otro tipo de desfases.

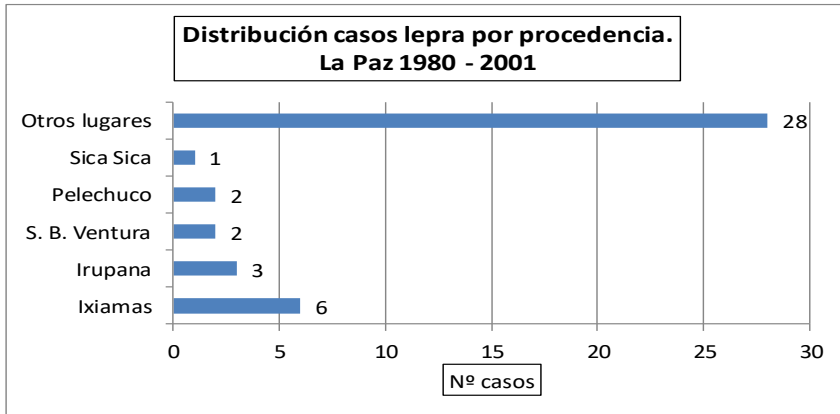
Dicho informe, en lo que toca al departamento de La Paz, hacía notar que hasta ese momento no se había realizado el censo de leproso en ese territorio, pero que se conocía de varios casos autóctonos, y otros importados de diferentes focos leprógenos del país. Entre los casos

autóctonos encontrados tenían su ubicación: 1 caso en La Paz (ciudad), en Chulumani 2 casos, y en Puerto Acosta 1 caso (figura IV.7). De esa manera puntualizaba el informe en **1943**. El reporte también hace mención de la existencia de casos importados sin cuantificar ni brindar el origen de los mismos.

Así también, en el mismo comentario se enfatiza que el trabajo realizado en este primer censo, no tuvo la cobertura territorial que se esperaba, no se alcanzó a empadronar en varios de los departamentos endémicos identificados como zonas leprógenas en el país. El estudio epidemiológico se debía complementar en las siguientes visitas.

El Boletín de la OPS/OMS de 30 de julio de **1979**, señalaba: “En Bolivia la lepra aparentemente no se transmite en el altiplano andino, pero la situación es seria en los departamentos de Santa Cruz, Chuquisaca y en la cuenca amazónica (...)” (7). Este reporte elaborado por un equipo técnico de instituciones internacionales, corrobora la condición del departamento de La Paz para ser considerado como de baja prevalencia y endemia en el contexto nacional, (en este comentario no se refiere al territorio tropical de la región).

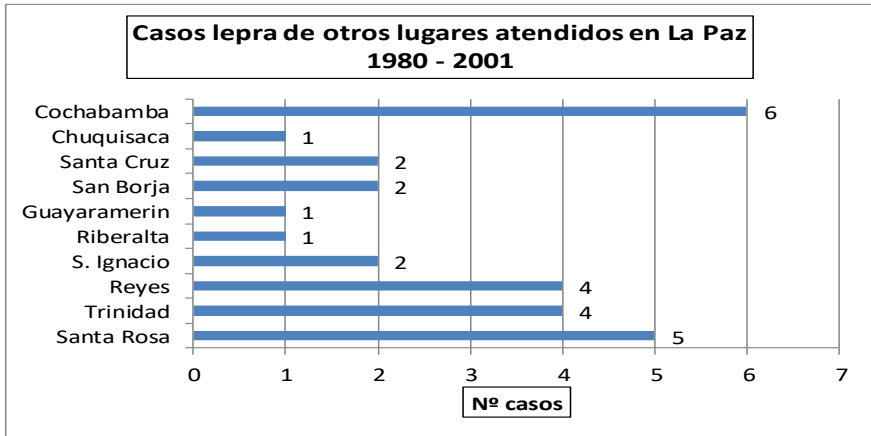
Contando con estos datos iniciales, para los años siguientes se realizaron las pertinentes averiguaciones documentales, aun así, no se pudo encontrar otros antecedentes estadísticos que se hayan manejado como oficiales, sean éstos como resultado de los censos posteriores o los provenientes de notificaciones en la red de servicios de salud en esos años, incluyendo los servicios privados. Lo dicho, sobre este vacío o silencio en la información es aplicable a la totalidad de los departamentos del país. Referente al caso que nos ocupa, estas falencias son imputables a un programa local, en esos tiempos considerado incipiente, cuya escasa magnitud de notificación no era considerada como de riesgo, no obstante de ya contar con el apoyo de instancias superiores rectoras de la salud, y otras de cooperación internacional destinadas al soporte para el control de los daños para la salud, sin embargo esas prioridades estaban alentando los resultados de otros programas ligados a obtener mayor rédito en cuanto a la mirada internacional, y otras sujetas a condiciones de tipo político.

Gráfico IV.1.

Fuente: Programa Regional La Paz

El gráfico IV.1 refleja los datos notificados por la región en el lapso 1980 y 2001 (21 años), es evidente la apreciable cantidad de casos provenientes de otras circunscripciones del país. Los oriundos del departamento, la mayoría corresponden a las provincias, con una distribución espacial de la enfermedad en los variados niveles geográficos y ecológicos del territorio —varios de ellos identificados como autóctonos—, lo que demuestra que en La Paz el flagelo no tiene preferencia absoluta por los climas cálidos. Un aporte que consideramos útil para este comentario tiene su origen en la identificación el año 2011, de tres casos de lepra autóctonos, en poblaciones altiplánicas de Potosí. (Ver lepra en las alturas).

Corresponde hacer un comentario sobre la procedencia de los enfermos notificados por el programa de La Paz, cuya procedencia corresponde a otras jurisdicciones del país (gráfico IV.1). Corroboramos el comentario que realizamos cuando toca referirnos a las características que tiene el departamento de La Paz, mucho más la ciudad capital, de soportar un flujo importante de personas, muchas de ellas itinerantes que proceden de todo el país, entre estos, los que fueron infectados en otros lugares y diagnosticados en este departamento.

Gráfico IV.2.

Fuente: Programa Regional La Paz

Coincidentemente, de acuerdo al gráfico que precede, los aquejados por el daño, provienen de regiones donde la lepra tiene importante presencia.

Muchos fueron los intentos de incorporar en los planes locales de salud las intervenciones específicas para el control de la lepra, sobre todo en los municipios de la Amazonía paceña. Los casos índice detectados y vinculados a la frecuencia de notificación por varios años —haciendo notar que la mayoría fueron hallazgos casuales o por propia iniciativa de los afectados que acudieron a la consulta por sus lesiones avanzadas—, son una muestra que ha sido objeto de consideraciones técnicas desde el análisis e inferencia epidemiológica, que por elemental conclusión se trata de casos iniciales que proceden de focos de contagio aún no intervenidos médicamente, y menos aún estudiados, lo que orienta a considerar la existencia de otros enfermos; que podrán encontrarse en formas avanzadas del daño, otros estarán en fase inicial, y aquellos infectados silentes en proceso de incubación. Estos últimos constituyen casos potenciales inaparentes en principio, que en cualquier momento pueden mostrar la evidencia clínica. Todos están allí, en su lugar, esperando se hagan acciones específicas de detección para su inmediato tratamiento.

Han sido pocas las autoridades nacionales que demostraron una intención técnica de viabilizar las tareas de control. No podemos abstraernos de mencionar la labor de apoyo del Dr. René Barrientos, que desde el cargo de Director Nacional de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, sustentó técnicamente el control de la lepra en el nivel nacional, coordinando con algunas instituciones de cooperación externa, organizando su campo operativo para que cada una de estas instituciones tenga territorio definido sin dualidad en el trabajo, con planificaciones pertinentes y priorizando territorios específicos de mayor conflicto. Posteriormente, el Dr. Barrientos desde la Dirección de la Unidad Departamental de Epidemiología de La Paz, ha continuado con esta labor regional de visión técnica entendiéndolo que es la única manera de detener la enfermedad, incorporando en cuenta en la cotidianidad de las atenciones de la red de servicios, las normas elementales que orientan al diagnóstico de este daño.

La provincia Abel Iturralde que es donde se encuentran los municipios de Ixiamas y San Buenaventura, constituye en los últimos veinte años, territorio de donde se ha estado notificando la enfermedad. La vecindad de estos dos municipios de La Paz con poblaciones del Beni, establece un vínculo de transmisión que es de gran importancia para realizar intervenciones específicas, bajo el antecedente de haber encontrado en años precedentes casos activos y contagiosos de lepra.

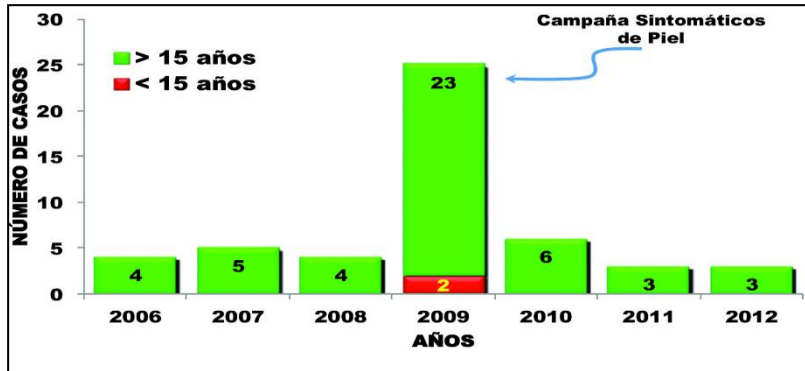
4.- BÚSQUEDA ACTIVA EN 2009

Una iniciativa que surge después de tantos años de leves e infructuosos intentos, ha sido la búsqueda activa de sintomáticos de piel, para de estos identificar los casos compatibles con lepra. Fue en el municipio de Ixiamas en 2009, que se realizó esta actividad de extensión comunitaria, cuyo resultado apuntamos como especial. Su repercusión y análisis en el ámbito de la salud pública, deriva en variadas hipótesis respecto a la presencia, intensidad, distribución, hasta el pronóstico evolutivo de la lepra en esa parte del departamento.

El documento “Memorias del Perfil Epidemiológico - 2012” brinda los detalles y análisis de esta labor de interacción operativa en terreno, que como en ningún año desde la instauración de la República, incluyendo el

actual Estado Plurinacional, se haya tenido similar detección de casos nuevos de lepra en el departamento de La Paz. (Gráfico IV.3).

Gráfico IV.3



Fuente: Unidad de Epidemiología SEDES La Paz

La importancia de asumir medidas específicas en el campo complejo de la lepra, permite resultados como el que comentamos. La lepra tiene sus propias características biológicas y efectos sociales, guarda relación íntima con la desorientación de los enfermos sobre el daño a que están sometidos, mucho peor si por desventura no asumen el tratamiento en la fase inicial. Todo este manto de desconocimiento tiende el lecho a la enfermedad; muchos afectados no saben que tienen lepra; en principio podrán sus lesiones iniciales ser confundidas con otras patologías cutáneas, que por recomendaciones y todo tipo de experiencias y consejos locales de amigos y parientes, se decide por tratamientos caseros o simplemente pensar que con el tiempo por sí solas se podrán curar. Otro riesgo al que está sometido la persona afectada en caso de acrecentarse los efectos clínicos del daño, es el estigma; hace que la persona se mantenga escondida para no ser escarnio de la repulsa social de su entorno, cuyo efecto de esta ignominia también repercutirá en su familia.

Estos factores hacen que la demanda de los enfermos de lepra no sea la que se espera. Lo que se ve y se notifica es lo que se ha podido encontrar durante las prestaciones asistenciales en servicio o por circunstanciales encuentros. Cuando se realiza una movilización como la del 2009, con

acciones verticales de búsqueda activa, con profesionales experimentados, equipos de apoyo, etc., es cuando recién se nota la evidencia de los casos que han estado esperando ser diagnosticados. Esa fue la estrategia que ha permitido que en otros ámbitos este daño fuera controlado.

Otro beneficio operativo importante que emerge de este tipo de intervenciones planificadas, radica en la valiosa oportunidad que se cuenta para realizar detecciones definidas sobre el mismo tema. El hallazgo de los afectados en menores de 15 años, que por norma y prioridad de la OMS es considerado como un indicador de calidad del trabajo, entendiéndolo su importancia porque mide el grado de postración o la falta de acciones oportunas para evitar esta propagación peligrosa de la enfermedad, en el grupo de edad que comprende a los niños.

El Dr. Barrientos comenta al respecto: “Urge asumir acciones de campo más operativas en la búsqueda de la prevalencia oculta que no se la está realizando, porque no se tiene las condiciones económicas, por eso es una enfermedad olvidada, desatendida y no reporta atención. Por ello, eliminar la Hanseniasis como problema de salud pública para los municipios de la Amazonía paceña como son Ixiamas y San Buenaventura, descentralizando servicios de diagnóstico y tratamiento para la red de salud, ampliando el acceso y la universalización de la cura, deberá ser el principal objetivo; además iniciar y facilitar el acceso en municipios de mayor endemividad y acelerar el proceso de eliminación de esta enfermedad, y para esto se debe movilizar a la sociedad civil para la promoción y el conocimiento sobre los signos iniciales de la lepra en los lugares de acceso, diagnóstico y tratamiento” (8).

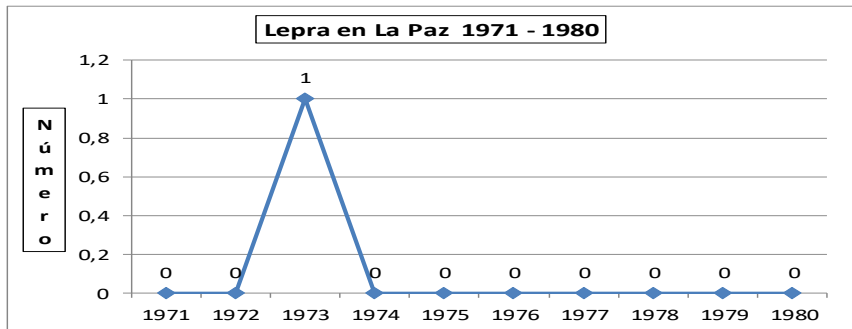
Los casos importados detectados y tratados en La Paz adquieren también vigencia en el presente análisis. El 32 % corresponde a esta variable, quedando el dato inequívoco que la enfermedad está todavía vigente en varias regiones del país. Así, cualquier persona migrante temporaria o definitiva en el territorio nacional, es susceptible a contraer la infección; mucho más si se frecuenta espacios territoriales considerados de riesgo, estos últimos son los calificados como de baja intervención para el problema de la lepra.

5.- ANÁLISIS POR DECENIOS

Por metodología y mejor comprensión, presentamos, al igual que para el resto de los departamentos, un análisis dividido en decenios. Esta justificación para clasificar en periodos largos es también parte de esta historia. Aquí los fundamentos:

- a) Los periodos gubernamentales se han caracterizado por continuas crisis políticas de golpes de estado, cuyas derivaciones mostraban programas o intentos de planes de gobierno en el tema salud, interrumpidos e inconclusos. Por lo tanto, no había sostenibilidad ni consistencia en periodos quinquenales, ni en gestiones gubernamentales completas.
- b) Las intervenciones importantes han sido sumamente aisladas en todas las regiones, las que no han confluído en mayores modificaciones en el comportamiento de los datos. La identificación de casos nuevos ha sido generalmente por consulta compulsiva, muy poco por intervenciones de extensión comunitaria o búsqueda técnica de sintomáticos de piel.

Gráfico IV.4.

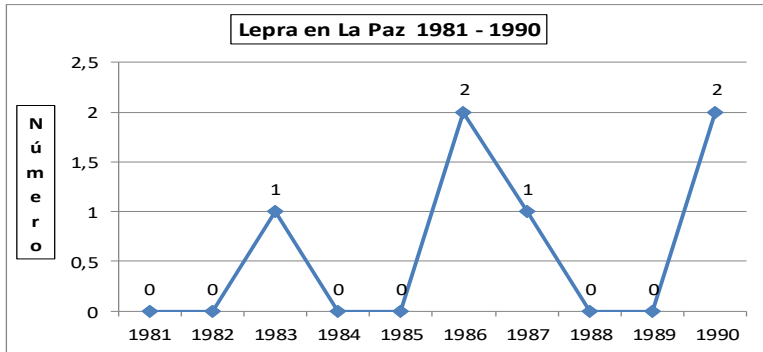


Fuente: Programa Control Lepra La Paz

El primer decenio de este comentario, muestra una solitaria notificación; un caso en la década, en 1973 (Gráfico IV.4) caso aislado diagnosticado y atendido en la ciudad capital. No existen otros datos, tampoco se tomó conocimiento sobre las medidas de control que se hubieran realizado en

esas circunstancias. Ha sido una década de debilidad institucional por efecto de la situación política imperante; se tuvo cambios radicales en los pilares estratégicos y políticas públicas de salud en el nuevo sistema de salud instaurado.

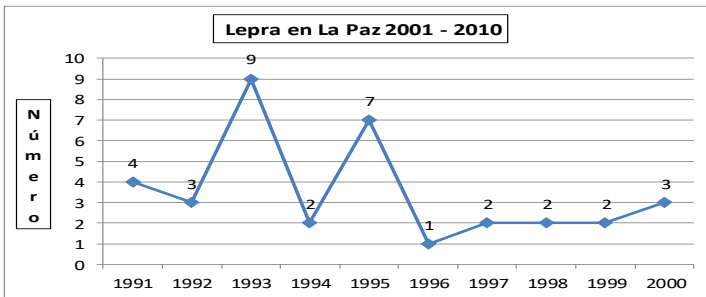
Gráfico IV.5.



Fuente: Programa Control Lepra La Paz

En la década de los años ochenta (gráfico IV.5) ya se tiene alguna frecuencia en la notificación de casos, aunque la distribución es aislada. Seis casos en la década. La mayoría identificados en la ciudad. Las visitas al área eran casi nulas o poco priorizadas; también correspondería decir, que no fueron tomadas en cuenta dentro las labores rutinarias de los efectores de salud local, por desconocimiento o temor.

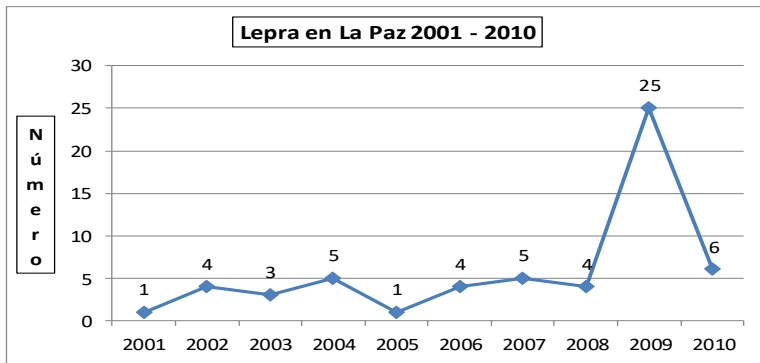
Gráfico IV.6.



Fuente: Programa Control Lepra La Paz

A partir de la década de los noventa (gráfico IV.6) se aprecia un flujo de información con reportes en cada año. El predominio de los enfermos diagnosticados estaba en el área rural, obedecía a algunas actividades de extensión que se ejercitaban, aunque en forma aislada en las provincias consideradas de riesgo. La presencia de un responsable regional, ha significado para el Programa Departamental, experimentar un paulatino avance para ocupar el espacio en el contexto de las intervenciones de salud integral.

Gráfico IV.7.



Fuente: Programa Control Lepra La Paz

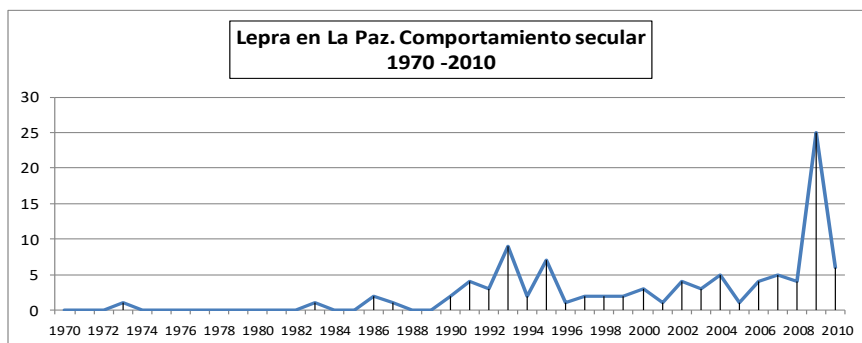
La información recibida en la primera década de los años dos mil (gráfico IV.7), refleja una mayor frecuencia en los casos reportados. La tendencia es claramente ascendente con notificaciones en todos los años, con un repunte significativo en 2009 por labores ya comentadas anteriormente. Los reportes corresponden mayormente al área rural entre éstas las poblaciones de Ixiamas y San Buenaventura, limítrofes con zonas endémicas del departamento del Beni.

La búsqueda activa de casos a partir del sintomático de piel realizada en 2009, es un referente importante que demuestra la existencia de lepra en poblaciones de estos dos municipios amazónicos, Ixiamas y San Buenaventura. Para esta actividad no es imperativo la presencia del Responsable Regional del Programa, tampoco de un especialista. Lo que se postula durante toda la historia de la lepra en La Paz, y todo el país, radica en establecer acciones integrales de salud, que el recurso sanitario

local incorpore dentro la rutina de sus prestaciones la detección de la lepra a partir de las lesiones dermatológicas bien definidas, que de ningún modo son complejas y son parte de la Atención Primaria de Salud.

El nuevo enfoque del programa basado en una visión descentralizadora, apoyado desde la Dirección de la Unidad Departamental de Epidemiología de La Paz, comenzó a mostrar sus resultados; de esta forma, las acciones de vigilancia, control y de investigación en el tema de la hanseniasis, han comenzado a cobrar vigencia a partir de la incesante necesidad de conseguir el espacio que ubique el programa en todas las instancias de análisis local, con las mismas opciones que todos los demás.

Gráfico IV. 8.



Fuente: Programa Control Lepra La Paz

La disposición secular de la lepra en el departamento de La Paz (gráfico IV.8), en las cuatro décadas, 1970 a 2010, refleja el letargo de casi 20 años, lapso en el que se observa esporádica presencia, con un considerable espacio entre gestiones. Es el caso de la única notificación en 1973, que después de ella tuvieron que pasar diez años hasta que se produjera el próximo reporte. Es a partir de 1990 que los casos reportados comienzan a tener secuencia y consistencia en tiempo y cantidad. Desde 1996 hasta 2008, doce años, la tendencia muestra cierta regularidad que señala mayor capacidad y respuesta de los servicios para identificar y notificar este tipo de enfermos.

Figuras IV.3 y IV.4.



Lepra Multibacilar que compromete la cara, extremidades, tórax y abdomen. Caso detectado en una provincia de La Paz. (M.E.V)



Caso de lepra Multibacilar con lesiones en el rostro. Obsérvese el tamaño del pabellón auricular. Corresponde a una provincia de la Paz. (M.E.V.)

De acuerdo al sexo, se tiene una mayor incidencia en los varones, que es como generalmente ocurre. El promedio de las primeras tres décadas estudiadas muestra una relación de 60% masculino, frente a 40% del sexo femenino. La relación —denominada razón, en estadística— es de 1,7 casos de lepra en varones por cada caso femenino.

Este indicador adquiere otras características en función a la campaña del sintomático de piel realizada en 2009, de cuyo resultado se observa que la diferencia entre ambos es más bien una paridad.

Lo señalado, generalmente se explica, cuando se realizan operaciones de búsqueda activa en ausencia de algunos campesinos varones, por estar en sus faenas de campo lejos de sus casas.

Los datos expresan que el riesgo se encuentra en ambos sexos por igual; haciendo notar la existencia de lepra en dos personas menores de 15 años. Recordando que la OMS establece como “indicadores trazadores” de alto valor, la proporción de lepra notificada en este grupo de edad.

Las formas clínicas denotan los siguientes resultados:

Lepra Indeterminada	(LI)	17%
Lepra Tuberculoide	(LT)	39%
Lepra Dimorfa	(LD)	11%
Lepra Lepromatosa	(LL)	33%

Las proporciones obtenidas emergen del total acumulado de los años analizados.

Los datos porcentuales enseñan que las formas abiertas o multibacilares como son la LD y LL, ocupan el 44%. Alto porcentaje si se toma en cuenta que se trata de aquellas que transmiten la enfermedad por su alta carga bacteriana en los afectados que no están recibiendo tratamiento. No se puede calcular el tiempo que estuvieron sin la terapéutica de rigor, lo que permite deducir la intensidad que ha existido en términos de transmisión entre los contactos.

6.- TESTIMONIO CON GUITARRA EN SAN BUENAVENTURA

Pocos han sido, entre nuestros artistas, los que se brindaron incondicionalmente ayudar a los enfermos de lepra u otras dolencias, que laceran la estructura física y moral de los que tuvieron la desdicha de contraerlas; muchos de ellos con complicaciones y mutilaciones permanentes por la acción pernicioso. El padecimiento que llevan a costas, encuentra, así sea un leve sosiego, cuando personas como Luis Rico, connotado cantautor boliviano, con su arte musical y canto, con gran afecto de amigo solidario, comparte con ellos un momento de alegría. Es para este tipo de enfermos de larga data, un ramillete de cumplidos que no tiene precio. Estamos seguros que para muchos de los dolientes constituye uno de los pocos momentos en que pueden sentirse no rechazados, más bien, incluidos en su medio del que tienen derecho a ser parte y encontrar la comprensión, y no así la repulsa y el abandono.

Figura IV.5.

San Buenaventura. Un espacio en el trabajo para compartir con la música. Recordar que ante todo somos humanos y que existen formas sencillas de alegrarse compartiendo con los enfermos. Luis Rico, cantautor boliviano, ha estado, como en otros tiempos y en otros hospitales, compartiendo su alegre música. Foto: El artista (centro, con sombrero) junto al equipo de salud del hospital de San Buenaventura. A la derecha, de color café, el autor del libro.

Según conseguimos valorar, nuestro magnífico cantautor viaja por poblaciones alejadas de nuestro extenso territorio, con su inseparable guitarra y su voz templada, presto para regalar alegría y esperanza a cuanta persona enferma o pobre que a su paso pueda escuchar su alegre música. En mérito a este sincero comentario nos cabe corroborar lo señalado, porque participamos de uno de estos encuentros casuales en la provincia Iturralde de La Paz, en un municipio alejado, límite con Beni, nos referimos a San Buenaventura. Cuando en nuestro cometido de encontrar enfermos de lepra, al pasar por el hospital, escuchamos una voz conocida que cantaba al ritmo de su guitarra: (...) *agua que no has de beber / déjala correr / déjala para la sed / del que va a nacer (...)*. No fue difícil identificar que se trataba de Luis Rico, que esos instantes cantaba a los enfermos, y con ellos, junto, el personal de salud de San Buenaventura. Ingresamos en el establecimiento y nos incorporamos a este singular momento de alegría.

Aunque no podamos hacer mucho, como médicos o sanitarios, por estas dolencias ya instauradas que ante los ojos de la ciencia son imposibles de revertir, queda imperecedero en el corazón y la mente de cada ser humano el espíritu de bondad y amor; aunque en muchos se encuentra entumecido por el poco o ningún uso que se le da; solo consistirá, y de buena manera, regalar un poco de este don que Dios nos dio para convivir con los que sufren y necesitan afecto. Entonces recién podremos sentir *que hemos vivido de verdad*.

7. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

1. CALZAVARINI, L. "Nación Chiriguana" Pág. 20. Editorial Los Amigos del Libro. Imprenta "Real". Cochabamba, Bolivia, 1980.
2. CONCEISAO C. M, IÑIGUEZ L. "Evolución de la endemia de lepra en Brasil" Revista Brasileira de Epidemiología Pág. 344, 2005.
3. ARZE R, D. "Alcide Dessaline d'Orbigny en la visión de los bolivianos". Pág. 6. Selección, Prólogo y Notas, 2002.
4. COIMBRA J. B. "SIRINGA" Prensa digital, Ministerio de Culturas y Turismo. Pág. 43. La Paz, 2003.
5. TRIGOSO C. "Historia de la Microbiología en Bolivia III La Consolidación". Martes, 4 de marzo 2008. Página WEB:
http://microbiosdetrigoso.blogspot.com/2008/03/historia-de-la-microbiologa-en-bolivia_04.html
6. MENDIZÁBAL, G. Suplemento del Instituto Nacional de Bacteriología por el Dr. Félix Veintemillas, diciembre 1945. La Paz-Bolivia. Citado por el Dr. Gregorio Mendizábal en el libro Historia de la Salud Pública en Bolivia.
7. OPS/OMS. Washington, D.C. Septiembre-Octubre 1979 CD26/17 (Esp.) 30 de julio 1979 ORIGINAL: ESPAÑOL.
8. SEDES LA PAZ "Memorias del Perfil Epidemiológico - 2012" Unidad de Epidemiología, Dr. René Barrientos. Pág. 44. Edición primera. La Paz, Bolivia, agosto 2012.

V. LEPRA EN LAS ALTURAS

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. LEPRA EN LOS VALLES**
- 3. LEPRA Y PISOS ECOLÓGICOS EN CHUQUISACA**
- 4. SOBRE LOS 3000 METROS DE ALTURA**
- 5. LEPRA EN POTOSÍ**
- 6. LEPRA Y PISOS ECOLÓGICOS EN BOLIVIA**
 - 6.1. Temperatura**
 - 6.2. Humedad y pluviosidad**
- 7. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS**

1. INTRODUCCIÓN

Abordar el tema de la lepra en el contexto mundial en cuanto a su distribución espacial, generalmente nos ubica en ámbitos territoriales de clima tropical; en Bolivia la distribución de esta enfermedad ocupa los tres pisos ecológicos, aquellos que corresponden a los llanos de Santa Cruz, la Amazonía de Pando, Beni y la provincia Iturrealde de La Paz, la región del Chaco de Tarija, Chuquisaca y Santa Cruz, incluyendo los valles bajo y alto de Cochabamba, Chuquisaca y Tarija. La región Andina por encima de los 3.000 m.s.n.m, también ha presentado casos autóctonos en la provincia Yamparáez y Oropeza de Chuquisaca, y en 2011 tres casos en la provincia Cornelio Saavedra de Potosí, propiamente en el municipio de Tacobamba, en el altiplano de este departamento a 3.800 m.s.n.m. La mayor parte de los casos reportados provienen de climas tórridos secos y húmedos.

Por el análisis que precede, se observa que la ubicación territorial de la lepra en Bolivia no corresponde a los criterios que rige su presencia en otros países, considerando que la mayor distribución mundial se encuentra en la India, Brasil, países del África y otros de Asia. En el contexto americano, al margen de lo que significa Brasil que es el segundo en el mundo en reportar anualmente casos nuevos de lepra, la carga de la enfermedad se encuentra en las regiones tropicales de Venezuela, Colombia, Ecuador, lo mismo, pero en menor proporción en México y países de Centroamérica y El Caribe. Con ese panorama, reiteramos, que la presencia de la lepra en Bolivia es parcialmente consonante con los escenarios espaciales citados.

Sobre el mismo tema, y corroborando lo que ocurre en Bolivia, en el contexto internacional las referencias históricas nos muestran que, mientras se priorizan y concentran las acciones de control en territorios de mayor endemia, se descuidan aquellos que se encuentran en mayor altitud, lo que ha ocurrido en otros países en épocas de poca intervención: Colombia, Sudán, Etiopía, México, el resultado refleja que la tendencia de casos nuevos tiende a concentrarse en zonas de mayor altitud. Un estudio ecológico en Colombia para los datos de prevalencia en 1928, mostró una asociación positiva con la altitud (1).

Las referencias bibliográficas sobre lo dicho, revelan la existencia de criterios discordantes que no tomaban en cuenta la presencia de la enfermedad en lugares que no correspondían a los valles y el trópico; lo que demuestra el desconocimiento, o la falta de información correcta en las instituciones internacionales. En este análisis, el Boletín Epidemiológico de la OPS, en 1983 (2), indicaba: “En cuanto al Área Andina, en Bolivia al parecer no se propaga en el Altiplano (Departamentos de Oruro, Potosí y parte de La Paz), aunque en estas zonas son precarios el saneamiento ambiental y la higiene corporal, y es alta la densidad de la población. Sin embargo, el clima es frío y seco. La situación es diferente en el nordeste, que abarca los valles, la cuenca del Amazonas y los llanos orientales y donde el clima es cálido y húmedo (...)”. Lo que no tomaba en cuenta este informe internacional, fue la ya existente notificación de varios casos en el país, en territorios de clima frío y de mayor altitud a los que hace referencia.

Sintetizando la realidad sobre este tema, nos expresa probadamente que la presencia de la lepra en Bolivia corresponde a todos los climas y pisos ecológicos. Haciendo notar, y es innegable, que a través de los años cuando se han tenido reportes de casos nuevos de la enfermedad, la mayor parte ha correspondido a los pisos territoriales bajos, de clima cálido y húmedo; también es cierto que han sido de importancia numérica los casos presentados en los valles bajo y alto; sin olvidar que también estuvieron aquellos que se detectaron (casos autóctonos) en territorios de clima frígido, por encima de los 3.000 metros sobre el nivel del mar.

2. LEPRA EN LOS VALLES

La lepra en los valles, cabecera, valles bajo y alto, corresponde a Cochabamba, Chuquisaca y Tarija. En Cochabamba se ha tenido (sobre datos obtenidos desde 1960) en Morochata, San Benito, Tiraque, Anzaldo, Chapare, Vila Vila, Bolívar, Cercado, Oroncollo, Colcapirhua. En Chuquisaca (datos desde 1950) en los municipios de Tomina, Villa Serrano, Oropeza, Azurduy, Padilla, Sud y Nor Cinti. En Tarija, según datos, aun desde 1978, en Cercado (ciudad), San Lorenzo, Padcaya. La mayoría constituían casos autóctonos, que por vínculo epidemiológico fueron focos de contagio. Todas estas poblaciones de los valles, en algún momento han presentado nuevos infectados entre sus contactos.

3. LEPRA Y PISOS ECOLÓGICOS EN CHUQUISACA

Gráfico V.1.

Lepra y pisos ecológico en Chuquisaca				
N. del mar	Monteagudo Muyupampa Macharetí Huacareta R. del Ingre S. Juan Piraí C. Fernández	Villa Serrano	Presto	Yamparavez
		Azurduy	Rio Chico	Tarabuco
		Tarvita	Sucre	Chalcha
		Yotala	Poroma	Mariquilla
		Padilla	Culpina	Tola Pampa
		Tomina	San Lucas	Wañoma
		Sopachuy		3.100 a 3.300
		Zudañez	2.650 a 2.900	
		2.100 a.2.500		
	650 a 2.000			
% del total	55%	32%	10%	3%

Fuente: Elaboración propia sobre datos estudiados

El Departamento de Chuquisaca se ha caracterizado por presentar la enfermedad en todos los pisos ecológicos de su geografía (gráfico V.1). En principio, los enfermos estuvieron en la misma ciudad Capital, fueron atendidos y registrados en el Hospital Santa Bárbara en el año 1871, luego en forma esporádica hasta principios del siglo XX. Posteriormente la enfermedad no tuvo características de constituirse en una endemia de mayor riesgo, sino hasta la década de los años sesenta del siglo XX. Fue cuando causó alarma la presencia de muchos casos sobre todo en la provincia Hernando Siles. En los siguientes años, se tuvo conocimiento de su presencia en otras provincias, como son Tomina, Belisario Boeto, Luis Calvo, Azurduy, Yamparáez y Oropeza. Los últimos años también en Sud y Nor Cinti. Cada provincia tenía sus comunidades identificadas donde se encontraron focos leprógenos, en diferentes niveles de altura y clima. Con éstas características la lepra ha estado presente en Chuquisaca, en territorios de 650 metros de altura, donde se encuentran las

comunidades del Cantón Macharetí, hasta aquellas por encima de 3.300, que corresponden a las comunidades de los cantones de Tarabuco y Yamparáez. En estas alturas también se encuentran las poblaciones correspondientes al municipio de Poroma: Chalcha, Huañoma Alta, Thola Pampa y Mariquilla.

4. SOBRE 3.000 METROS DE ALTURA

La presencia de lepra por encima de los 3.000 metros, corresponde a una frecuencia y distribución importante en su momento, en la década de los años setenta y ochenta del pasado siglo, sobre todo en el departamento de Chuquisaca, en el Municipio de Poroma (Segunda Sección de la Provincia Oropeza), en las comunidades de Chalcha, Mariquilla y Thola Pampa. Comunidades a las que se llegó por primera vez con un equipo de profesionales leprólogos del Hospital Dermatológico Monteagudo el año 1975, debido a un brote de lepra suscitado en este territorio. (3).

Gráfico V.2.

Poblaciones de Chuquisaca con casos de lepra, a más de 3.000 metros sobre el nivel del mar		
Territorio	Casos	Observaciones
Provincia Oropeza, 2da Sección Poroma, comunidades: Huañoma Alta, Chalcha, Mariquilla, Thola Pampa	35 casos, entre 1975 y 1978 multibacilares (MB) y paucibacilares (PB) Todos los casos encontrados por el equipo del HDM.	Se encontró cantidad similar de casos en sus diferentes formas, en territorios de menos altura, de la misma provincia. Todos completaron su tratamiento.
Provincia Yamparáez, 2da Sección Yamparáez, comunidades: Cercopampa, Guadalupe, Kukulungo.	3 casos autóctonos entre 1978 y 1985; 2 casos autóctono en 2006. Detectados por el equipo médico del HDM.	Los últimos 2 casos de 2006, fueron contacto de los casos anteriores. Todos fueron tratados hasta completar la terapia por el HDM.

Fuente: Elaboración propia.

En estas comunidades, de Chalcha y Mariquilla,, entre 1975 y 1978, se detectaron más de 30 enfermos de lepra; y en Thola Pampa 3 casos. Estas dos comunidades son colindantes con otras donde también se encontró, pero que topográficamente corresponden a los valles: Viru Viru, Duraznillos, Huañoma Baja, Poroma. En Yamparáez (Segunda Sección de la Provincia Yamparaez) a 3.100 metros, se identificaron en las comunidades de Cercopampa, Kukulungo, Guadalupe (gráfico V.2).

De acuerdo con el seguimiento que se ha realizado por el equipo del Hospital Dermatológico Monteagudo, en 25 enfermos y sus contactos (diagnosticados en poblaciones por encima de los 3.000 metros) a lo largo de varios años, cuyos resultados muestran tratarse de casos autóctonos, han sido infectados en el lugar, contactos directos e indirectos que no estuvieron en ningún otro lugar endémico, y que han desarrollado la enfermedad después de un tiempo, entre 4 y 6 años, en el mismo lugar donde se produjo el contagio.

5. LEPRA EN POTOSÍ

Entre 2011 y 2012, en el departamento de Potosí se identificaron dos casos de lepra multibacilar (MB), ambos con diagnóstico tardío y algunas discapacidades (Grado 2). El espacio de los acontecimientos muestra al municipio de Tacobamba a 4.000 metros, como lugar de ambos eventos, pero en diferentes comunidades: Perejira y Tirina. Al realizar acciones de diagnóstico por el equipo del Hospital Dermatológico Monteagudo, se encontró un nuevo afectado en su forma inicial, paucibacilar (PB). Paralelamente se encontraron otros casos sospechosos (sintomáticos de piel).

Una importante referencia nos brinda los registros del Hospital Santa Bárbara de Sucre, que indica la existencia de dos enfermos procedentes de Potosí; los que son coincidentes con los datos del primer censo realizado en 1943; que señala dos casos procedentes de Potosí, que de acuerdo a indagaciones fueron los contagiados en los valles vecinos de Chuquisaca, y que estuvieron internados y en tratamiento en el Hospital Santa Bárbara de Sucre, de donde se fugaron y retornaron a su lugar de origen.

Gráfico V.3.

Resumen histórico casos de lepra procedentes de Potosí		
Temporalidad	Lugar	Resultado final
1890 (Registros Hospital Santa Bárbara)	2 enfermos procedentes de Potosí. Hospital Santa Bárbara, Sucre.	No se conoce mayores detalles porque fugaron del hospital; según se conoce se fueron a su lugar de origen en Potosí.
1943 (Durante el primer censo de lepra)	2 enfermos de Potosí. Hospital Santa Bárbara de Sucre.	Del mismo modo que el precedente, fugaron hacia su lugar de origen en Potosí.
1978 (Encontrados por el equipo de salud del Hospital Dermatológico Monteagudo)	4 casos; 2 MB y 2 PB. Ubicados en Carasi, 2da. Sección Toro Toro de la Provincia Charcas	Se inició el tratamiento, dejando el seguimiento a cargo del servicio de salud del lugar.
2011 y 2012 (Encontrados por el equipo de salud del Hospital Dermatológico Monteagudo)	3 casos; 1 MB, 1 PB y 1 neurítica pura. Ubicados en comunidades de la 3ra. Sección Tacobamba, Provincia Cornelio Saavedra.	Tratados y controlados hasta completar tratamiento. Se realizó estudio de foco, y periódicamente examen a los contactos y población en general por el equipo del Hospital Dermatológico Monteagudo

Fuente: Elaboración propia en base a investigación realizada.

Contar con zonas de poca intervención en el control de la lepra, mucho más por considerarla como propia de los climas cálidos, es el caso de los ámbitos de altitud y de clima frígido, según se ha visto, constituyen un adecuado lecho para la infección, incubación y presentación de la patología; de ese modo ocurrió en los dos casos MB que se presentaron en Potosí en 2011 y 2012. No tiene que sorprendernos que estos enfermos identificados en esta región, son solo una muestra de la

existencia de otros infectados en evolución, esperando el momento en que pondrán en evidencia sus típicas apariencias clínicas.

Figura V.1.



Figura V.2.



Lepra Neural pura, paciente de la India (Izq.), La misma patología en otra paciente en África (Der.).

Figura V.3.



Figura V.4.



Lepra Neural pura, en una paciente en una comunidad del Altiplano que pertenece a Potosí, Bolivia.

Las fotografías muestran el grado de avance que ha tenido la enfermedad antes de su diagnóstico. La forma neural pura es una variedad de las multibacilares, en el caso precedente (figuras V.3 y V.4). El diagnóstico y tratamiento de la lepra deben ser oportunos, lo contrario significa estar frente a efectos, en muchos casos, irreversibles, discapacidades que limitarán a cumplir con sus actividades laborales, constituirán irremediablemente efectos sociales y psicológicos adversos para el enfermo y su familia.

Figura V.5.



Figura V.6.



Lepra Multibacilar en África (Izq.) La misma patología en otro paciente en Brasil (Der.).

Figura V.7.



Figura V.8.



Lepra Multibacilar en un paciente de una comunidad de Potosí, a más de 3800 m.s.n.m.

En el caso de las figuras V.7 y V.8, la presentación es Lepromatosa, también conocida como forma avanzada, contagiosa, abierta o multibacilar. Es un grado de lepra con lesiones que tienden a

generalizarse. Las figuras demuestran la existencia de la enfermedad en nuestro medio y en ámbitos de mayor altura, cuyas características clínicas y de laboratorio no difieren del resto.

6. LEPRO Y PISOS ECOLÓGICOS EN BOLIVIA

La descripción enseña que la presencia de la lepra en Bolivia no se polariza en determinadas regiones (gráfico V.4), menos aún, debe ser considerada estrictamente en el escenario de las enfermedades tropicales

Gráfico V.4.

Lepra y pisos ecológicos en Bolivia				
N. del mar	Santa Cruz Beni Pando	Zonas tropicales de Tarija, La Paz, Cochabamba y Chuquisaca	Tarija Chuquisaca Cochabamba	Oruro La Paz Potosí Chuquisaca
			1.600 a 2.900	3.000 a 4.000
		600 a 1.500		
	200 a 500			
% del total	65%	20%	13%	2%

Fuente: Elaboración propia sobre datos estudiados

6.1. Temperatura

Aunque el predominio de la incidencia de la enfermedad esté en lugares de temperatura tropical y subtropical, también es cierto que entre las características propias y el comportamiento de la *Mycobacteria* causante, guarda relación con la localización de las lesiones iniciales, las que se

ubican en los lugares más fríos del cuerpo, vale decir en la cara, las extremidades; sobre todo el lóbulo de la oreja, que es el lugar del cuerpo de mayor predilección y concentración para la *Mycobacteria*, es de donde se toman frecuentemente las muestras (linfa) para el examen bacteriológico. Por investigaciones realizadas se sostiene que la presencia de estos bacilos en el lóbulo de la oreja, lo mismo en los codos, se debe a que constituyen los lugares más ventilados y fríos del cuerpo.

Es razonable conjugar las condiciones de altura con la temperatura del medio ambiente, para establecer algunos criterios sobre la naturaleza y comportamiento de las enfermedades. Este juicio permite deducir que la presencia de la lepra en climas fríos no es imposible, ha ocurrido en poblaciones anteriormente citadas.

Sin embargo, algunos médicos formados en epidemiología no consideraban a estos casos como autóctonos; arguyen que los casos autóctonos son los que se originan en los climas cálidos. Ante esta controversia, se demostró que los casos de lepra que se desarrollan en climas fríos y alturas por encima de 3.000 metros, generan en sus contactos, casos nuevos de lepra originados en ese lugar y por contagio de enfermos del mismo lugar; por lo tanto, son autóctonos de ese lugar.

Respecto al anterior comentario, el Dr. Roberto Escalada (Dermatólogo y Leprólogo Argentino), en el libro *“Epidemiología de la Tuberculosis y Lepra”*, cuando se refiere a los casos autóctonos indica, “son aquellos enfermos con residencia de más de 5 a 10 años en la región, retrospectivos a la aparición de los primeros signos y síntomas de la afección” (4).

En Chuquisaca, los casos autóctonos presentados en escenarios por encima de los 3.000 metros, han tenido residencia retrospectiva en condición de contactos por mucho más tiempo, destacando que varios de ellos, hasta después de ser declarada su enfermedad, no salieron a otros departamentos ni regiones cálidas; ocasionalmente se trasladaron a la ciudad de Potosí. De lo que no se descarta hayan sido estas visitas el inicial contagio que tuvieron con personas de su comunidad (por las indagaciones se presume sean los portadores contagiante); otros visitantes que hace mucho tiempo radicaban en diferentes lugares del país, chaco, valles, oriente boliviano, algunos que llegaban de la Argentina

(existen importantes antecedentes de migraciones transitorias y definitivas sobre todo a Santa Cruz y Argentina de pobladores de esta provincia); después de mucho tiempo regresaban de visita a su comunidad, algunos portadores o enfermos de lepra; lo que induce a inferir que haya sido otra vía de contagio.

6.2. Humedad y pluviosidad

Otro factor ambiental que se complementa a los anteriores es la humedad, la que está relacionada con el grado de las precipitaciones pluviales, la presión atmosférica y la temperatura. Se ha podido establecer que la humedad tiene correlación positiva con los factores de riesgo de la enfermedad. En un estudio realizado en Noruega, se ha comprobado que en los musgos (*Sphagnum sp.*) se han identificado micobacterias que poseen el antígeno PGL-I, específico de *Mycobacterium leprae* (5).

Estos musgos tienen preferencia por los climas húmedos. El comentario justifica la mayor incidencia de lepra en Bolivia en los departamentos de climas húmedos: Beni, Santa Cruz y Pando. Haciendo notar que en nuestro medio no se realizó ningún estudio sobre este tema. Cualquier observación es sobre la base de la elemental analogía.

7. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

1. RODRÍGUEZ G. OROZCO L.C. "Lepra". Pág. 188. Instituto Nacional de Salud, Santafé de Bogotá, Colombia. 1996.
2. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO, Pág. 3. OPS. Vol. 4, Nº 6, 1983.
3. BAPTISTA, A. "Hospital Dermatológico Monteagudo", Editorial Tupac Katari, Pág. 165, Sucre, Bolivia, año 2013.
4. ESCALADA, J; BONANO, V.
5. RODRÍGUEZ G. OROZCO L.C. Lepra, Pág.189; Instituto Nacional de Salud, Santafé de Bogotá, Colombia, 1996.

CAPÍTULO VII

RESUMEN DE LA LEPRO EN BOLIVIA

1. INTRODUCCIÓN
2. EL INSUMO DE LA INFORMACIÓN HISTÓRICA
3. SURGEN LAS DISCREPANCIAS
4. EVOLUCIÓN DE LA LEPRO
 - 4.1.- inusitada notificación de casos
5. LEPRO, CONTACTOS Y CONTAGIO
 - 5.1. Contactos
 - 5.2. Contactos que enferman
 - 5.3. Lepra, de las infecciosas la menos contagiosa
6. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

“La historia bien contada es aquella que no excluye fracasos ni derrotas, que junto a los triunfos y aciertos son parte natural del equilibrio de la vida; solo entonces podremos conocer una historia verdadera”.

Abundio Baptista

1. INTRODUCCIÓN

El campo de la salud pública en los países en desarrollo a lo largo de su historia, ha estado sumido en una maraña de complejidades y consecuencias que surgieron como resultado de sus procesos de transición, por las continuas contingencias y riesgos para la salud, y sus variados intentos y posibilidades de solución en cada tiempo y lugar. No ha sido diferente lo ocurrido en Bolivia, que le correspondió seguir un proceso más discontinuo que lineal, por las limitaciones científicas y los escasos medios para enfrentar la agresión de las enfermedades, que suscitaban intentos desesperados para encontrar soluciones, que a su vez, engendraban comprensiones y teorías divergentes entre los investigadores. Los resultados, muchos de ellos infructuosos que solo reflejaban el efecto de las leves inversiones, son una demostración concluyente de cuanto ha significado este proceso evolutivo en su largo y parsimonioso transitar, hasta llegar a la actual etapa científica.

Las asimetrías, mayormente identificadas como “diferenciaciones” en el terreno operativo de la salud entre los sectores sociales, tienen su origen en la dinámica de coexistencia, que la falta de relaciones y reciprocidades interétnicas y/o clases sociales en base a problemas y riesgos de salud comunes, emergentes o endémicos, que a través del tiempo han originado grupos susceptibles de mayor avidez para asimilar los procesos mórbidos. Esta nueva complejidad de la salud pública frente a los cambios en los procesos de implementación de estrategias preventivas y curativas para su resguardo, muestra un escenario de respuestas heterogéneas en el ámbito social, por las condiciones de vida diferentes entre los estratos y sistemas de vida que los separan, donde, además, intervienen una plétora de factores que no es objetivo de este documento analizarlos; sin embargo, por simplicidad solo cabe referirnos a lo más importante.

Compartimos que el éxito de las intervenciones de salud en gran parte está basado en los avances tecnológicos y científicos. Así también, damos por asumido que las prestaciones de servicios deben siempre estar imbricadas al conocimiento y a las habilidades de diferente complejidad que requiere la práctica médica, comprendiendo así, que esta sea la opción más valedera de contar con mayor capacidad resolutive en las

acciones sanitarias. Sin embargo, surge un nuevo conflicto, con mayor incidencia antes que en los últimos años, nos referimos al componente de presupuesto; el mismo ha sido uno de los más álgidos.

En Bolivia, al igual que en los demás países de Sudamérica y el Caribe, los sistemas sanitarios por lo menos hasta la primera mitad del siglo XX, han esgrimido y enarbolado como principal propósito de sus intervenciones en salud, específicamente la *enfermedad*, sin tomar en cuenta un mayor espectro de acción que toma en forma más amplia la práctica de la medicina, nos referimos a la *salud integral*. Aspecto que adquirió notoriedad cualitativa y cuantitativa recién en la Conferencia de los países del mundo realizado en Alma-Ata a partir de 1979. Hasta entonces las divagaciones en busca de estrategias objetivas para controlar las enfermedades desde una mirada integral, con acciones básicas de Atención Primaria de Salud (APS), no han sido productivas, y menos aún, rentables en términos de eficacia y eficiencia.

Las actividades de control en Bolivia, antes y ahora, son peculiares y disonantes con los sistemas de salud, a causa de los factores concluyentes con que viene precedida: sociales, culturales y dispersión espacial de los afectados que dificultan el acceso; sin olvidar aquellas que el mismo sector sanitario oferta negativamente para enfrentar este daño, entre estos, los escasos recursos humanos, temor y miedo en algunos, en otros, el poco conocimiento en normas básicas y protocolos de manejo de estos enfermos. Con estas características y aferrados a la experiencia de tantos años de trabajo técnico operativo, muy a pesar de las planificaciones horizontales que emerjan, las medidas verticales son las que mejor resultado muestran; sin esquivar que en su momento entre ambas han existido espacios de consonancia muy importantes. Este último resultado es el que se pretende lograr para resumir el tema de controlar la enfermedad, como se ejecuta para cualquier otra, y que sea parte ineludible de la cotidianidad de las operaciones de la red de servicios de salud en el país.

Cuán lejos estuvimos de esta realidad en aquellos años de mayor sobresalto, cuando la lepra era considerada como de *importante endemia* en varias regiones del territorio nacional. Siempre hemos considerado que Bolivia ha sido afligida, en el tema de salud, por muchas afrentas nosológicas de diferente tipo, intensidad, origen y curso epidemiológico.

Con este panorama nacional, el año 1942, el Dr. Abelardo Ibáñez Benavente, Ministro del Trabajo, Salubridad y Previsión Social, indicaba en la revista de la *Oficina Sanitaria Panamericana*, sobre algunos aspectos de la salud en Bolivia: “Contemplados así los graves factores negativos que atentan contra la salud normal de la población, propónese una política general que, cumplida paulatinamente, quizás en el transcurso de muchos años permita mejorar el estado higiénico-sanitario de la población, que ahora es francamente malo. En resumen, propónese una política mixta de medicina curativa y preventiva, que alcance a las más apartadas regiones del territorio” (1).

En otro párrafo de la misma publicación, el Dr. Ibáñez expresaba otra inquietud: “En Bolivia casi la totalidad del personal sanitario es improvisado. Urge, pues, la creación de un *Instituto de Higiene*, en combinación con las facultades de medicina, para la preparación del personal de higienistas, ingenieros sanitarios, laboratoristas, radiólogos y otros elementos especializados (...)” (2).

Las expresiones de la nombrada autoridad son una muestra de las condiciones en que se debatía el sistema de salud en nuestro medio; deteriorado, y muy poco podía ofertar, sobre todo a los departamentos que se encontraban fuera del eje central, en este caso, los ubicados al sur y norte del país: Tarija y Chuquisaca, que en esos años, ambos departamentos conjuntamente Beni y Santa Cruz, presentaban los indicadores más altos de lepra.

En concreto, hablar de la lepra en Bolivia es referirnos a una patología que ha tenido gran impacto social cuando su presencia alcanzó contornos de alto riesgo, específicamente en el periodo aproximado entre 1936 y 1980. Que requirió de bastante esfuerzo de los pocos profesionales comprometidos con esta difícil e incomprensible labor; que, como expresamos recurrentemente, no ha sido suficiente ni oportuno el aporte de presupuesto y apoyo logístico.

En la actual coyuntura, que no constituye ninguna sorpresa por los antecedentes ya indicados, la lepra está comprendida en el grupo de las *Enfermedades Olvidadas y Desatendidas*, nominación a la que también recurrimos, como apelando a un nuevo espacio de vigencia en el sano

propósito de encontrar entre las autoridades un nivel de atención más persuasivo.

2. EL INSUMO DE LA INFORMACIÓN HISTÓRICA

Después de haber delimitado una descripción elemental sobre la lepra en cada parte territorial-departamental del país, además de incidir en eventos locales, sociales y de otra índole que fueron de trascendencia en esta historia, cabe hacer una distinción de las partes analizadas, mismas que al ser condensadas nos brinden una imagen global de su significación en el contexto nacional. Empero, es necesario hacer notar algunos aspectos que pueden deslucir esta intención, nos referimos a la inconsistencia de informes subnacionales (que provienen de los departamentos), refiriéndonos a un mismo tiempo y lugar, varios de estos poco coincidentes frente a los que en su momento fueron asumidos como oficiales en el nivel nacional. En otros casos es frecuente ver informes paralelos del mismo año pero con diferentes valores numéricos e indicadores. En este entendido, cada variación a la que hacemos referencia tendrá su debida explicación.

En el mismo análisis, los datos estadísticos de los reportes obtenidos y la construcción de los distintos indicadores, tuvieron variaciones e inconsistencias. Han existido informes sobre los casos atendidos en diferentes escenarios territoriales, donde están los eventos de la enfermedad reportados en los períodos iniciales de la instauración de la República hasta fines de ese siglo; otros, desde inicio del siglo XX hasta la década de los años cuarenta. Muchos de estos reportes no especifican ni discriminan categorías ni variables estadísticas, solo brindan un dato numérico global, los que comparados con otros, también globales, son poco coincidentes, no obstante haber sido originados en el mismo ámbito territorial y en el mismo tiempo.

Otro factor que ha ocasionado un verdadero sesgo en la notificación de casos nuevos de lepra, inclusive en la actualidad, guarda relación con los criterios de autoexclusión personal y familiar de algunos afectados, más aún, cuando éstos presentan alteraciones morfológicas y funcionales que se traducen en mutilaciones o discapacidades. Esta adversidad tiene mayor efecto cuando en el entorno cunden rumores desafortunados basados en factores ajenos a la enfermedad, que más bien la vinculan con

elementos telúricos, míticos, religiosos, o de castigo divino. Ante esta arremetida social, muchos pacientes con lepra recurren a su autoprotección, asumiendo actitudes de vivir escondidos; es más, algunas familias fomentan deliberadamente esta condición de vida de uno o más miembros con el fin de no ser también estigmatizados. Obviamente estos casos que aún no fueron identificados, no formaban parte de las estadísticas.

A pesar de las imprecisiones, todos estos informes siempre serán tomados en cuenta porque son útiles y sirven, aunque solo para mencionarlos, como parte del proceso histórico que ha tenido la lucha contra este mal, en un escenario donde se han tenido muchas contingencias políticas y sociales, con muchas deficiencias en su organización sanitaria, con numerosos conflictos y conflagraciones bélicas en su periodo republicano, factores que han influido para solo tener intervenciones esporádicas para controlar la enfermedad; y, algunas veces, solo se miraba con relativa importancia y pasividad el problema. Cuando representaba alto riesgo epidemiológico fue cuando se aplicaron escasas medidas emergentes, dejando el resto de la obra a otras instancias de solidaridad locales o nacionales, y otras de carácter religioso, que en gran parte de esta historia han sido los actores principales de los desenlaces más conmovedores.

Incumbe enfatizar que para escribir este documento, se tomó conocimiento en lo posible de registros de fuente primaria considerados como oficiales, a partir de la revisión exhaustiva de documentos en las bibliotecas y archivos históricos dependientes del Estado; otros académicos, de las sociedades médicas científicas; también se recurrió a las instancias sanitarias de la red de servicios estatales, privados y organizaciones no gubernamentales, todos, alguna vez, involucrados en el control de la enfermedad.

3. SURGEN LAS DISCREPANCIAS

El largo camino que se ha transitado para encontrar una adecuada vigilancia de la lepra, ha tenido que superar muchos inconvenientes, varios de ellos originados por la falta de una estructura central-nacional, técnica y normativa, que aglutine las acciones dispersas que se

desarrollaban en las diferentes regiones; que, como era habitual en esos años, cada una tenía sus propias prioridades y diferente forma de afrontar los riesgos de las amenazas mórbidas.

El Programa Nacional desde su origen —1942 como “Servicio Antileproso Nacional”—, ha divagado en sus propios errores y fallidos intentos de organizarse, como consecuencia de la intemperancia de sus responsables. Como resultado, aún en la actualidad, todavía son estrategias insustituibles las intervenciones verticales, tal como empezaron en los años de alta endemia, cuando solo cabía la búsqueda activa con equipos de profesionales y técnicos exclusivos para este trabajo; contando con el apoyo de algunas instituciones externas, la Iglesia y algunas organizaciones de voluntarios locales. Aunque sea incómodo decirlo, en algunas regiones del país no se han tenido mayores modificaciones.

Los eventos nacionales organizados, que contaron con la participación de representantes o responsables de programa de los diferentes departamentos del país, han servido para conocer los avances y debilidades en el tortuoso camino por controlar este mal. Cada regional esgrimía la forma de trabajo que realizaba, que según se advertía era diferente a lo presentado por los demás; y, hasta discordante con lo que se tenía establecido como norma nacional vigente. Se ha podido tomar conocimiento, inclusive presencial, de los resultados de los eventos nacionales, evaluaciones, capacitaciones, supervisiones, encuestas, talleres, entre otras; mucho más frecuente a partir de la década de los años setenta en adelante. Algunas contaron con la participación de expertos y otros connotados del exterior en el tema. Muy a pesar de esto, como veremos después, las coincidencias en el trabajo operativo, el flujo de la información y el empoderamiento de las normas como base técnica y normativa, tuvieron limitado progreso.

Como muestra de las señaladas inconsistencias y desfases, podemos citar lo ocurrido con motivo de la “Reunión Nacional del Programa de Control de la Lepra”, realizada en fecha 26 al 28 de marzo de **2001** en la ciudad de Santa Cruz. Contó con la presencia del connotado consultor médico de la OPS/OMS Dr. Clovis Lombardi; la participación de representantes de los programas regionales de Santa Cruz, Beni, Pando, Chuquisaca, Cochabamba, Tarija —los que mayormente y en forma anual notificaban

casos nuevos de lepra—. También estuvieron los representantes de las instituciones no gubernamentales de cooperación en el control de la enfermedad: DAHW de Alemania, NLR de Holanda, y otras autoridades de salud locales.

Entre las discusiones brindamos las recogidas como importantes. Decían en sus partes más sobresalientes:

- El programa está olvidado tanto en el nivel central por las autoridades gubernamentales y ministeriales de salud; posición que es similar en los niveles regionales.
- En las presentaciones realizadas por cada regional, las debilidades y amenazas superaban a las demás variables de análisis.
- No se dejaron esperar algunos términos irónicos cuando se refirieron a que el programa era el *entendido* del Ministerio de Salud, por el olvido y apatía.

En este informe están agregados otros puntos que por su importancia histórica es necesario conocerlos:

- La presentación de los datos de cada departamento, de inicio no tenían concordancia entre los datos que se manejaban en el nivel nacional. Tomando un ejemplo de esta inconsistencia de información, razonamos el caso de Santa Cruz; el jefe nacional mostró en su presentación que este departamento tenía 60 casos de lepra en menores de quince años, aspecto que fue contradicho por los representantes cruceños, expresando enorme asombro por tan exagerada notificación, es más, señalaban que estaba fuera de la realidad y que nunca habían ellos brindado esos datos.
- Algo similar ocurrió, y no con pocas sorpresas, con las demás regionales cuyos datos no coincidían con los del nivel nacional.
- Cuando se dio a conocer el indicador de prevalencia del país, existió otra observación; había sido construido y tomando como denominador solamente la población de los municipios o provincias donde se presentaron los casos. De ninguna manera expresaba una prevalencia nacional que incorporara al total de la población

boliviana. En esos términos se presentó una prevalencia de 3 por 10.000 habitantes; la misma que realizada las correcciones solamente alcanzaba a 0,33 por 10.000 habitantes.

Año 2003, en un evento similar de Evaluación Nacional del Programa de Control de la Lepra, realizado del 27 al 29 de noviembre en Trinidad, Beni. Las siguientes dos conclusiones de la reunión resumen el panorama del entonces trabajo de control de la enfermedad en Bolivia:

- Los datos presentados por el representante del Ministerio de Salud, referidos a los casos de lepra en los departamentos del país, no eran los adecuados, porque adolecían de criterios de veracidad en términos cuantitativos. Esta diferencia numérica mostraba que no existía una relación apropiada entre el nivel central y el nivel operativo, recordando que este último es el lugar donde se ejecutan las acciones y se genera la información.
- No se estaba realizando una detección real de todos los casos existentes en Bolivia, debido a la falta de voluntad política, que no permitía se plasmen acciones integrales y, menos aún, se consiga el compromiso del sector operativo (red de servicios de salud) para efectuar una búsqueda regular de casos nuevos en las zonas endémicas.

Sin embargo, al margen de esta serie de adversidades, el transcurso de las acciones locales en cada departamento del país continuó, llegando a establecer, en la medida de sus posibilidades, diferentes grados de desarrollo.

Estos eventos nacionales, al furor de las discrepancias, han servido para verificar y consensuar hasta lograr los datos reales, que son parte de los avatares que allanan el camino por el que transita el control de la enfermedad; no sin dejar de mencionar, que se tuvo otro sobresalto de información en 2007 en los departamentos de Beni y Pando; por la importancia está ampliamente comentado en la sección correspondiente.

4. EVOLUCIÓN DE LA LEPRO

Muy poco podemos compartir respecto a los datos numéricos de la ocurrencia de la enfermedad, las gestiones que anteceden a la instauración del “Servicio Antileproso Nacional” en 1942.

Con estos entornos, el análisis que sigue tiene que ser comprendido bajo algunos parámetros metodológicos que las circunstancias y la disponibilidad de los insumos lo permiten.

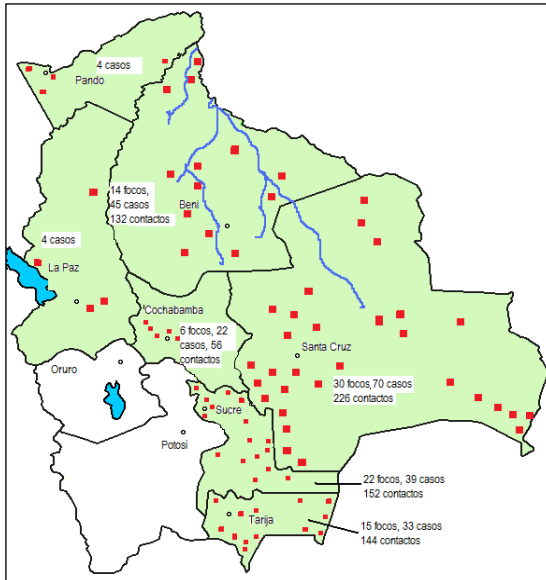
1. El indicador de prevalencia tiene diferentes amplificadores: 1.000, 10.000, hasta 100.000, tanto en reportes nacionales e internacionales; para este documento se ha tenido el cuidado de uniformar todos al amplificador actual, de este modo tener consistencia, medir y comparar procesos y tendencias a través de los años.
2. No es de extrañar si vemos informes anuales que no responden a una secuencia cronológica. Sencillamente los faltantes no existen, o no logramos acceder a los mismos pese a los esfuerzos.
3. No todos los datos nacionales ni publicaciones internacionales y de la misma fuente, en cada año, contemplan las mismas variables ni el mismo amplificador, básicos para un análisis.
4. Algunos informes publicados, nacionales e internacionales, han tomado como denominador solamente la población de los territorios en riesgo. Para tener un indicador comparativo con los demás países se ha realizado nuevamente la construcción con la población total.
5. El proceso de la historia de la lepra y las estrategias que han surgido desde los niveles técnicos y normativos supranacionales, han motivado un viraje en la priorización de las tasas de prevalencia y detección.
6. La clasificación de la lepra, la terminología clínica y operativa, y otros aspectos técnicos, en las diferentes temporalidades tienen propia caracterización. Para la comprensión se explica y compara en cada caso necesario para estandarizar con las actuales vigentes en normas internacionales.

Para dar inicio a este argumento nos trasladamos a los primeros datos obtenidos, considerados como oficiales procedentes de la Jefatura

Nacional, corresponden al censo realizado entre **1942** y años siguientes —se estima que este trabajo duró varios años, debido a las variadas interrupciones por falta de seguimiento, presupuesto y otros medios logísticos, ha podido extenderse inclusive hasta 1961—. Reiteramos que los datos corresponden al Informe de la comisión que realizó el “Censo de leproso y Estudio Epidemiológico de la Lepra en Bolivia” —actividad conocida de esa manera—, realizada en dos oportunidades. La primera ejecutada el segundo semestre de **1942** hasta principios de **1943**, duró 6 meses, abarcó solamente los departamentos de Santa Cruz, Pando y Beni; y la segunda, del 8 de mayo hasta el 24 de septiembre de 1943, que tuvo mayor cobertura, cubrió los departamentos de Santa Cruz, Beni, Chuquisaca, Cochabamba y Tarija. Estos resultados fueron reportados por el Dr. Jorge Suárez, entonces jefe del Programa Nacional de Lucha Antileprosa (3).

Figura 7.1.

Distribución espacial del censo de lepra realizado entre 1942 y 1943.



Construido con datos obtenidos del Informe del Dr. Jorge Suárez, del Censo realizado por el Servicio Antileproso Nacional (4).

La figura muestra básicamente los lugares por los que se hizo el censo de lepra; en su recorrido por siete departamentos encontraron focos de lepra y afectados por la lepra detectados.

Tabla 7.1.

Cobertura y distribución en los dos censos de lepra

Actividad	Casos lepra	Contactos	Focos de lepra	Kilómetros recorridos	Departamentos investigados
Primera Comisión	56	212	19	5200	Santa Cruz, Beni, Pando
Segunda Comisión	161	497	64	8500	Santa Cruz, Beni, Tarija, Chuquisaca, Cochabamba
Total	217	709	83	13700	

Tabla 7.2.

Distribución geográfica del informe

Departamento	Caso Lepra	Nº Focos	Nº Contactos
Santa Cruz	70	30	226
Beni	45	14	132
Chuquisaca	39	18	152
Cochabamba	22	6	55
Tarija	33	15	144
La Paz	4	-	-
Potosí*	-	-	-
Pando**	4	-	-
Total	217	83	709

*El caso correspondía a un paciente detectado en Potosí, no originario de este departamento, que se fugó del Hospital Santa Bárbara de Sucre.

**Los datos de Pando se encuentra en otro reporte por cuanto no fue visitado por la segunda comisión.

El análisis de este informe fue realizado y planificado por personal técnico del Ministerio de Salud. En cuanto a los indicadores epidemiológicos que se ejercitaron estaban los de detección, de ese modo se contó con el resultado de las primeras aproximaciones para obtener una línea de base que señala la intensidad de la endemia en el país. Se determinaron variables y categorías importantes: Procedencia, grupos de edad, sexo, forma de presentación, abierta o cerrada (correspondía a la clasificación que en esos años se aplicaba en Sudamérica); origen de los casos: autóctonos, importados, ignorados; incidencia racial: indígena, mestizo, blanco; número de contactos; focos de lepra, y otros más.

El desglose de estos datos con sus respectivos análisis y comentarios se encuentra en la descripción de cada departamento.

Siguiendo la cronología de los eventos, otra fuente de información que data de 1956, brinda datos de lepra en Bolivia de los años **1950, 1952 y 1953**, la publicación corresponde a la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud, en su 28ª Reunión realizada el mes de junio, resolvió incluir en la IX Reunión del Consejo Directivo el tema *“Problema de la Lepra en las Américas”*. En cuya Resolución e Informe Final, el director hace notar que no fue suficiente el tiempo dispuesto para tratar el tema, contrariamente los datos obtenidos de los países asistentes, entre ellos Bolivia, eran limitados, no estaban actualizados. No obstante el director del evento consideró que estos datos, preliminares en muchos casos, servían para abordar el tema y que constituía base sustentable para los análisis y discusiones. Sin olvidar que la información completa era la mejor forma de encarar los procesos y resultados. La Introducción del Informe, indicaba:

“La lepra constituye un problema cuya importancia no puede ignorarse. Sus profundas repercusiones sociales, económicas y psicológicas son factores importantes a considerar y constituyen una fuente de preocupación para los servicios de salud pública y bienestar social de los países afectados”.

“En la región de las Américas hay varios focos de esta enfermedad. Aun cuando en general las tasas de prevalencia no son tan altas como en algunas partes de África o Asia, es, sin embargo, necesario tomar las enérgicas medidas que se requieren para resolver este problema”.

“Antes de planear cualquier programa racional de control, ya sea al nivel nacional o internacional, es esencial conocer con mayor precisión la magnitud y características epidemiológicas de la lepra en las Américas. En muchos países no se han hecho censos de pacientes, y en otros estos censos son solo parciales e incompletos” (5).

En el análisis de los datos presentados por los representantes de los países participantes figuraba la notificación de casos de las gestiones 1950 a 1953.

Tabla 7.3.

Países	Número de casos			
Años	1950	1951	1952	1953
Argentina	323	552	404	288
Bolivia	53	10	8	36
Brasil	4690	4829	5044	5306
Paraguay	317	375	340	-
Perú	86	79	92	91

Fuente: OSP/OMS. Antigua Guatemala. Septiembre 1956.

A propósito, incorporamos una relación comparativa con los países limítrofes. Revela la baja notificación de casos de lepra entre los años 1950 a 1953 en Bolivia. (entendemos que se refiere a casos nuevos). Es notoria la tendencia un tanto regular de los demás países (exceptuando Paraguay que no tuvo los datos de 1953). En el caso de Bolivia no se observa un reporte de casos, coherente, debido a los extremos y evidente diferencia numérica entre los años estudiados. Amerita hacer un comentario sobre este aspecto, conociendo que los reportes obtenidos con posterioridad estaban basados en fuentes primarias y veraces, eran parte de los años en que Bolivia soportaba uno de los mayores embates de la enfermedad, cuando el número de enfermos superaba la capacidad de los leprocomios: *Los Negros, San Juan, El Tane*, y algunos casos en el hospital Santa Bárbara de Sucre. Lo único que se puede deducir es la poca información e importancia que se tenía sobre el tema, incluso para ser manejada correctamente y presentarla en eventos internacionales de tanta importancia.

Con esos resultados podemos colegir que las iniciativas del censo de 1942 se diluyeron, para solamente captar casos en la consulta intramural o detecciones circunstanciales en algunas labores de extensión, o lo que es menos descartable, que las autoridades de salud muy poco conocían sobre la realidad de los acontecimientos. Datos que ahora se revelan, aunque retrospectivamente, que sin duda permiten conocer con mayor cabalidad lo ocurrido; cuánto se conocía, cuánto se hizo y quiénes fueron los que en verdad hicieron historia para frenar el avance implacable de este flagelo en Bolivia.

La misma fuente expresa, en la tabla siguiente, la prevalencia (nuevos y antiguos) de lepra y las posibilidades existentes para su tratamiento y control en las Américas, año **1953** (Bolivia y países vecinos).

Tabla 7.4.

Países	Población calculada para 1953	Casos de Lepra			Leprosarios y Colonias		Dispen-sarios
		Total conocido	Segregados	Total calculado	Nº	Capacidad	
Argentina	18.379.00	8.975	---	16.000	5 (h)	2.785	4
Bolivia	3.127.603 (a)	610	35	1.400	2	---	3
Brasil	55.211.268	60.967	22.954	---	38	24.000	93
Chile	6.024.981	37 (g)	13	37	1	40	---
Paraguay	1.504.246	979	394	10.000	1(m)	---	1
Perú	8.591.300	1.127	---	3.400	3	550	7

Fuente: OSP/OMS. Antigua Guatemala. Septiembre

Referencias:

--- No hay información

(a) Informe revisado

(g) No hay casos de Lepra en Chile continental. Éstos se encuentran en la Isla de Pascua

(h) Más 5 hospitales de Tránsito y 1 Preventorio

(m) Más 1 Preventorio para niños sanos hijos de leprosos

Los datos que anteceden permiten elaborar la prevalencia en Bolivia en esos años:

Año:	1953
Población:	3.127.603
Nº casos de lepra:	610 (nuevos y antiguos)
Prevalencia por 1000:	0,2
Prevalencia por 10.000	1,9 (Comparar con la prevalencia actual)

Realizando un análisis elemental de los datos incluidos en la tabla 7.4, denota una distribución poco uniforme de la endemia en Bolivia, aún entre los países vecinos. Demuestra el grado de desarrollo de los programas de control de la lepra de cada país, que en varios de estos no se encuentra dentro los términos de eficiencia esperados. Otros países han alcanzado diferente grado de implementación y desarrollo; también están aquellos cuya organización es reciente y sus intervenciones de control son todavía débiles. Los países que en ese momento habían intensificado acciones prioritarias y específicas sobre la endemia, debido a la magnitud y volumen, empero sus servicios aún no encontraban el equilibrio deseado entre sus componentes.

En cuanto a la existencia de los asentamientos o colonias en Bolivia, los datos indican la existencia de 2 establecimientos. Por deducción cronológica y otras indagaciones afines se puede asumir que se trataba de “Los Negros” en Santa Cruz y “San Juan” en el Beni. Urge hacer notar que en el Beni funcionaba un tercer recinto o colonia, ubicado en el “Tane”, que comenzó a funcionar en 1949 bajo la dirección del pastor evangélico Walter Herron (“El Cóndor de la selva” escrito por C. Peter Wagner) (6), contando para esto con un territorio delimitado, algunas viviendas y galpones construidos, aunque en forma rudimentaria, pero cumplía la función de leprocomio al que acudían o eran referidos enfermos de toda la región; vemos que el mismo no fue tomado en cuenta en el citado informe. Por otra parte, no se tenía o no se conocía la capacidad de estos centros para albergar pacientes. Cuando se refiere a los “dispensarios”, en número de 3, probablemente se trataba de los servicios de salud que cooperaban con los tratamientos ambulatorios. También en este punto corresponde mencionar que se tuvieron otros servicios de salud que sirvieron para hacer diagnóstico y seguimiento a

los enfermos de lepra en esos años, nos referimos a los existentes en Beni: en Baures, Magdalena, Riberalta y Trinidad; en Santa Cruz: una sección especial en el hospital San Juan de Dios y otra en Valle Grande; en Chuquisaca: una sección especial en el hospital Santa Bárbara, lo mismo sucedía en los principales nosocomios de Tarija y Cochabamba.

Continuando con la misma fuente, refiriéndose en escueto comentario sobre la lepra en Bolivia, indicaba: “En Bolivia, de acuerdo con el censo leproológico llevado a cabo desde la creación del Servicio de Lucha Antileprosa (1942), se ha demostrado la existencia de la lepra únicamente en el valle central y la región tropical. Los departamentos más afectados son: —refiriéndose a la gestión **1953**— Beni (prevalencia 2.32 por mil), Pando (prevalencia 0.63 por mil) y Santa Cruz (prevalencia 0.40 por mil). De los 610 casos conocidos, 315 (52%) corresponden al tipo lepromatoso; el resto son del tipo tuberculoide o indeterminado”. Complementaba indicando que la capacidad de las dos leprosorías existentes no era suficiente para aislar todos aquellos casos que requerían (7).

Persistiendo en esta fuente, la OSP/OMS hacía conocer las actividades que se realizaron hasta entonces. Al respecto indicaba lo siguiente: “Las actividades de la Organización en este campo han estado hasta ahora orientadas a obtener un mejor conocimiento de la magnitud y características del problema y los recursos humanos y materiales disponibles en los respectivos países, como base de los correspondientes programas de control”. El mismo citaba algunas actividades que se habían realizado en Bolivia. “Un consultor de la organización visitó en 1951 Paraguay, Bolivia, Perú, Ecuador y Colombia, y presentó un informe, oportunamente transmitido a los respectivos Gobiernos, sobre la situación del problema en estos países. (...)”.

Los datos concernientes a **1956**, en el Seminario de control de la lepra realizado en Belo Horizonte, Brasil, realizado del 30 de junio al 7 de julio de 1958, el Dr. Lauro de Souza Lima analizaba la situación de la lepra en el contexto del Continente Americano, también incluye las condiciones del problema en Bolivia (8).

Al referirse a la extensión de áreas endémicas, según los índices de prevalencia, da a conocer los siguientes datos:

Año:	1956
Nº casos de lepra:	951 (nuevos y antiguos)
Prevalencia X 1000:	0,31
Prevalencia X 10.000	3,1 (Para comparando con la prevalencia actual)

En Bolivia las formas contagiosas de la lepra (de acuerdo con la nomenclatura actual corresponde a las formas multibacilares: Lepromatosa y Dimorfa), en 1956 muestran los siguientes datos:

Año:	1956
Nº total de casos:	951 (nuevos y antiguos)
Nº casos contagiosos:	487
% casos contagiosos:	51,20

Una de las grandes preocupaciones ha tenido su origen en el alto porcentaje de *contagiosos*, los que en años anteriores y aún después presentaba una mayor diferencia porcentual frente a los casos *no contagiosos*. Este comportamiento, en la actualidad ha tenido poca variación; lo que permite inferir que la lepra todavía se encuentra en etapa importante de transmisión.

Sobre la disponibilidad en el país de centros sanitarios para aislamiento y la atención de la lepra (leprosorios, sanatorios y salas de hospitales generales) para ese año existían los siguientes datos:

Año:	1956
Unidades.	3
Capacidad:	130
Nº aislados (casos)	86

En cuanto a los centros sanitarios para tratamiento ambulatorio (dispensarios especializados, centros de salud, puestos, etc.), el Dr. Lauro de Souza Lima citaba:

Año:	1956
Centros sanitarios:	—
Nº de matriculados:	865

Personal técnico de los centros sanitarios de las áreas endémicas de Bolivia:

Año:	1956
Médicos, tiempo completo:	1
Médicos, tiempo parcial:	1
Enfermeras, tiempo completo:	1
Enfermeras, tiempo parcial:	—

Los datos expresan la afligida realidad, cuyo comentario dejamos a expensas de la percepción del amable lector. Apenas tres personas tenían la responsabilidad del manejo de la lepra en Bolivia. Vale hacer notar la poca cantidad de médicos especialistas en patologías de la piel, no obstante, de ningún modo justifica no contar con mayor cantidad de recursos humanos para este fin. Entendemos que estos recursos, 1 médico, tiempo completo y otro con medio tiempo, además de 1 enfermera, tiempo completo, estaban destinados a la colonia “Los Negros” de Santa Cruz; nos preguntamos ¿cuál ha podido ser el trato que recibían los médicos y otros sanitarios en el Beni; aquellos que atendían los leprocomios de San Juan y El Tane? ¿Estaba contemplado en algún presupuesto del Estado el trabajo valeroso que realizaba el Dr. Viador Pinto y sus colaboradores? ¿Por qué no se menciona al Pastor Walter Herron y a sus colaboradores, si en esos años lidiaban contra tantas adversidades para sostener la colonia El Tane? Queda hacer notar, que todo cuanto se refleja en los informes internacionales que consultamos, están directamente relacionados con los que se recibieron desde las instancias de cada país responsables para este efecto.

En el mismo estudio de los países participantes, referente a los recursos financieros para el control de la enfermedad en cada territorio, en los cuadros de presentación realizados para el Seminario de Control de la lepra en el Continente Americano, no figura presupuesto alguno para Bolivia.

En cuanto a lo ocurrido en **1961**, el Dr. Gregorio Mendizábal hace memoria a una serie de eventos históricos en la salud pública en lo que concierne a la lepra. Indicaba: “Hasta 1961 habían sido realizadas 8 encuestas epidemiológicas nacionales desde 1942 fecha en la que fue

creado el Servicio Nacional de Lucha contra la Lepra mediante Decreto Supremo. El resultado de esas encuestas daba las cifras de 612 casos confirmados en 2756 contactos en los ocho departamentos a excepción de Oruro. Existían dos leprosorios, el de San Juan, que después con el misionero Walter Herron fue trasladado al “Tane” en el Beni; y el de los “Negros” en Santa Cruz, a los cuales por Resolución Suprema de **1961** se reponía al personal técnico que anteriormente había sido suprimido” (9).

Este apunte nos da luces sobre el lapso de duración que tuvo el censo de lepra, que después fue mejor conocido como “encuesta epidemiológica”; fueron 8 encuestas en 19 años que se tardaron para conocer una aproximación de la real magnitud de este flagelo en el país. Siempre considerando que la cobertura territorial de las áreas endémicas, en ningún momento se asumió que fuera total. De esta manera podemos imaginar los inconvenientes que se tuvo para dar continuidad a este proceso iniciado en 1942, que concluyó en 1961, de donde también se puede deducir que el número de casos reportados en los primeros años del censo, al momento de concluir el mismo, han podido modificarse significativamente.

Los datos para **1961** son los siguientes:

Nº focos:	226
Nº total de lepra:	612
Contactos:	2756
Prevalencia X 1000	0,18
Prevalencia X 10.000	1,8 (Para comparar con la prevalencia Actual).

La situación de los departamentos figuraba de esta manera: Santa Cruz 40 focos leprógenos (según la terminología que se utilizaba) y 253 casos de lepra; Beni, 38 focos y 144 casos; Pando, 20 focos y 28 casos; Cochabamba, 35 focos y 53 casos; Chuquisaca, 36 focos y 77 casos; Tarija, 32 focos y 42 casos; La Paz, 20 focos y 28 casos; Potosí, 5 focos y 5 casos.

En todos los departamentos del país, excepto Oruro, se detectaron focos y casos nuevos de lepra en sus diferentes formas clínicas y evolución. La notificación de Potosí correspondía a casos que se presentaron en las zonas bajas, otros diagnosticados y referidos de la ciudad de Sucre.

Paradójicamente, para escribir esta historia nacional debemos recurrir a las fuentes externas, que en realidad son las que nos proporcionan referencias estadísticas y algunos análisis de situación de la enfermedad en el país. La información obtenida, reiteramos, por estas instancias de difusión científica e internacional, sin duda, corresponde a los reportes enviados desde los niveles autorizados de cada país.

En el Primer Curso de Entrenamiento en Lepra. Trinidad, 16 al 19 septiembre de 1967 (10), el Ministerio de Salud da a conocer datos de una encuesta realizada en **1963**, con colaboración del asesor OMS/OPS, se obtuvo los siguientes resultados:

Año	1963
N° Casos:	1012
Prevalencia X 10.000:	2,7

En una publicación de la PHO *Panamerican Health Organization* en 1981, brinda un artículo sobre la investigación realizada en **1974** en el departamento de Santa Cruz. Constatando la existencia de varios focos y casos de lepra en la provincia Valle Grande de este departamento. El censo fue realizado por Girardin, F. Sobre esta actividad, y emitiendo un criterio sobre las otras regiones del país, Girardín, F, en la Revista *Epidemiological Bulletin Pan american Health Organization*, comentaba: “En el Área Andina, en Bolivia la lepra al parecer no se propaga en el Altiplano (departamentos de Oruro, Potosí y parte de La Paz), aunque en estas zonas son precarios el saneamiento ambiental y la higiene corporal, y es alta la densidad de la población. Sin embargo, el clima es frío y seco. La situación es diferente en el nordeste, que abarca los valles, la cuenca amazónica y los llanos orientales donde el clima es cálido y húmedo. En la provincia de Valle Grande departamento de Santa Cruz, un censo realizado en 1974 arrojó 500 casos de lepra en una población de 32.000 habitantes (...)”. (11).

El reporte refleja la mayor distribución de lepra en algunas provincias del territorio cruceño. Se menciona la provincia de Valle Grande como a uno de los de mayor importancia por la alta concentración. Demostrando, además, que la enfermedad cobraba también vigencia en territorios menos cálidos, como ocurría en Chuquisaca, Tarija y Cochabamba.

También brinda cifras de casos notificados entre los años 1972 hasta **1977**. El mismo documento revela para Bolivia lo siguiente:

Promedio anual 1972-1975: 56
 Nº Casos para el año 1976: 75
 Nº casos para el año 1977: 65

Estos datos son considerados entre los más coherentes en el entendido de tratarse de casos nuevos para cada año. Aspecto que no ha sido la característica en otras gestiones. Hacemos notar que en el documento no contempla el total de casos registrados, nuevos y antiguos, universo útil para construir la prevalencia y comparar con el resto.

Aportes extrapresupuestarios a la OPS/OMS, control de la lepra, 1974-1979 (En EUA \$)

Institución:	Fondos Industria Naviera Japonesa
Formulación de programas:	270,152
Adiestramiento:	55,336
Total:	325,488
Países beneficiados:	Área del Caribe, Bolivia , Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Guatemala, Paraguay, República Dominicana, Venezuela.

Asistencia de la OPS/OMS a los programas de control de la lepra en las américas 1973-1978

Campos de actividad	Países territorios
Asistencia en formulación de programas de control de la lepra	Argentina, Antigua, Bolivia , Brasil, Chile (Isla de Pascua), Colombia, Cuba, República Dominicana, Granada, Guatemala, México, Perú, Santa Lucía, Uruguay y Venezuela.

Adiestramiento de personal	Argentina, Antigua, Bolivia , Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Costa Rica, Granada, Guatemala, Panamá, Perú, Perú, Santa Lucía, San Vicente, Uruguay y Venezuela.
Fomento a la investigación científica aplicada	Argentina, Brasil, Colombia, México, Paraguay, Perú y Venezuela

En **1978**, nuevamente surgió la necesidad de contar con una línea de base actualizada, que permitiera conocer la verdadera magnitud de la lepra, la misma surgió ante las posibilidades de contar con el soporte internacional destinada a cubrir posteriores intervenciones. Además, de las posibilidades de contar con asesoramiento técnico que ubique al Programa Nacional de la Lepra en una ruta de mayor efectividad.

Con este propósito, para obtener los datos requeridos se visitó los departamentos, que entonces tenían mayor número de casos notificados: Santa Cruz, Chuquisaca, Beni y Cochabamba.

Fue considerado relevante este trabajo, tanto así, que un diario de circulación nacional (Presencia, La Paz, Bolivia, jueves 23 de noviembre de 1978) publicaba la siguiente nota al respecto:

Técnicos de la OMS recogen datos sobre el Mal de Hansen:

“Trinidad. - Después de haber efectuado una inspección por Sucre, Santa Cruz y Cochabamba, arribaron los doctores Zino Castellasi, asesor de la OMS y Ángel Valencia, epidemiólogo adjunto del Ministerio de Salubridad, con el objeto de recabar datos sobre el control del Mal de Hansen y formular el proyecto de asesoramiento técnico para una acción más efectiva en este sentido”.

“La misión estuvo recibiendo las informaciones correspondientes del Dr. Willy Saravia, encargado del departamento de Epidemiología y Control de Hanseniasis en Beni, para proseguir posteriormente, con una visita por diferentes lugares, observando y apreciando las formas de trabajo que se efectúan”.

“Hasta el presente, las comisiones sanitarias que se han desplazado por diferentes lugares, lo hacen por vía fluvial, a lo largo de los ríos, para dejar en las villas y pequeños poblados o en los rancheríos donde se encuentran los enfermos, las instrucciones y medicinas que deben seguir en el tratamiento. Sin embargo, en más de un caso, estas disposiciones no se cumplen”.

“Esta visita tiene el propósito de hacer una evaluación de la situación de esta enfermedad en los diferentes distritos del país, para conseguir un apoyo económico del gobierno japonés, para cambiar tanto la metodología como la forma de aplicar la medicina”.

“La manera que se ha empleado es la investigación de sulfona en tabletas, ahora, con el financiamiento japonés, se ha de aplicar la inyección de esta medicina, que significa un tratamiento efectivo y práctico y mucho más seguro para el paciente”.

“El Dr. Castellasi ha manifestado que la entidad que representa está preocupada por proporcionar una mayor actividad en el control del mal de Hansen en las diferentes zonas de nuestro país, como también en otros, para erradicar el equivocado concepto que se tiene sobre la peligrosidad de la enfermedad y de esta manera, además de educar a la gente, lograr la cooperación de ella y del enfermo para recobrar la salud sin atentar contra su semejante”.

“Las dificultades que tienen que recuperarse en esta zona son innumerables, por la falta de recursos y posibilidades logísticas, sin embargo, las comisiones que salen a las zonas alejadas, navegando el río aprovechan del viaje para realizar toda una campaña de salubridad, puesto que cumplen con programas de vacunación en varias enfermedades, además del diagnóstico médico y del cuidado de la dentición” (12).

La misma revista que publicara el censo en Valle Grande en 1974 (13), reporta datos generados para **1981**. Dicha publicación al realizar un análisis de la lepra en América, incorporaba para el estudio comparativo datos para la gestión:

Año:	1981
Nº casos registrados:	1842
Casos estimados:	3684*
Prevalencia x 1000:	0.34
Prevalencia X 10.000:	3.4 (para comparar con la prevalencia actual)

*No se pudo establecer cuál la fórmula o los criterios técnicos para medir esta estimación de casos de lepra.

En **1987**, la Dra. Rosario Zambrana Polo, realizó una importante investigación sobre la lepra en Cochabamba —documento publicado en la Revista Salud Pública el año 1993, con el título de “Situación de la Lepra en el Departamento de Cochabamba 1960-1989”— (14), de donde extractamos informes valiosos concernientes al contexto nacional sobre la situación de este daño en la gestión 1987.

Año:	1987
Casos registrados:	1624
Prevalencia X 10.000:	2,6

En **1989**, el Dr. Luis Cabrera Coello, consultor de la Organización Panamericana de la Salud, en el trabajo de Asesoría realizado en Bolivia, del 20 de agosto al 24 de septiembre de 1989, hace llegar el informe de los Servicios de Epidemiología y Programas Específicos del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. En lo concerniente al problema de la lepra, realizó somera reseña expresada en debilidades estructurales identificadas, que pone en visible manifiesto el poco desarrollo del control de la enfermedad, hasta hace referencia el desconocimiento de cuanto sucede en el tema lepra en el país. Indicaba parte del informe: “(...) De este problema se derivan otros, tales como la duplicidad de registros, el desconocimiento de la magnitud de la endemia, la falta de pesquisa y el deficiente control de casos y contactos. Con los registros disponibles, la tasa de prevalencia estimada es de 3.2 por 10.000 habitantes, que ubica a Bolivia entre los países de endemia media. Sin embargo, existen zonas de mayor concentración endémica”. A continuación, se muestra la distribución por departamentos (15).

Tabla 7.5.

Departamento	Casos	Tasa*	Porcentaje
Santa Cruz	984	7.5	44.8
Beni	437	15.6	19.9
Chuquisaca	447	9.0	20.4
Cochabamba	173	1.6	7.9
Los demás	153	0.4	7.0
Total	2194	3.2	100.0

*Tasa de prevalencia por 10.000

En cuanto a la prevalencia para el país, indicaba 3.2 por 10.000 habitantes; es un resultado que unos años después, en 1991, hubiera alarmado a la OMS. Debido a que en ese año se estableció que las tasas de prevalencia de los países, por debajo de uno por 10.000 habitantes ya no constituían un problema de salud pública. Regresando al indicador 3.2, es una muestra de evidente riesgo, aunque el informe precisaba ser parte de una endemia media.

1991, año que precede a la gestión en la que el órgano rector de la OMS, la Asamblea Mundial de la Salud, adoptó una resolución para eliminar la lepra como problema de salud pública; se entiende como eliminación el conseguir una tasa de prevalencia por debajo de un caso por 10.000 habitantes.

Año:	1991
Total casos:	3626 (nuevos y antiguos registrados)
Prevalencia por 10.000:	3,4

Resumen cronológico de la prevalencia de la lepra

La presente síntesis contempla desde el inicio hasta 1991. Fijamos este límite en el entendido que, en el siguiente año, dio inicio un gran movimiento inusitado en el mundo para alcanzar a toda costa la meta de eliminación. Entonces, este resumen tiene dos etapas: preeliminación hasta 1991 y posteliminación a partir de 1992.

Ya en la etapa de la eliminación de la lepra, los países estuvieron enfrascados en disminuir la prevalencia establecida para el objetivo de

eliminación. De la misma manera, en aquellos países que alcanzaban este indicador, también determinaba que la lepra dejaba de constituirse en problema de salud pública. Por supuesto, y aún hasta la fecha, es motivo de grandes discrepancias entre los expertos y otros que realizan la actividad operativa en terreno, en aquellos lugares donde los efectos no fueron los esperados.

Tabla 7.6.

Prevalencia lepra en Bolivia 1953 – 1991 (a) etapa previa a la eliminación de la lepra dispuesta por la OMS			
Años (b)	Casos nuevos y antiguos	Tasa de prevalencia por 10.000 (c)	Fuente
1953	610	2,1	OSP/OMS
1956	951	3,2	
1961	612	1,8	G. Mendizábal OSP/OMS
1967	1012	2,7	Programa Nacional
1977	1260	2,5	
1981	1842	3,4	OPS/OMS
1987	1624	2,6	Dra. Zambrana. Programa Nal.
1989	2194	3,2	Dr. Coelho OPS/OMS
1991	3626	3,4	Programa Nacional

(a) Se toma en cuenta esta fecha como la que precedió al inicio de la etapa de eliminación de la lepra.

(b) Figuran solamente las gestiones cuyos datos de prevalencia se pudieron recuperar.

(c) La tasa de prevalencia con amplificador actual (10.000) considerada como el indicador operativo relacionado con la carga de la lepra.

No contempla la tasa de incidencia ni la de detección, debido al indicador de prevalencia a que mayormente se abocaban. Tampoco figuran otras variables de análisis por no existir uniformidad en varias gestiones.

En cuanto a los antecedentes que corresponden a la gestión **1993**, —los datos de 1992 no están incorporados por ser poco fiables— están incluidos en el Manual de Normas Técnicas y Procedimientos para el Control de la Lepra, —Elaborado y distribuido en la gestión nacional del programa de la Dra. Virginia Paredes— muestran la distribución de tasas de prevalencia según regionales de salud (Secretarías Regionales) que informaron hasta el 31 de diciembre del mismo año (16).

Tabla 7.7.

Datos lepra Bolivia 1993

Secretarías Regionales*	Población Total	Nº de Casos 1993	Prevalencia (Por 10.000 hab.)
Trinidad	191.523	316	16.5
Santa Cruz	1.364.383	524	3.8
Riberalta	91.563	79	8.6
Chuquisaca	507.833	166	3.3
Tarija	302.705	48	1.6
Pando	31.158	1	0.3
Cochabamba	1.110.205	21	0.2
La Paz	1.495.294	24	0.2
El Alto	405.492	-	-
Tupiza	126.453	-	-
Oruro	340.114	-	-
Potosí	519.436	-	-
TOTAL	6.486.165**	1.179	1.8

Fuente: "Manual de Normas Técnicas y Procedimientos para el Control de la Lepra" 1994.

*La nomenclatura de la primera columna corresponde a la vigente en esos años. Incluye, además de las 9 regionales departamentales, otras 3: El Alto; Riberalta y Tupiza, incluidas por razones operativas y accesibilidad.

**Se puede observar que para construir el indicador nacional (Tasa), ya se toma en cuenta como denominador el total de la población del país.

Año **1995**, encontramos información en una publicación de la OPS, cuyos datos muestran, casos registrados: 864; tasa de prevalencia por 10.000: 1,17; casos nuevos son 86; tasa de detección de 1,2 por 100.000, (amplificada para su comparación con las actuales). Se incorpora otro indicador relativo a la cobertura de la PQT: 99,4% (17).

Los datos que continúan corresponden al año **1996**, cuya tasa de prevalencia alcanza a 1,1; como se podrá ver, el indicador continúa por encima de uno por 10.000, sin que aún se haya logrado la meta de eliminación. La tasa de detección con 1,1 por 100.000.

Para **1997** el indicador de prevalencia disminuyó a 0,8 por 10.000; es el momento en que se puede decir, de acuerdo con los parámetros establecidos por la OMS, que se había eliminado *la lepra en Bolivia como problema de salud pública*. Sin que signifique haber alcanzado una eliminación real.

El año siguiente, **1998**, el descenso de la tasa de prevalencia se acentuó, alcanzando 0,3 por 10.000; frente a la de detección que también bajó a 0,9 por 100.000. Lo llamativo es ver cómo la prevalencia fue bajando en un ritmo apresurado, como ocurrió en casi todos los países del mundo, en la carrera desenfrenada por alcanzar la eliminación.

Estamos en el año **1999**, la prevalencia no sufrió mayores modificaciones. Por lo visto las nuevas estrategias e interpretaciones técnicas en otros países, aplicadas a su manera, estaban obsesionadas en disminuirla; para esto lo primordial era reducir el número de enfermos existentes en cada gestión, de tal manera que el numerador quedaba disminuido, reduciendo la expresión resultante que se traducía en bajas prevalencias. Es así que este indicador reflejaba 0,3 por 10.000; con 94 casos nuevos traducidos en 0,9 por 100.000.

A partir de este año, y en forma continua se incorporan otras variables: casos multibacilar (MB) con 60,6%, menores de 15 años 2,1%; y 12,7% son los afectados con grado 2 de discapacidad.

Durante el año **2000**, la prevalencia continuó por debajo de uno por 10.000, había alcanzado 0,4; los casos nuevos llegaron a 77, y la tasa de

detección a 0,8 por 100.000. La proporción de MB llegó a 51,2%, menores de 15 años 3,6%, y 8,5% los afectados con grado 2 de discapacidad (18).

Para el año **2001**, la OPS/OMS, en la publicación *Lepra al Día*; bajo el título de *Eliminación de la Lepra de las Américas*, reportó los siguientes resultados para Bolivia: 272 casos registrados (nuevos y antiguos); prevalencia 0,32; casos nuevos 65, reflejadas en 0,8 por 100.000 (19).

A este informe se añade los demás resultados obtenidos por el programa nacional, 41,2% MB; 2,1% menores de 15 años y 7,8% los con grado 2 de discapacidad.

La gestión **2002** marcó otro rumbo de la información, en la medida de priorizar la tasa de detección en lugar de la prevalencia. Esta última encontró serias dificultades para ser construida. La confusión por no tener criterios consensuados respecto al tiempo de observación y de tratamiento que deben llevar los enfermos, otros relacionados con reingresos, recidivas, estados reaccionales, etc., sesgaron o malinterpretaron el número de casos reales registrados en cada gestión; es así que surgieron las dudas para construir la prevalencia, abocándose mayormente al registro e informe de los casos nuevos y otras variables.

Los datos para este año señalaron la presencia de 80 nuevos enfermos, cuya tasa de detección alcanzó 0,8 por 100.000. Mientras que la proporción de MB fue de 52,5%; menores de 15 años con 5,0%, y para discapacidad grado 2 con 11,2%.

Las gestiones **2003** y **2004** caracterizadas por una regularidad en cuanto a los notificados desde los departamentos de riesgo, con historia de haber presentado focos importantes en el pasado. Para el 2003 se notificaron 106 nuevos afectados; la tasa de detección alcanzó 1,1 por 100.000; el 50,1% son formas MB, los menores de 15 años 1,9%; y grado 2 de discapacidad con 8.5%. Mientras que para el **2004** fueron 90 los casos nuevos; la tasa de detección 0,9 por 100.000; con 58,4% los MB; 1,1% menores de 15 años, y los discapacitados grado 2 con 2,2%.

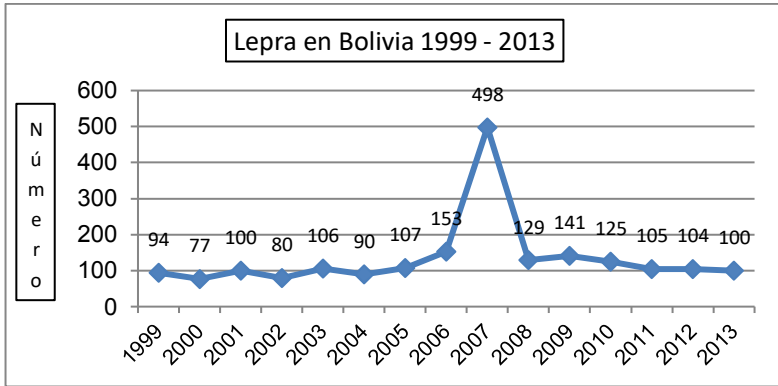
Una publicación de la *Lepra en las Américas*, la OPS, brinda datos para **2005**, el informe queda expresado como sigue: 114 casos nuevos (el Programa Nacional contempla 107 casos), cuya tasa de detección alcanzó

1,2 por 100.000; además de 35,9% MB, 9,6% y 1,7% para menores de 15 años y discapacitados grado 2, respectivamente (20).

Llegando al **2006**, los reportes de la misma agencia internacional dieron a conocer 165 nuevos enfermos; lo que representaba una detección de 1,2 por 100.000. Los casos MB alcanzaron la proporción de 44,2%; los menores de 15 años 5,4%, y con 2,4% los con grado 2 de discapacidad.

4.1.- Inusitada notificación de casos

En el año 2007, se realizaron algunas acciones intensivas en los departamentos amazónicos para el control de la lepra, cuyos resultados, inesperadamente mostraban datos sin precedentes, suscitando la mirada y la preocupación internacional. El tema ya fue descrito y comentado ampliamente cuando hacíamos referencia a los departamentos de Beni y Pando. Empero solo mencionaremos puntualmente indicando que la notificación exagerada de 498 casos, la mayor parte distribuidos en los departamentos de Beni y Pando, 192 y 193 respectivamente, no guarda relación con la realidad, en la medida que muchos de estos fueron diagnosticados erróneamente. El efecto de esta exagerada notificación se plasma en la tendencia de la lepra a través de los años; mostrando un pináculo exagerado en el año 2007 (gráfico 7.1), que no se puede justificar de ninguna manera. El desfase tiene su base en el escaso conocimiento de los protocolos de diagnóstico y falta de experiencia de los operadores de una institución internacional que entonces apoyaba en el control de la lepra en estos departamentos. Este hecho conllevó a incorporar dentro los casos de lepra a un número considerable de personas que tenían lesiones en la piel no compatibles con la enfermedad. Estos errores fueron corroborados-inclusive con el apoyo de expertos de Brasil, quienes tomaron muestras de linfa y biopsia en 25 personas — entre los diagnosticados durante la actividad en cuestión como “portadores de lepra”—, cuyos resultados mostraron que solamente uno correspondía a la enfermedad. Ante esta eventualidad y la alarma internacional que se produjo, fue desde la Jefatura Nacional y los servicios departamentales de salud de Beni y Pando que solicitaron la participación de la institución alemana DAHW, que entonces trabajaba controlando la lepra en el sur del país desde 1968, en Chuquisaca, Tarija y parte de la provincia Cordillera de Santa Cruz.

Gráfico 7.1.

Fuente: Construido con datos del Programa Nacional.

Una de las primeras actividades consistió en realizar la difícil labor de ubicar a los más de 380 diagnosticados como enfermos de lepra —192 y 193 en Beni y Pando—; labor que se hizo sumamente dificultosa, en el entendido de no poder localizar a muchos de ellos. De algunos solo se sabía que ya no vivían en esos lugares o cambiaron de residencia, también estaban los que fallecieron, otros de quienes nadie daba razón alguna de su paradero o ni los habían conocido. Mayores detalles en la sección Lepra en Beni y Pando.

En la Reunión Nacional de Evaluación de Lepra, realizada el mes de noviembre de 2013 en la ciudad de Trinidad, Beni, todos los jefes departamentales del programa de lepra consideraron manifiestamente el rechazo a la elevada notificación en 2007, que técnica y comprobadamente estaba fuera de la realidad y era una forma de mostrar que se realizaron estas acciones en forma unilateral por personal inexperto, prescindiendo del marco técnico y manejo correcto de normas y protocolos de actuación operativos; y sin haber consultado con otras instituciones que trabajaban en el país y que contaban con amplia experiencia.

A partir de **2008** y por directa intervención del Programa Nacional y el apoyo técnico de la DAHW de Alemania, la notificación de los casos encontrados en cada gestión retomó su cauce normal, fue más fiable (sin

que signifique la totalidad de los casos). La conducción nacional se aproximó más a las regiones, realizó mayor seguimiento a la información; sin embargo, el presupuesto para realizar otras acciones técnicas todavía era insuficiente. Para ese año, 2008, se notificaron 129 casos nuevos; la tasa de detección estaba en 1,3 por 100.000. De éstos, 38,7% correspondía a los MB; 6,2% a los menores de 15 años y 10,8% a los discapacitados.

Durante **2009**, lo mismo que el año anterior, la localización de nuevos enfermos comenzó a recuperar la tendencia de anteriores años. Fueron 141 los nuevos detectados, la tasa de detección alcanzó 1,1 por 100.000, mientras que los MB cubrieron el 34,1%; los menores de 15 años con 4,2%; la proporción con grado 2 de discapacidad alcanzó 15,6%.

La cantidad de nuevos afectados alcanzada en **2010**, involucra a Bolivia entre los países de *alta carga de lepra*. De acuerdo con la OMS quedaban incorporados dentro esta categoría los países que reportaban anualmente más de 100 nuevos enfermos de lepra. Lo que demostró que pese a la baja prevalencia, por debajo de uno por 10.000, que la ubicaba entre los países que eliminaron la lepra, contrariamente fue significativa la carga de nuevos casos anuales, al igual que en países limítrofes como Argentina, Paraguay y Brasil; con quienes mantenemos y compartimos desde antes una larga historia vinculada a esta enfermedad.

La siguiente lista muestra a los 10 países de América Latina considerados como de alta carga de lepra:

Bolivia *	Argentina
Ecuador *	Colombia
R. Dominicana	Paraguay
México	Venezuela

Fuente: Información provista por los países en el reporte anual OMS.

*Los reportes pertenecen a 2010. El resto de los países con resultados analizados de 2011.

Los registros para **2010** reflejan 124 casos nuevos; entre los cuales 46,8% son MB; 3,2% para los menores de 15, y 8,1% los con grado 2 de discapacidad (21).

En **2011**, Bolivia no figuraba en la tabla de prevalencias de los países de las Américas que reportaron casos en tratamiento al final de ese año (OPS). Tampoco figuraba en la tabla que mostraba el perfil de los casos nuevos de lepra en los países de las Américas que reportaron más de 100 casos nuevos en 2011 (OPS). En síntesis, los datos de Bolivia no fueron reportados por la OPS/OMS. Los informes publicados por este organismo internacional dependen de los que se reciban de cada país. La preocupación no se dejó esperar, en una reunión realizada en el Hospital Dermatológico de Jorochito de Santa Cruz a fines de 2012, los jefes de programa de todo el país hicieron conocer su extrañeza y preocupación a los representantes nacionales, sorprendidos por no estar contemplado en los registros y estadísticas de la OPS/OMS los resultados de los trabajos realizados en Bolivia.

Los resultados para la gestión 2011 reportaron desde el nivel nacional 105 nuevos detectados, la tasa fue de 1,0 por 100.000; en tanto que los MB con 48,5%; los menores de 15 años 5,7%, y los discapacitados con grado 2 constituyen 9,5%.

Revisados los informes de la OPS/OMS, durante **2012** tampoco se encontraron los registros de Bolivia. Nuevamente se comunicaron estos aspectos a la Jefatura Nacional para verificar este desfase. De todos modos, para este periodo, de acuerdo con los registros nacionales, Bolivia continuaba entre los países de alta carga de lepra. La notificación reveló 104 nuevos enfermos; la tasa de detección 1,0 por 100.000; MB 43,2%; menores de 15 años 6,7%, y grado 2 de discapacidad 6,7%.

Los datos de 2013 se encuentran en proceso de revisión, sin embargo mantienen el rango de alta carga.

Tal como se hizo con los datos desde el inicio hasta 1991, compartimos la secuencia cronológica a partir de 1992. Separamos estos dos segmentos por metodología, en mérito a la necesidad de diferenciar los datos antes y después de la “eliminación de la lepra como problema de salud pública”, claramente diferenciados en etapa preeliminación hasta 1991, y la etapa posteliminación a partir de 1992.

Tabla 7.8.

Tasas de prevalencia y detección de la lepra en Bolivia 1992 - 2013 Etapa posterior a la eliminación de la lepra						
Años	Casos nuevos	Nuevos y antiguos registrados en la gestión	Tasa de prevalencia por 10.000	Tasa de detección por 100.000	Fuente	
1992	Sin datos	802	2,2	Sin datos	Programa Nacional	
1993		1179	1,8			
1994		1029	1,3			
1995	86	864	1,2	1,1	OPS	
1996	60	716	1,1	0,8	Programa Nacional	
1997	70	607	0,8	0,9		
1998	74	288	0,3	0,9		
1999	94	268	0,3	0,9		
2000	77	297	0,4	0,8		
2001	100	272	0,3	0,9		
2002	80	Sin datos	0,09*	0,9		
2003	106		0,1*	1,1		
2004	90		0,09*	1,0		
2005	114	50	0,12*	1,1		OPS
2006	153	Sin datos	0,17*	1,6	Programa Nacional	
2007	Datos poco fiables					
2008	129	Sin datos	0,13*	1,3		
2009	141		0,14*	1,1		
2010	124		0,12*	1,4		
2011	105		0,1*	1,1		
2012	104		0,1*	1,1		
2013	100		0,1*	1,1		

*Al no existir índices de prevalencia disponibles en el nivel nacional, y con el fin de comparar las tendencias entre indicadores, el autor ha realizado

la construcción sobre datos obtenidos personalmente, aplicando, además, antecedentes y criterios técnicos para la construcción de estas medidas de frecuencia, de acuerdo a las Líneas de acción para alcanzar las metas y sostener los logros regionales 2012-2015, del Plan de Acción para Acelerar el Logro de la Eliminación de la Lepra en América Latina y el Caribe. OPS/OMS. Que explica como sigue:

“Debido a la reducción de la duración del tratamiento, la PQT ha reducido enormemente el número de pacientes en tratamiento en un momento dado y, por tanto, causó una reducción de la "carga" en los servicios de salud. Sin embargo, este descenso se ha enlentecido considerablemente en los últimos años debido a que lo que se tenía como retraso acumulado en tratamiento ahora ha sido tratado. Hoy en día, la mayor parte de la prevalencia registrada se compone del número de casos nuevos detectados durante el año y que se han puesto en tratamiento con poliquimioterapia. Si bien es cierto que no puede evaluarse el progreso solo monitoreando el indicador de prevalencia, es necesario que se incluya este indicador como parte del grupo de indicadores para monitoreo del progreso de los programas, y porque los Estados Miembro de la OPS se han comprometido no solo con alcanzar la meta de eliminación de la lepra como problema de salud pública.(22).

Tabla 7.8.a

Lepra en Bolivia últimos 5 años					
Año	2014	2015	2016	2017	2018
Casos totales	64	84	69	67	54

Fuente: Programa Nacional

La baja detección como nos enseña en números absolutos la tabla precedente, en los últimos años, no significa la real disminución de la enfermedad; por criterios epidemiológicos y sobre todo, la baja intervención operativa orientan a un subregistro de los casos existentes.

El gráfico siguiente 7.2, apunta el año en que Bolivia alcanzó la eliminación de la lepra como problema de salud pública en 1997 (de acuerdo a los establecido por la OMS). Ese año la tasa de prevalencia alcanzó niveles por debajo de un caso por 10.000 habitantes. La tendencia, desde ese momento, siguió un curso lineal.

Gráfico 7.2.

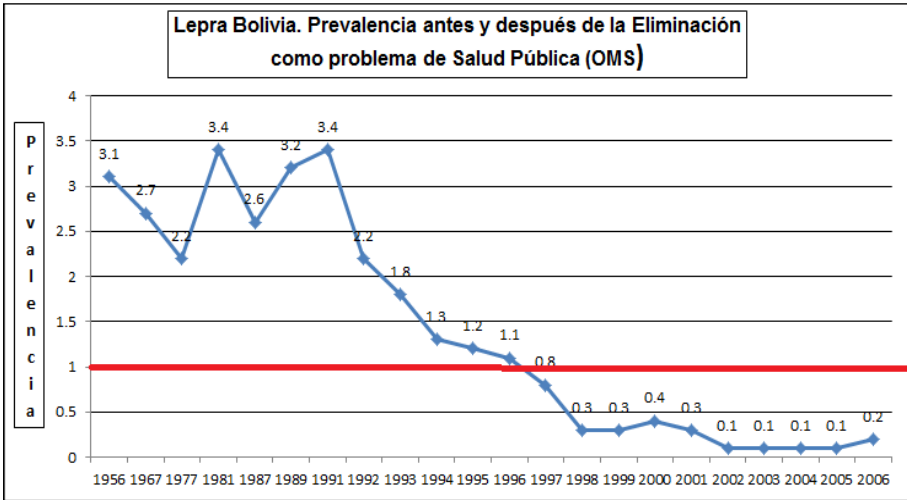
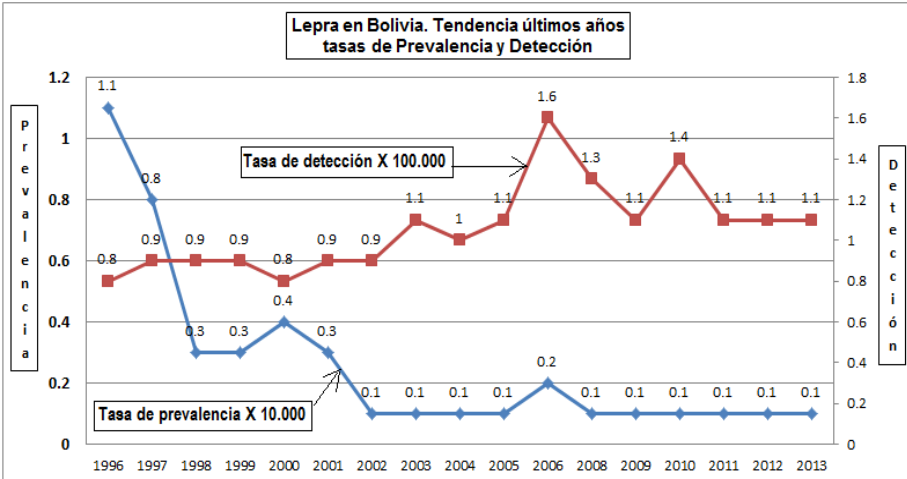


Gráfico 7.3.



Se observa lo que en realidad acontece entre los indicadores de prevalencia y detección (gráfico 7.3). Es evidente la amplia disociación entre ambos.

La tendencia de la *prevalencia* refleja haber alcanzado la meta por debajo de uno por 10.000 a partir de 1997, lo que en la teoría significa haber eliminado la lepra, inclusive, que la enfermedad dejó de constituir un problema de salud pública en Bolivia. Por el otro extremo, al referirnos a la *detección*, la tendencia es ascendente. Lo que demuestra que la lepra sigue presente. Los casos nuevos persisten en su concentración anual y tienden a aumentar; y algo llamativo, en Bolivia la distribución se ha generalizado en casi todo el territorio, en ocho de los nueve departamentos, reportando últimamente en los años 2011 y 2012, casos autóctonos en el Altiplano, específicamente en comunidades del departamento de Potosí, a 4.000 metros de altura sobre el nivel del mar.

Con estos resultados, cabe hacer algunas preguntas: ¿La eliminación de la lepra se basa únicamente en disminuir la carga de la lepra? Si es así, entonces con suprimir de las listas los casos antiguos se habrá conseguido este propósito. Luego también corresponde otra pregunta de rigor ¿Solamente consiste en suprimir los casos de las listas para construir la prevalencia, sabiendo que los casos, reales, vivos, entre antiguos y nuevos, mutilados y discapacitados están ahí, en el lugar donde viven? Sobre lo mismo surge otra que no se deja esperar ¿Qué explicación damos cuando los casos nuevos no han disminuido, si la OMS declaró que la lepra en Bolivia está eliminada como problema de salud pública? Para explicar mejor, los nuevos enfermos de lepra notificados cada año, se mantienen o van en aumento, es lo que viene ocurriendo en varios países de América Latina y el Caribe.

Desde hace tres quinquenios fueron otras variables y categorías las que cobraron relevancia (tabla 7.9). Los organismos internacionales en sus informes y análisis contemplan aquellas que son consideradas importantes en esta etapa de control de la lepra. Como se podrá observar, es la detección de casos nuevos la que toma prioridad, seguida de otros indicadores conocidos como *trazadores* que dan la pauta técnica operacional, cuyo cumplimiento indica el camino del control de la enfermedad tanto en el nivel nacional y subnacional.

Tabla 7.9.

Indicadores que en la actualidad cobran vigencia en las intervenciones contra la lepra				
Año	Nuevos	Proporción (%)		
		MB (Multibacilares)	Menores de 15 años	Grado 2 (Discapacidad)
1999	94	60,6	2,1	12,7
2000	77	54,5	3,8	9,1
2001	65	41,2	2,1	7,8
2002	80	52,5	5,0	11,2
2003	106	50,0	1,9	8,5
2004	90	58,4	1,1	2,2
2005	114	35,9	9,6	1,7
2006	165	44,2	5,4	2,7
2007	Datos observados por los desvíos y sesgos. No reflejan la realidad			
2008	129	38,7	6,2	10,8
2009	141	34,1	4,2	15,6
2010	124	46,8	3,2	8,1
2011	105	48,5	5,7	9,5
2012	104	43,2	6,7	6,7

Fuente: Elaboración propia

5. LEPRA Y CONTACTOS

“Cuando fui a visitar a mi colaborador que vivía en el Cañón de Fernández (pequeña población en el municipio de Monteagudo del departamento de Chuquisaca), no lo encontré; los vecinos me informaron que había enfermado de lepra, que fue llevado e internado en el Hospital Dermatológico Monteagudo. Pasé a visitar a otra casa, para fumigar contra la malaria, en esta vivienda vi a una señora de edad avanzada que tenía lepra; en ella se distinguían claramente esos rasgos inconfundibles, tenía en su rostro, manos y pies lesiones deformantes. En tantos años de trabajo aprendimos a identificar ésta y otras enfermedades. La señora, en el momento de mi visita, se encontraba compartiendo con su pequeño

nieto de aproximadamente ocho años, de un mismo plato y con la mano, mote y queso (..)". Es el relato de B.M. ahora jubilado del SNEM (Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria), que nos cuenta este y otros episodios relacionados con la lepra. Le tocó vivir durante su trabajo en varios lugares del país en su condición de técnico, luego fue inspector de distrito de este servicio de extensión.

En otra ocasión, cuando B.M desarrollaba el mismo trabajo, tenía su base de operaciones en Valle Grande, realizaba innumerables viajes a las comunidades más alejadas de esta provincia para fumigar; debido a sus aciagas jornadas recurría a algunas amistades para contar con un lugar para descansar y pernoctar. En el pueblito de Quirucillas (valle abajo) tenía un amigo que cada vez que llegaba le brindaba hospedaje. En un próximo viaje, después de un año, cuando volvió a la misma casa le comunicaron que su amigo fue internado en el leprosario "Los Negros" porque tenía lepra avanzada. Comentaba don B.M: "...tantas veces que habíamos compartido la misma vivienda y comimos juntos, no podía creer lo que le había ocurrido. Recuerdo que la última vez que le vi, tenía el rostro un tanto inflamado, él me dijo que podía ser alergia..., después me di cuenta de lo que realmente se trataba. Mi lugar de trabajo comprendía Pampa Grande, donde estaba la leprosería Los Negros, fui a visitarle, de ese modo vi la forma en que vivían los enfermos. Varios de ellos tenían en la Colonia a toda su familia, la pareja y los hijos. Recuerdo que fumigamos con los de mi brigada, más de 30 viviendas; pero..., si a eso se podía llamar viviendas, nada más eran de construcción rudimentaria, algunas solo casuchas de adobe y algunos ladrillos, las mejores tenían cubierta de teja vieja, desordenada y descolorida, las demás tenían por techo lo que conseguían para cubrirse. Esto fue en 1958 aproximadamente...".

Otra anécdota que queremos compartir con los lectores, también tiene su origen en la experiencia de otro trabajador de Malaria, F.S. (1960). Sucedió en una de las etapas de descanso de fin de semana, después de su trabajo. Descanso que coincidía con las festividades del pueblito de San Juan del Rosario (cerca de Samaipata, departamento de Santa Cruz). Durante la fiesta patronal, nuestro personaje y los de su brigada de rociadores estuvieron en el festejo principal. Según cuenta, bailó con una simpática señorita de quien no se separaba casi toda la fiesta. Al día

siguiente, después de tan alegre festejo, un pueblerino amigo suyo, le comentó: “Mire amigo, es mi deber avisarle, pero la señorita con quien usted ha estado toda la noche bailando, es leprosa, como también lo son sus padres que están en el leprosario Los Negros; por eso ninguno del pueblo, solo usted bailó con ella”.

Los relatos que preceden al presente tema son a propósito incluidos para contextualizar el significado del término *contacto*, conexo a los efectos que ha significado a través de tantos años de historia de la enfermedad; criterios subjetivos que causan temor en todo ámbito social sobre las posibilidades de contagio.

En esta indagación de la historia de la enfermedad no vamos a dedicarnos a explicar las características biológicas del agente causal ni las condiciones inmunológicas del organismo frente a la agresión. Lo que se pretende en este libro es conocer cómo se han encarado las acciones de control de la enfermedad en los diferentes procesos epidemiológicos en el país. Tampoco se puede profundizar más en este tema, por los pocos registros e investigaciones que se hicieron, que en la actualidad tampoco ofertan mayores avances cuando nos referimos al contexto nacional. Por este hecho se puede indicar que esta enfermedad milenaria, todavía tiene antecedentes poco esclarecidos, es más, aún existen criterios que hasta ahora no tienen una certeza científica; lo dicho queda sustentado con indicar que hasta la fecha no se tiene definido con meridiana claridad, el tiempo de incubación de la enfermedad. Y, algo que motiva la profunda reflexión, tampoco queda claro el modo de contagio. Por otro lado cabe mencionar que ni el tiempo de tratamiento ha sido consensuado. En rigor a la verdad, en varios países no se acata la reducción a un solo año de la terapia MB emanada por la OMS. Solo basta, para corroborar lo indicado, comparar diferentes artículos, libros, monografías o trabajos de investigación, escritos en un mismo tiempo y sobre el mismo tema; entonces veremos las claras diferencias.

Por lo tanto, lo que en este contenido se considera respecto al tema de los *contactos*, es la experiencia recogida como resultado de tareas realizadas, soportando muchas veces el raudal de factores adversos, en un sistema de salud que durante tantos años no se ha caracterizado precisamente por su apoyo, contrariamente la ubica a la lepra entre las enfermedades

olvidadas y desatendidas, grupo de la que lamentablemente tampoco es solitaria protagonista.

5.1. Contactos

Igual que varios de los conceptos operativos y normativos de la lepra, el término *contacto* también merece esta consideración. Existe diferencia entre los países que han conceptualizado sobre lo que consideran apropiado y pertinente.

El Manual de Normas y Procedimientos para la Vigilancia y Control de la Lepra de Bolivia, respecto al término *contacto*, indica que se trata de toda persona que está o ha estado en asociación o relación en cierto grado de frecuencia con un enfermo de lepra. Para fines operacionales se distinguen en las siguientes categorías:

- Contacto intradomiciliario de primer orden: es el grupo familiar que vive con el paciente.
- Contacto intradomiciliario de segundo orden: cualquier persona que vive en la casa del paciente por un año o más.
- Contacto extradomiciliario: se entiende por tales a las personas que no viven en la misma casa: amigos, vecinos o compañeros de trabajo. Su número se calcula en 50 por enfermo (MB) nuevo registrado.

Una clasificación a la que otros países han recurrido por su claridad y practicidad es el de —“Doull”, 1942, Filipinas—, el que precisa que contacto es: “Individuo que convive bajo el mismo techo y comparte comida y alimentos con el caso índice”.

Los primeros reportes oficiales sobre la identificación de contactos corresponden al año 1942, después de la creación del Servicio Nacional de Lucha contra la Lepra que realizó los primeros censos en Bolivia. El resultado del mismo, incluía, además de los casos de lepra, el de los contactos. La actividad fue ejecutada en las zonas endémicas del país, de donde extractamos los siguientes datos:

Tabla 7.10.

Censo del Servicio Nacional de Lucha Contra la Lepra 1942 -1943			
Departamento	Casos lepra	Contactos	Promedio
Santa Cruz	71	226	3,2
Beni	45	132	2,9
Chuquisaca	39	152	3,9
Tarija	33	144	4,4
Cochabamba	22	55	2,5
La Paz	-	-	-
Potosí	-	-	-
Total	217	709	3,3

Promedio contactos por paciente: 3,3

En el mencionado censo figuran también otros departamentos, Potosí, La Paz y Pando, no obstante, entre los datos no contempla el número de contactos, que es motivo del presente razonamiento.

La tabla 7.10, detalla por departamentos el número de casos de lepra en relación a los contactos identificados en cada caso índice; sin perder de vista el promedio de contactos por cada enfermo diagnosticado, el que difiere entre los departamentos.

Un criterio primordial vincula las condiciones del habitante rural y las escasas condiciones de accesibilidad hacia sus viviendas y el limitado nexos con las costumbres ciudadinas en esos años. Si asumimos que 200 de los 217 casos de lepra identificados en el censo corresponden a la variable *indígenas*, refiriéndose a los que generalmente habitan el área rural, permite deducir que muchos de estos datos han podido estar sesgados por las condiciones de desconfianza, duda, temor, entre otros comportamientos que motivan este tipo de visitas, dadas las condiciones de poca o ninguna promoción de salud.

Los estudiosos para realizar este tipo de averiguaciones descriptivas, establecen parámetros de rigor que posibilitan contar con mayor aproximación la recolección de informes. El primero de todos, elegir a personas que tengan buen conocimiento de cómo funciona la comunidad,

el comportamiento de los líderes políticos, religiosos, sanitarios, profesores o de la otra gente importante en la comunidad. Otro criterio inexcusable mantiene estrecha relación con el dominio del idioma nativo del lugar, los usos y costumbres. De esta única manera se podrá lograr datos aproximados. Por supuesto que nuestros antecesores salubristas no contaban con las mejores condiciones para realizar este trabajo; lo que de ninguna manera desmerece lo alcanzado.

El promedio de 3.3 de contactos por cada enfermo de lepra (tabla 7.10) significa, por ejemplo, la pareja, o en caso de estar casado (esposa o esposo enfermo) y dos personas. Relación de contactos muy bajo, por los factores indicados. Se puede deducir que de acuerdo a la tasa global de fecundidad en el país (número de hijos por familia) en esos años, estaba por encima de 5 hijos; por lo que a la postre se colige que los contactos intradomiciliarios han podido ser en mayor número.

El análisis anterior, si de un tema histórico se trata, es de gran utilidad considerarlo si queremos establecer en forma retrospectiva las condiciones y riesgos epidemiológicos a que se han podido estar sujetos; también permite a partir de estos resultados, sacar conclusiones sobre la posterior distribución, magnitud y trascendencia de la enfermedad.

5.2. Contactos que enferman

Nos imaginamos, y no con poca razón, que la pregunta que se va generando en la mente del lector, esté vinculada con los niveles y efectos del contagio que genera el enfermo hacia los convivientes sanos. Entonces, surge la interrogante ¿Cuál la proporción de contactos directos que pueden contraer la lepra, habiendo convivido con un enfermo que no ha recibido tratamiento?

Pocos han sido los estudios longitudinales que se han realizado respecto a la lepra en Bolivia. En cuanto a los contactos y el grado de contagio entre convivientes directos o intradomiciliarios; al respecto, únicamente se cuenta con un estudio en el departamento de Chuquisaca. Los resultados de la referida investigación reflejan una aproximación aplicable de lo que acontece en el país. Los resultados, según se ha podido analizar, guardan consonancia con los indicadores que establecen los organismos internacionales especializados.

Tabla 7.11.

N= 241		
Investigación realizada en Chuquisaca 2004 - 2008		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Casos Lepra	47	19.5%
Contactos	194	80.5%
Total	241	100.0%

Los contactos identificados alcanzan a 194, con el promedio de 4,1 contactos por enfermo de lepra.

Seguidamente figuran los datos referentes a los contactos que enfermaron de entre el total de 194 identificados.

Tabla 7.12.

N = 194		
Contactos enfermos		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Contacto, enfermo	18	9.3%
Contacto, no enfermo	176	90.7%
Total	194	100.0%

El resultado es evidente. De los 194 contactos directos enfermaron 18 (9,3%). De lo que se deduce que por cada 100 contactos 9,3 son los que pueden enfermar. Estos datos no están lejos de los estándares internacionales (OMS), que manifiestan que es el 10% de los contactos son los que se encuentran susceptibles a contraer la enfermedad.

Consustanciados con el término contacto, de la misma manera vale tomar en cuenta otros factores que se consideran predisponentes, que viabilizan la transmisión del daño, son las condiciones de hacinamiento, desnutrición y, algo que es de suma importancia nombrarlo, la predisposición inmunológica de la persona.

5.3. Lepra, de las infecciosas la menos contagiosa

La principal fuente de infección para diseminar la enfermedad en Bolivia y el resto del mundo, constituyen los casos de lepra multibacilar (MB) que no están en tratamiento, o que su terapia sea irregular e incompleta; éstos eliminan grandes cantidades de bacilos sobre todo por la vía oral y nasal. Queda demostrado que existen otras vías de contagio, pero en menor proporción. No se deben dejar de lado, reiteramos, las condiciones constitucionales orgánicas derivadas del mal estado de las defensas por las condiciones de nutrición de los contactos, que confluyen en predisposición inmunológica.

Los operadores sanitarios, médicos, enfermeras, personal de apoyo, entre tantos más, al respecto tienen su lugar en esta historia, por haber estado, en algún momento o en periodos prolongados, en exposición directa con los enfermos de lepra, sean éstos *bacilíferos* en potencia, o los casos no contagiantes paucibacilares, como son las formas indeterminada y tuberculoide. En este escenario compartimos lo que la experiencia nos enseña para tomar en cuenta y sacar conclusiones sobre lo siguiente:

- Dr. Renato Amonzabel y las religiosas del Hospital Dermatológico de Jorochito en Santa Cruz, a través de los muchos años de trabajo directo con enfermos de lepra (1972- 2010), nunca tuvieron evidencia alguna de contagio.
- Dr. José Day Álvarez. Trabajó desde 1972 hasta 2006 en una zona de alta endémica como es el departamento del Beni, nunca adquirió la enfermedad. Su deceso en 2006 se produjo por otra causa.
- El Dr. Valerio Cardozo, director del Hospital Dermatológico Monteagudo, anduvo curando a estos enfermos en un periodo de alta epidemia en Chuquisaca, que en su mayoría eran contagiosos, nunca fue infectado.
- Hna. Ancila Pérez, recorrió los lugares endémicos de lepra del departamento de Chuquisaca por más de 30 años. Explica que no ha tenido manifestación alguna.
- El Dr. Arturo B. Carrasco, manifiesta haber convivido durante 20 años con un leproso, no sufrió contagio.

- Algunos leprosos, después de haber completado su tratamiento, se quedaron a trabajar de camilleros en el Hospital Santa Bárbara. Contaban con la anuencia de los médicos, basados en la evidencia científica.
- Rafael Mendieta, técnico en lepra, lleva más de 35 años diagnosticando, controlando y curando las lesiones de los pacientes con lepra; actualmente jubilado sin ninguna manifestación de la enfermedad.

En las mismas condiciones se encuentran otros notables de la lucha contra esta enfermedad en el país, como es el caso de los doctores Jorge Suárez, Viador Pinto, Rosario Zambrana, Nora Siles, Ángel Valencia, Willy Saravia, Valerio Cardozo, Mario Villagra, David Paz, Abundio Baptista, Virginia Paredes, M. Esther Villarreal, Boris Apodaca, entre muchos otros, a los que se incluyen los respetables trabajadores sanitarios, de quienes no se ha tenido conocimiento de transmisión.

La historia de la lepra en otros continentes como África, Asia, en países conocidos por su alta endemia como la India, cita a algunos miembros de los equipos de salud que sufrieron contagio de la enfermedad, en cumplimiento de sus labores asistenciales en diferentes circunstancias y condiciones.

El clásico ejemplo de entrega total, vivir y sufrir como los enfermos de lepra, nos enseña la historia del Padre Damián, religioso que convivió desde su juventud con los leprosos en la isla Molokai, compartió su forma de vida y alimentación; curando las heridas de tantos enfermos, hasta que fue inevitable su contagio. Fue la causa de su muerte.

Es innegable considerar que la lepra, así como se la conoce, aún rodeada de un halo de misterio, indudablemente tiene afección por aquellos organismos carentes de adecuadas condiciones de nutrición y bajas defensas orgánicas. Consideramos apropiado indicar que los factores inmunológicos predisponen con mayor o menor intensidad a adquirir el contagio de la enfermedad. Solo nos referiremos a criterios equivalentes o por analogía que sustentan estas consideraciones, en la medida en que en nuestro medio no se cuenta con estudio alguno sobre estas apreciaciones.

Sintéticamente, la transmisión de la lepra en el país ha dependido principalmente de la capacidad de contagio por la carga bacilar del individuo portador que no está en tratamiento; la susceptibilidad natural orgánica del contacto sano para adquirir la enfermedad; los factores socioeconómicos que se traducen en organismos mal nutridos y otros síndromes carenciales; no puede quedar exento el componente relacionado con el tiempo de convivencia con los focos de transmisión.

6. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

1. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. "La Sanidad en Bolivia". Dr. Abelardo Ibáñez Benavente, Ministro del Trabajo, Salubridad y Previsión Social. Pág. 3, Enero 1942.
2. IBÍD Pág.4.
3. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Revista "La Lepra en Bolivia" Informe realizado por el Dr. Jorge Suárez, del Censo realizado por el Servicio Antileproso Nacional. Pág. 968. Publicación noviembre 1944.
4. IBÍD. Pág. 967.
5. OSP/OMS. Antigua Guatemala. Septiembre 1956."Informe IX Reunión OSP". Elaborado el 15 de agosto de 1956- Original: En Español. Pág.2.
6. WAGNER, P; MC.CULLOUGH, J. "El Cóndor de la Selva" Pág. 100. MAE (SIM) Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 1996.
7. IBÍD. Pág. 8.
8. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA "Publicaciones Científicas" No. 41, Pág. 469, 490, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 1501 New Hampshire Avenue, N. W. Washington 6, D.C., E.U.A. Febrero, 1959.

9. MENDIZÁBAL, G. "Historia de la Salud Pública en Bolivia". Pág. 227. OPS/OMS. La Paz 2002.
10. TESIS "Sobre 15 casos de lepra en el Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles, Zona Sud (Sucre) comprobados bacteriológicamente en laboratorio (año 1967)" Tesis elaborada y presentada por Alfredo Gamarra, para optar el título de Doctor en Medicina y Cirugía. Sucre - Bolivia. Octubre 1968.
11. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION OPS "Epidemiological Bulletin" Vol 4, Nº 6, 1983, Pag 2. De acuerdo al Censo de lepra en Valle Grande, Santa Cruz, Bolivia. Informe inédito
12. PRESENCIA. Nota de prensa: "TÉCNICOS DE OMS RECOGEN DATOS SOBRE MAL DE HANSEN", La Paz, Bolivia, jueves 23 de noviembre de 1978.
13. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION OPS "Epidemiological Bulletin" Vol 4, Nº 6, 1983, Pag 3. De acuerdo al Censo de lepra en Valle Grande, Santa Cruz, Bolivia. Informe inédito
14. ZAMBRANA, R. Revista, "Situación de la Lepra en el Departamento de Cochabamba 1960-1989" documento publicado en la Revista Salud Pública el año 1993.
15. CABRERA COELLO, L. "Informe sobre la Asesoría a los Servicios de Epidemiología y Programas Específicos del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia". Del 20 de agosto al 24 de octubre de 1989.
16. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL "Manual de Normas Técnicas y Procedimientos para el Control de la Lepra" 1994. La Paz.
17. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "Boletín Epidemiológico" Septiembre 1996. Vol. 17, Nº. 3.

18. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL, Dirección General de Epidemiología. ANUARIO EPIDEMIOLÓGICO LEPROSIS, La Paz, 2000.
<http://www.ops.org.bo/textocompleto/nsp16026.pdf>
19. LEPROSIS AL DÍA. “Eliminación de la Lepra de las Américas”. Nº 10 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. diciembre 2002.
20. OPS. “Situación de la lepra en las Américas”. OPS
<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/lep-americas.pdf>
21. OPS. Líneas de Acción para Alcanzar las Metas y Sostener los Logros Regionales 2012-2015.
<http://www.anlis.gov.ar/inp/wp-content/uploads/2013/01/Plan-Regional-de-lepra-2012-2015-August-15.pdf>.
22. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-chaplan-accion-eliminacion-lepra-lac.pdf>. Página 46.

CAPÍTULO VIII

TRATAMIENTO DE LA LEPROA, HISTORIA Y EVOLUCIÓN

1. INTRODUCCIÓN
2. ÉPOCA PRECOLOMBINA
3. ÉPOCA DE LA COLONIA
4. ÉPOCA REPUBLICANA
 - 4.1. Etapa de aislamiento e incurabilidad
 - 4.1.1. Terapéutica nacional
 - 4.2. Etapa de la monoterapia
 - 4.3. Etapa de la multiterapia
5. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

“Sanad enfermos, limpiad leprosos...”

Mateo 10:8

1. INTRODUCCIÓN

Extenso y tortuoso ha sido el recorrido de la infatigable búsqueda de las medidas de tratamiento para la lepra a lo largo de los siglos. En cada tiempo y lugar, se han practicado infinidad de métodos, desde los más sencillos basados en simples plegarias e insistentes y largas letanías, hasta aquellas que rebasaban el límite de lo inimaginable, como ha sido la aplicación de venenos ponzoñosos. Ni duda cabe que todos estos intentos fueron vanos, quedaba el consuelo de que algunos lograban mitigar en algo los sufrimientos; pero, la acción de los diversos ingredientes utilizados, más por imaginación que por ciencia, no llegaban más allá de un efímero alivio sintomático; algunas veces complicaban el daño; hasta fueron causa de muerte.

Para la mejor comprensión de los lectores, emplearemos una sencilla metodología que diferencia este largo proceso, una macro clasificación por épocas, por las diferencias sustanciales entre cada una de ellas.

2. ÉPOCA PRECOLOMBINA

Aunque no exista mayor evidencia sustentable sobre la presencia de la lepra en América antes de la Conquista, por el otro lado se tiene el pleno convencimiento que los originarios de este continente no desconocían el arte de curar sus enfermedades. Guiados por el instinto de conservación, los originarios aplicaban las propiedades curativas de las hierbas, las plantas y hasta las vísceras de ciertos animales, para mitigar los padecimientos. Consistía en procedimientos primitivos —también buscaban la colaboración de formas abstractas como la brujería, la superstición, entre tantas otras—. Aplicaban remedio a enfermedades desconocidas por los europeos, como las fiebres tropicales, la disentería y el paludismo. En caso de infecciones o mordeduras de animales ponzoñosos, acercaban la herida al fuego "hasta que ya no podían soportar el calor" (1). No se puede eludir la práctica quirúrgica que realizaban los incas; las características y técnicas que hasta ahora sorprenden al observar cráneos trepanados, que hoy constituyen pruebas que hoy significan el testimonio de una época donde el arte de curar adquirió características notables.

3. ÉPOCA DE LA COLONIA

En este lapso histórico la lepra ya tenía presencia manifiesta y documentada en varios lugares de América; no obstante, no se tiene datos precisos ni registros de eventos ligados a la enfermedad que hayan ocurrido en territorio del Alto Perú.

Algunos historiadores hacen referencia a los escritos de A. Ulloa, que en sus viajes por América había visto varias enfermedades. Decía Ulloa: "(...) en algunos climas cálidos se conocía el mal de San Lázaro y la culebrilla, esta última se creía ser importada por los negros del África". Es de hacer notar que el citado investigador no precisa exactamente el lugar donde había visto a esos individuos afectados (2).

Es posible suponer que la presencia de esclavos traídos del África al territorio que hoy es Bolivia, haya sido una vía de contagio de la lepra — empero, de acuerdo con las investigaciones realizadas ha sido de poca relevancia, lo mismo ocurrió en Argentina—. No existe duda alguna y conociendo la historia de la enfermedad en otras partes de América, que es donde se tiene comprobados vínculos de transmisión directa con estas migraciones obligadas desde África; tal fue lo ocurrido en Centroamérica, Colombia, Venezuela y Brasil.

Retomando del escenario del Alto Perú, muy pocas evidencias se han podido recoger sobre una presencia importante de la lepra; cosa muy diferente ocurría en el Bajo Perú, de donde se tiene registro de su presencia sobre todo en la región de la Costa. Las características de la enfermedad son tan llamativas por el gran impacto social en la población, que permite deducir que estos datos difícilmente han podido pasar desapercibidos, en un escenario donde ocurrieron acontecimientos diversos en el campo de la salud. Otras enfermedades de menor notoriedad fueron descritas, encontrando solamente referencias esporádicas con poca precisión de las que pudieran parecerse a la lepra. Esta opinión encuentra mayor sustento si consideramos que tampoco se tiene referencias sobre la construcción de centros de aislamiento para la enfermedad, como ha ocurrido en otros contextos donde la presencia de la lepra ha sido mencionada y acompañada de las medidas de control, que en esos tiempos el confinamiento o separación de los afectados constituía

la única alternativa. Desde luego, todo dependía de la magnitud de la amenaza.

Analizando el nexo de transmisión en el Alto Perú, por la vía de los esclavos, cuya presencia fue importante en Potosí, Charcas y La Paz, del mismo modo que el comentario precedente, son pocas las repercusiones sobre el tema.

La medicina de esos siglos seguía la tendencia herbolaria de la práctica tradicional, y una mezcla con la europea, siendo los medicamentos más utilizados: las tizanas, píldoras estólicas, polvos del Papa Benedicto, tinturas magistrales, precipitantes, volatilizantes, fomentos y baños, ventosas, ácidos peregrinos, mesentéricos y melancólicos, sangrías, emplastos, purgantes a base de plantas, quininas, polvo de regaliz, nuez moscada, alumbre, cataplasmas de diversas hierbas y semillas, sinapismos, amén de los baños termales. Es de suponer que estos “remedios” solo atendían la sintomatología y no la causa de la enfermedad, por lo que la morbilidad y mortalidad eran altas, según el registro eclesiástico de las defunciones, en la que no figuraban los mestizos ni nativos (3).

La medicina europea quiso imponerse a las tradiciones y formas “terapéuticas” aplicadas por los nativos del lugar. Muy pronto esta medicina de los indígenas comenzó a resistir. Dos bandos bien marcados se pusieron frente a frente, sin disimulo, los nativos frente a los españoles.

A medida que pasaron los años, aumentaban las enfermedades, ya se incluían las traídas de Europa, la posterior consecuencia era lógica: crecían las exigencias sanitarias. Las sociedades o grupos poblacionales, incluyendo sus autoridades tenían que dar solución a este problema. Paulatinamente fueron surgiendo clasificaciones que identificaban a los practicantes de la medicina. Entre estos existieron algunas categorías de médicos (4).

1.- Los verdaderos médicos, supuestas eminencias, que venían de España y que generalmente estaban reservados para los altos dignatarios.

2.- Los “romanticistas”, los que nada sabían de latín, pero lo utilizaban para enmascarar su ignorancia o maravillar a su ingenua clientela.

3.- Los barberos, que eran los sangradores principales, sin perjuicio de trabajar en su verdadero oficio.

4.- Los boticarios y las comadronas competidores de los médicos.

No podía estar exenta la presencia de los curanderos quechuas y aimaras sobre todo en el Alto Perú, con sus diferentes características de aplicar ciertos medios peculiares, algunos hasta tenían inclinaciones para curar un determinado tipo de enfermedades. Todos trataban de demostrar que los medios que utilizaban eran los mejores. Sus logros hicieron que estos personajes (también existían mujeres), inclusive en la actualidad, sean considerados dentro su comunidad como habitantes de alta condición intelectual y capacidad (algunos eran considerados como portadores de poderes sobrenaturales y/o iluminados), merecedores de respeto y todo tipo de consideración.

El Dr. Antonio Dubravcic, prestigioso médico e historiador surense, hace una interesante referencia sobre la medicina de los Incas previo a la conquista: “En el Imperio Incaico se realizaron difíciles intervenciones como la trepanación craneana, demostrada en los hallazgos arqueológicos, el arte de curar entre los indígenas fue siempre muy útil a curanderos, exorcistas y hechiceros. La superstición del aborigen le permitió creer en la existencia de espíritus maléficos causantes de las enfermedades”.

Desde el punto de vista científico, no puede dudarse que los médicos españoles encontraron en el Nuevo Mundo sencillas y útiles nociones empíricas, surgidas de hombres que vivían en contacto directo con la naturaleza. El hecho es indiscutible —escribió el historiador Furlong— y el encuentro de la medicina europea con la americana no fue un choque sino un abrazo. Ninguna de las dos repudió a la otra, antes se complementaron.

El aporte de la medicina indígena se reflejó en los siguientes progresos científicos:

a) Enriquecimiento de la farmacopea con nuevas drogas, como la jalapa, la quina, la coca, el bálsamo, la polígala, la zarzaparrilla, etc.

b) Se imprimieron en España —más tarde en América— textos sobre el empleo de esos medicamentos.

c) Nueva forma de encarar la terapéutica, hasta esa época sujeta a las doctrinas aristotélicas y galénicas.

d) Fueron enviadas expediciones científicas a las nuevas tierras, la primera de ellas a cargo de un Protomédico General de Indias”.

En otro artículo en la Revista del Instituto Médico Sucre, el Dr. Antonio Dubravcic, referente a estos practicantes de la medicina, basada en investigaciones documentadas, describe una clasificación:

“Yatiri, el brujo o vidente, era el que interpreta en las hojas de coca dispersas, no solo las causas de las enfermedades, sino otras situaciones por las que fue consultado. Realizaba el diagnóstico y la curación de todo tipo de desorden físico-psíquico-cósmico (incluidas las enfermedades), por haber sido tocado por el rayo o haber recibido poderes superiores ya desde su nacimiento. Era a la vez médico, adivino y sacerdote, dominaba los recursos rituales, aunque conocía también los naturales. Dentro de éstos el jampiri o quilliri (el que cura) estuvo especializado en enfermedades y tuvo un amplio conocimiento de las plantas y otros recursos naturales medicinales”.

“Los Amautas, sabios de la nobleza incaica, fueron los supervisores de la ciencia, realizaban interpretaciones astrológicas, pronosticaban el tiempo, fueron formados en una escuela en el Cuzco denominada Yanahuasi”.

“Los Kallawayas, alcanzaron su apogeo en las prácticas médicas, es posible que existieron como un grupo especializado mucho antes, la primera referencia que se tiene corresponde al siglo XVIII, en los escritos de Guaman Poma, los menciona diciendo: “llevaban resinas aromáticas, incienso, quinina, yerbas medicinales, recorrían todo el territorio del virreinato, restituyendo la salud con la juiciosa aplicación de mezclas de yerbas y virtudes específicas a diversas enfermedades”.

Estas referencias aludidas de ninguna manera significan que no hayan existido otras categorías o descripciones de practicantes de la medicina en esos tiempos. No debemos olvidar que también tuvieron su lugar en la historia de la medicina en el Alto Perú, lo que hoy es Bolivia, los nativos y originarios del llano y el chaco, cuya riqueza en términos de considerar sus métodos de curación, han servido de base para la posterior farmacopea, extractando el fundamento biológico de la práctica utilizada por estos magníficos médicos, lo que aún persiste y cuya experiencia se ha preservado a través de los años, incorporándose en la actualidad como parte de la medicina alternativa, que imbricada a la medicina y terapéutica convencional, han empezado a cobrar vigencia mundial.

4. ÉPOCA REPUBLICANA

La Historia de la Lepra en Bolivia, cuando corresponde analizar el tratamiento, tiene similitud con el proceso evolutivo de la terapéutica de la enfermedad en los países donde cobró mayor vigencia. Bajo este comprendido no se puede negar la evidencia cronológica de esta época que claramente nos muestra tres etapas:

- Etapa de aislamiento e incurabilidad
- Etapa de las Monoterapia (Sulfonas)
- Etapa de la Multiterapia.

Por supuesto, se tiene que incorporar el tema que corresponde a la medicación cuando ocurran las reacciones adversas como respuesta inmunológica a los medicamentos y al mismo agente causal. Terapéutica que también ha tenido su propia evolución, como se verá más adelante.

4.1. Etapa de aislamiento e incurabilidad

La historia y la experiencia recogida de nuestros antecesores médicos, nos enseñan que la lepra constituye una de las patologías que ha sido objeto de tantas experiencias terapéuticas, desde su aparición, en cada lugar, por las distintas civilizaciones, hasta confluir miles de años después en el período científico —mediados del siglo XX—, cuando recién se alcanzó a identificar la medicación específica y efectiva.

En este largo periodo, y como una muestra de lo ocurrido en el penoso afán de encontrar los remedios que curen este mal, nos invita la historia a recordar que en el Antiguo Testamento ha sido motivo de gran preocupación. Se instauró, frente a la amenaza de la enfermedad, los primeros criterios sanitarios de aislamiento (Levítico Cap. 13). Desde esos tiempos, cuando el predominio de la medicina empírica era la única, con diversos métodos curativos, muchos de ellos en el campo del espiritismo, la magia o la religión, entre otras; en todo ese transcurso son innumerables los medicamentos utilizados, la mayoría de ellos sin efecto terapéutico alguno, y otros, que en el actual pensamiento y análisis son considerados hasta de irracionales.

La lepra en Bolivia cuyos primeros reportes oficiales sobre su presencia data de 1846, cuando se tiene una ley para la creación de un “Hospital de Lazarinos” en Tarija; que se refiere a la construcción del nuevo Lazareto por los Hnos. Franciscanos —que no significa otra cosa que la restauración de la primera que los mismos religiosos habían construido anteriormente—. Otros datos están relacionados con los primeros registros de enfermos de lepra en el Hospital Santa Bárbara de Sucre en 1871. Antecedentes que identifican periodos con condiciones y disposición de medicamentos para encarar las enfermedades que no eran los adecuados, por el simple hecho de que la ciencia aún no había descubierto los agentes etiológicos que ocasionaban muchas de las enfermedades, entre ellas la lepra. Y, la tecnología no ofrecía las mejores perspectivas para realizar trabajos científicos de investigación.

Tanto en el periodo de la Colonia como en el inicio de la época Republicana, los países, entre ellos Bolivia, cuando la aplicación de los esquemas de tratamiento existentes para la lepra fueron considerados como de poco efecto, tampoco podemos dejar de considerar que esas acciones eran concebidas como las mejores que existían en esos años, porque eran las únicas que existían; con el añadido que cada vez era mayor la presión para curar a los afectados, que exigía al sector médico la experimentación de otras terapéuticas con tal de alcanzar frenar el proceso de destrucción orgánica que infligía este flagelo. En tales circunstancias, como se podrá ver después, las medicaciones experimentaron cambios sustanciales; y difirieron de un lugar a otro, inclusive entre colonias o leproserías de un mismo país.

Ante tanta especulación, experimentos, hipótesis e indescriptibles intentos por encontrar el remedio definitivo, y los resultados que nunca se daban, las autoridades de las sociedades afectadas optaron por aplicar lo que el sentido común orientaba: ante la urgencia para evitar la propagación de la lepra, solo quedaba aislar a los enfermos. Entonces surgieron las legislaciones especiales para la construcción de lazaretos, colonias, leprosarías o albergues para leprosos (Brasil, Paraguay, Colombia, Venezuela, Argentina, Perú, etc.) En Bolivia de inicio se contó con la Ley de 9 de noviembre del año 1846, durante el gobierno de José Ballivian.

Como muestra que corrobora la pertinencia de esta Ley, nos referiremos escuetamente a otros contextos del continente donde también se optó por lo mismo. Una de las legislaciones de un país vecino indicaba: “El único sistema de aislamiento de los leprosos que es práctico porque está de acuerdo con la naturaleza y duración de la enfermedad, es el de lazaretos-colonias, con hospitales para los enfermos que los necesiten y para aplicar *científicamente* los tratamientos especiales de la lepra”.

En Colombia existía una legislación rigurosa sobre el aislamiento y profilaxis de la lepra, ésta precisaba: “(...) la Ley ordena el aislamiento de todos los leprosos y lo prohíbe en el domicilio de los enfermos” (5).

De esta manera el aislamiento que establecía una medida de profilaxis, también llegó a constituir una de las estrategias terapéuticas, actuaba previniendo la propagación de la enfermedad, de alguna forma interrumpía la cadena de transmisión; donde se imponía el criterio de *aislar para prevenir*.

La literatura consultada en Bolivia sobre temas y avances dirigidos a la terapéutica de la lepra, generalmente provenía de los países vecinos, que difundían y actualizaban sobre los adelantos, experimentos e investigaciones realizados. Como era de esperar, fueron los países con mayor incidencia de lepra en el continente, Brasil, Colombia, Argentina, Venezuela y Paraguay, que irradiaban sus conocimientos y daban a conocer los resultados de sus experiencias. De la misma manera, en Bolivia, fueron los departamentos con mayor incidencia, Beni, Pando, Chuquisaca, Santa Cruz, Tarija, que en su propósito de encarar los retos que se presentaban, asimilaron y profundizaron estas medidas de

tratamiento. Según conocemos, también contribuyeron con algunas investigaciones, crearon esquemas según los medios y disponibilidad de insumos, con resultados ambiguos, y quedaba la duda de no saber si el medicamento utilizado era el correcto y cuál era su acción precisa para incidir en la enfermedad.

Esta historia para alcanzar su real objetivo de comprensión, también busca realizar comparaciones de lo que ha ocurrido en los demás países del continente; y así tener el parámetro aproximado de cuáles fueron nuestras posibilidades en ese contexto y, servirá además, para un análisis retrospectivo que consienta conocer nuestros aciertos, y aquellas opciones que pudiendo favorecernos no se las aprovechó.

Es necesario conocer algunas prácticas y tratamientos de algunos países de alta endemia, como es el caso de Colombia, escenario de muchas vicisitudes y grandes eclosiones que tuvo que soportar en el proceso de controlar la enfermedad. En este ambiente el Dr. Pablo García Medina, Médico Jefe de la Oficina de Lazaretos de Colombia, en el artículo publicado a principios del siglo XX, explicaba: “En este año (1908) he ensayado el atoxil en veinte leprosos, ordinariamente a las dosis de treinta y cincuenta centigramos por dosis y por día. La mejoría de algunos leprosos fimatoides, especialmente de los que presentan infiltraciones queiloideas, es rápida y notable en lo que podría llamarse primera etapa del tratamiento. Es sorprendente ver cómo se absorben enormes montañas de lepromas confluentes, y cómo el rostro pierde ese aspecto mixedematoso y leonino, recobrando su expresión normal. Pero en el segundo período del tratamiento la mejoría marcha con mucha lentitud y se presentan síntomas de intoxicación que obligan a suspenderlo (...)”; “Mejores resultados obtuvieron el doctor Montoya y Flores con el salicilato de soda y con el salicilato de metilo; pero nunca pudo llegarse a obtener una verdadera curación (...)”; “Ha sido el aceite de chaulmoogra el medicamento que más se ha empleado en nuestros lazaretos, y el que mejores resultados ha dado. En los primeros años se empleó el chaulmoogra por la vía gástrica, principiando por pequeñas dosis, y estableciendo así tolerancia por las dosis altas. Con este tratamiento vi tres casos de verdadera curación, que hoy se hallan en estado completamente satisfactorio, aunque han transcurrido ya más de doce

años desde que salieron del lazareto. En estos casos había seguridad de que el diagnóstico de lepra era cierto” (6).

Tomando en cuenta el valioso aporte de algunas revistas internacionales médicas que circulaban en ese tiempo, cuya distribución también se lo hacía en Bolivia, así también, una la Revista de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) ilustraba respecto de los adelantos y nuevas medidas que se utilizaban en el tratamiento de la lepra. En 1933 la OSP publicaba algunas de estas formas de tratamiento:

“El piramidón: En los estados reaccionales de la lepra (reacción adversa al medicamento) buscando algún procedimiento que pueda abortar, o por lo menos acortar, la evolución de la fiebre leprosa, y vistos los beneficios obtenidos en la tifoidea, a Montañés y Negro se les ocurrió emplear el piramidón a dosis fraccionadas y relativamente intensas. El resultado fue alentador en unos 12 casos. En resumen, el piramidón es el medicamento que menos falla en la terapéutica de la leproreacción”.

“Fluoresceína: Ha probado la fluoresceína en 31 casos de reacción leprosa intensa. Trece revelaron una rápida reposición después de recibir una o dos inyecciones de 10 cc de fluoresceína al 2 por ciento, y 15 baja de la fiebre por lisis después de tres a seis inyecciones; y cuatro no revelaron mejoría” (7).

Llama la atención el hecho de tener importante casuística en casos de reacción leprosa, demostrando complicaciones mayores que muchas veces necesitaban tratamiento de urgencia por la severidad del cuadro. Estas reacciones se presentaron incluso en pacientes que no recibieron medicación alguna, otras veces en los que se encontraban en pleno tratamiento, también en los que concluyeron. En la actualidad igualmente se presentan estos estados críticos.

Otro artículo de la misma revista indicaba: “En las infecciones crónicas, las lociones antisépticas que parecen indicadas son el agua oxigenada, la glicotermalina, el ácido bórico, y el hexilorresorcinol, y la adición de glicerina resulta a veces útil”.

El Aceite de Chaulmoogra

Cuando nos referimos al aceite de chaulmoogra estamos apuntando a la medicación que más se ha utilizado para la lepra antes de las sulfonas (1941), incluso después de esta etapa en algunos lugares se ha continuado con su uso por varios años.

Desde hace muchos siglos, sobre todo en la India, se conocen escritos que revelan testimonios, anécdotas, leyendas; además de grandes controversias que se suscitaron en diferentes épocas y lugares, sobre su aplicación y resultados en el tratamiento contra la lepra. En el Oriente, las semillas y el aceite extraído de ellas eran utilizadas para curar la lepra.

Figura 8.1.



Fruto de la planta de chaulmoogra, de donde se extrae el aceite del mismo nombre, que ha sido utilizado por muchos años como remedio para la lepra.

El Dr. D. A. Chalmeta, en su discurso en sesión pública del día 8 de enero de 1935 para ser recibido como Académico de Número, hizo una explicación impecable respecto al aceite de chaulmoogra, que es de donde basamos el siguiente comentario.

El Aceite de Chaulmoogra en Europa fue recién conocido en 1857, tras haberse verificado los resultados que se obtuvieron en la India. En tiempos en que la enfermedad era considerada como incurable fue utilizada como una medicación que tenía posibilidades de curarla.

La produce el árbol de chaulmoogra. Crece en lugares casi inaccesibles de las selvas de la India. Mide de 15 a 20 metros de altura. Los frutos tienen

la dimensión de una naranja; encierran una pulpa con numerosos granos grises.

El aceite de Chaulmoogra ha tenido un proceso en función a la tolerancia y los casos de lepra. Desde el principio la modalidad de su uso ha consistido en aplicaciones locales sobre las lesiones, a pesar de sus características muy comentadas de ser irritante. Estas contrariedades motivaron una previa preparación con diferentes añadidos alcanforados que actuaban como diluyentes —por su alta viscosidad— lo que incluso facilitaba la absorción. La literatura nos enseña que algunos indígenas lo usaban batiéndola con manteca de búfalo fundida y aplicándola tres veces al día.

También el aceite ha sido usado en forma de jabón sódico de chaulmoogra en forma de píldoras, comprimidos y cápsulas. Los caracteres antes indicados junto a su gusto un poco acre, hacen desagradable la ingestión y pueden producir irritación de la mucosa gástrica con trastornos gastrointestinales consecutivos como vómitos y diarreas. Se facilita la ingestión recurriendo como en el aceite de ricino a la cerveza, a la taza de té, al poco de ron, etc., y en los países fríos colocándole sólido en cápsulas amiláceas.

Se consigue enmascarar el sabor de un modo más seguro recurriendo a las cápsulas gelatinosas, las cuales se queratinizan en la actualidad, según preconizó Jeanselme, a fin de impedir su acción irritante sobre la mucosa gástrica. Las dosis son al principio de cinco gotas dos veces al día, aumentando progresivamente hasta cien, si no se presentan síntomas de intolerancia.

Los trastornos digestivos fueron un inconveniente para la aplicación del aceite en muchos casos, desde entonces a fines del siglo XIX, en Europa, comenzaron las aplicaciones intramusculares. Esta vía de suministro del aceite muy pronto encontraría sus inconvenientes, por lo dolorosa que era, por la lenta absorción que predisponía a la formación de abscesos locales. Por estas observaciones se realizaron experimentos para conseguir la purificación del aceite buscando su mejor viabilidad farmacológica en su aplicación (8).

Figura 8.2.

Aceite de Chaulmoogra expedido en la farmacia Aurelio Gámir de Valencia, España en 1941. Era el único remedio, conocido entonces, para tratar la lepra.

Siguiendo el camino de encontrar la mejor forma de su suministro, quedaba la otra vía, las inyecciones endovenosas, para esto las condiciones de los preparados tenían que ser menos irritantes y aumentar su solubilidad. Sin embargo, los efectos adversos tampoco se dejaron esperar. Las inyecciones intravenosas del aceite de chaulmoogra solo o mezclado a sustancias diferentes como éter, ácido fénico, yodo, fueron abandonadas por producir accesos de sofocación, violenta tos coqueluchoide, cefalalgias y fiebre elevada.

4.1.1. Terapéutica nacional

En Bolivia, haciendo mención y un recorrido sobre las diferentes formas de encarar la lepra, según referencias documentales existentes, iremos citando aquellos medios medicamentosos, físicos, químicos, caseros y más otros, utilizados por los practicantes de la medicina alópata, y por su parte, también en su momento, los homeópatas.

Una recomendación para aliviar y contribuir en la recuperación de los afectados, consistía en la hidroterapia, más propiamente conocida en nuestro medio como baños termales; ha tenido a lo largo de la historia de

la medicina su importancia por las propiedades curativas que se le han atribuido para varias enfermedades, incluso en la actualidad es recomendada por profesionales médicos, con mayor frecuencia por los practicantes de la medicina tradicional. En el caso específico de la lepra, por ser esta una patología con mayor incidencia en climas cálidos, no coincide topográficamente con estos balnearios que generalmente se encuentran en los valles y el altiplano, razón por la que su mención se limita a casos esporádicos, que, sin embargo, algunos no han pasado desapercibidos, como es el apunte que hizo una revista del Instituto Médico Sucre, que también es mencionada por el Dr. J. M. Balcázar, referente a una interesante y anecdótica terapia antileprosa, por el contenido sugestivo del enfermo deseamos compartir con el amable lector. Ocurrió a principios del siglo XX, más propiamente en 1905. Decía el relato: “Para curar la lepra, se utilizaba, en Sucre, el balneario de Talula, valle del Pilcomayo. Un “lazariento” tarijeño; individuo joven, amulatado, robusto, vivía entre Sucre y aquel balneario; según le molestaba o no el mal de San Lázaro, tenía a su disposición tres baños: infierno, de temperatura tan alta, que “cocía un huevo”; purgatorio, de temperatura más baja, y gloria, tan solo de agua tibia. Los baños eran utilizados hasta hacer caer las costras, estado en el que, con la piel blanquecina, regresaba a Sucre. El enfermo tuvo muchos imitadores, si bien no para curar precisamente la lepra, consideraban también útil para otras enfermedades de la piel” (9).

El tratamiento de la lepra que se practicaba en el país, también estaba encaminado en la medida de la presentación de los casos, que generalmente eran formas abiertas o multibacilares (formas lepromatosas con presencia de úlceras y algunos con mutilaciones). Para esto se instauraba el tratamiento local de las heridas mediante la limpieza con soluciones antisépticas; en este cometido también se utilizaba los baños con agua caliente, aplicación de sustancias medicinales al exterior de las lesiones y los apósitos corrientes. (Según datos obtenidos en el Hospital Santa Bárbara de Sucre, que reportó casos atendidos en el siglo XIX).

Mientras que el tratamiento medicamentoso específico consistía en: Preparados arsenicales, yoduros; se utilizaba al igual que en otros países y como medicamento esencial el aceite de chaulmoogra, del que se decía

que, si se pudiera tomar la dosis suficiente, los pacientes curarían con seguridad. La forma de empleo se la hacía por vía bucal, en gotas, cápsulas, o saponificado (jabón de ginocardia), o también con el nombre de Antileprol Bayer. Se han utilizado asimismo las inyecciones de yodoformo en aceite a la dosis de 2cc. También se recurrió a la tuberculina antigua de Koch; la nastina B1 y B2 de Dick, extraída de cultivos leproso. No estuvieron ausentes los que recomendaban el veneno de serpiente cascabel (medicina tradicional), en dosis, concentración y frecuencia que se les ocurría a estos tradicionales y ocurrentes terapeutas (10).

En cuanto al veneno de serpiente, sobre su uso se tiene algunas referencias obtenidas de pobladores de avanzada edad, sobre todo en el llano y el Chaco boliviano. Indicaban que, ante la ineficacia de la farmacopea convencional para curar la lepra, había sido la causa para recurrir a este medio de práctica tradicional. Es probable que haya también sido motivo de experimento en el ámbito profesional, porque al final de cuentas, no era una opción tan “tradicional”, como indica la siguiente experiencia en Brasil, que para conocerlo haremos un breve paréntesis. Decía el reporte en cuestión: “(...) con motivo de las recientes discusiones acerca del empleo del veneno de cobra en la lepra y el cáncer, los Archivos de Medicina Naval (octubre-diciembre. 1933) recuerdan que ya en 1866 Brassac, médico de la armada, se refirió en los Archivos de Medicina Naval, al empleo en el Brasil por algunos experimentadores, con la anuencia de los enfermos de lepra, de las mordeduras de serpientes venenosas en la lepra. Las experiencias realizadas en Río de Janeiro fueron absolutamente desfavorables en dos leproso que se sometieron varias veces a mordeduras, y una vez casi murieron de síncope, sin que eso modificara la lepra. Sigaud describió una de esas tentativas, en la cual el sujeto sucumbió a las 24 horas de la mordedura. También hizo notar que el veneno de la serpiente de cascabel había modificado en tal forma los tubérculos, que se desprendían prontamente, y se preguntó si no podrían probarse inoculaciones de pequeñas cantidades del veneno para obtener la renovación de la piel y una secreción urinaria abundante” (11). Retomando el ámbito nacional, el Dr. Benigno Valda García, en su Tesis doctoral, en 1938, respecto a los tratamientos que se realizaban en el Hospital Santa Bárbara de Sucre, explicaba lo siguiente: “El Dr. Juan Alcócer, en el Hospital de Santa Bárbara, experimentó la

autosueroterapia, en un leproso con trastornos de sensibilidad, dolores pseudo-reumáticos, pies edematosos, etc. Después de extraerle una cantidad de sangre, para obtener suero, le practicó una inyección de 2 cc de éste, observándose seguidamente remisión de los dolores reumatoides y disminución de los edemas, trastornos que volvieron a presentarse al cabo de cinco días; repetida la inyección, el enfermo mejoró de nuevo y hasta los lepromas disminuyeron de volumen, continuándose las inyecciones semanales de 10 cc de suero durante 4 meses. En el curso de 8 meses, durante los cuales pudieron observar al enfermo, no habiendo presentado dolores y sus lesiones permanecieron estacionarias”.

Continuaba el doctor Benigno Valda: “Sobre el uso de Violeta de Genciana, en el Hospital Santa Bárbara de Sucre, en junio de 1938, el Dr. Raúl Fernández de Córdova, trata a un leproso, de forma tuberculoide, con el violeta de genciana, usando en solución al 1 % y a dosis de 3 miligramos por kilo peso, en inyecciones interdiarias por vía endovenosa y, combinando, con inyecciones intramusculares de bálsamo del Perú; si bien eran algo dolorosas no causaban trastorno alguno en el enfermo. Las lesiones cutáneas y el estado general del enfermo sufrieron una franca mejoría; pero desgraciadamente a los pocos días de haber observado dicha mejoría, fuga el enfermo del servicio hospitalario, sin haberse por ello podido llegar a conclusión alguna”; “El Dr. Raúl Fernández de Córdova, dice haber tenido magníficos resultados con este método de tratamiento en un leproso con mal perforante plantar”.

Las facultades de Medicina de Sucre, Cochabamba y La Paz, formadores de recursos humanos en la medicina alópata, han difundido los diferentes esquemas de tratamiento que se realizaban en el país, en tal sentido las medicaciones eran parecidas en los departamentos donde la endemia era perceptible: Tarija, Beni, Pando, Santa Cruz, Chuquisaca.

Lastimosamente muy poca herencia estadística y de investigación hemos recibido de nuestros antecesores clínicos, dermatólogos y salubristas, circunstancia que limita tomar mayor conocimiento sobre las medidas terapéuticas que se aplicaban. A pesar de no contar con registros ni expedientes clínicos de los casos de lepra tratados en esos años, se ha tenido la literatura médica difundida en nuestro medio, que en esos

momentos constituía la forma de socializar las normas y avances para el tratamiento de la lepra. En este escenario se tiene algunas referencias de cómo ha sido la dinámica de elaboración y dispensación de medicamentos existentes.

En el artículo “Apuntes para la evaluación Histórica del medicamento en Bolivia en los primeros cincuenta años del siglo XX”, el doctor Oscar Díaz Ugarte, en un trabajo publicado en la Revista Archivos bolivianos de la Historia de la Medicina, en 1988, hace una interesante referencia sobre la forma de preparar y dispensar los medicamentos y sus vías de administración. Apuntaba el galeno: “Sin embargo de contar con un relativo amplio margen de conocidos medicamentos en el extranjero, en Bolivia solamente se usaron los sintomáticos y muy poco los curativos o los que servían para el control de las enfermedades (...)”; “(...) lo cierto es que el uso del medicamento que sirve para el control de los síntomas más molestos de la enfermedad era el amplio dominio de la terapéutica que se aplicaba (...)”. Hace especial referencia al doctor Juan Manuel Balcázar —connotado médico, cuya contribución literaria en la Historia de la Medicina fue cuantiosa—, el mismo que afirmaba: “En los hospitales y en la clientela particular continuó el predominio de las —pociones—, y en su preparación, en auge, la —polifarmacia—, con el criterio de que la eficacia de aquellas estaba en relación directa al número de sustancias que hacían parte de su composición”. “El recetario de las salas de hospital frecuentemente indicaba una sola —poción—, para cinco, diez o más enfermos; y las fórmulas “magistrales”, se repetían a diario, distinguiéndose ya por las sustancias componentes, sino por principal objetivo: “diaforéticas”, “tónicas”, “balsámicas”, “expectorantes”, “vomitivas”, etc. Las inyecciones por vía subcutánea estaban limitadas a los tónicos-cardíacos y a algunos estimulantes (aceite alcanforado, estricnina, cafeína, etc.) La endovenosa se conoció desde 1908, pero en un comienzo se la practicó previa disección de las venas del pliegue del codo, práctica que la resistían los enfermos con justificada tenacidad, pero que se mantuvo hasta 1915, año en que algunos alumnos comenzaron a desecharla a hurtadillas para ensayar la técnica moderna. La vía intramuscular fue contemporánea de la endovenosa” (12).

La necesidad de concebir una idea que contextualice los medios y formas disponibles en esos años, hace necesario tomar conocimiento de las

circunstancias y temporalidad en que se desarrollaban los eventos de la salud. Todo orienta a ponderar el trabajo médico dedicado a la búsqueda de alternativas de curación, que en algunos casos se pueden considerar como artificios terapéuticos, siempre con la buena intención de brindar alivio a los enfermos, con interés especial para los que padecían de lepra.

En el capítulo de Tratamiento de las Enfermedades Infecciosas, incluido en el libro “Patología Médica Fundamental y Práctica” de William Osler, –Argentina 1948– (los autores y la medicina en Argentina se constituían en uno de los importantes referentes para la práctica médica en Bolivia), se encuentra un resumen de medicamentos que muestra la terapéutica disponible en ese tiempo, para la lepra y otras enfermedades (13).

- *Tétanos: Sulfamidoterapia más suero o antitoxina.*
- *Tuberculosis: Sintomático.*
- *Lepra: Único tratamiento Aceite de Chaulmoogra.*
- *Herpes Zoster: Vitamina B1.*

Conociendo que las sulfonas fueron descubiertas en 1941, sin embargo, el Dr. W. Osler de Argentina, en su libro editado en 1948, todavía no incluye estos medicamentos; solamente puntualiza la presencia del Aceite de Chaulmoogra. Es una muestra del tiempo que tardó en ser aplicado este nuevo descubrimiento en Argentina, y mucho más en Bolivia, donde por muchos años se continuó con el uso de este aceite.

El Dr. Francisco Cernadas en el libro “Tratado de Farmacodinamia y Posología” Edición 1957, en el resumen de medicamentos descritos hace referencia a la medicación para la lepra, vigente en ese tiempo (14).

- *Lepra: Diasone. Aceite de Chaulmoogra*
- *Antieméticos: Cocaína. Citrato de sodio. Poción Riviere*

Este resumen de medicamentos ya incluye el Diasone, que es una sulfonamida antibiótica, cuyo nombre genérico es Sulfoxone. La acción terapéutica estaba dirigida a la lepra y la dermatitis herpetiforme. De ninguna manera se puede aseverar que, en ese tiempo en el país, este medicamento constituyera la única terapéutica antileprosa, no otra cosa significa la presencia del Aceite de Chaulmoogra en dicha lista de

medicamentos, mostrando todavía su vigencia aprobada y autorizada por la medicina académica convencional, refiriéndonos a la edición del año 1957 del mencionado libro.

Un pasaje impresionante que la historia de la lepra en Bolivia no debe olvidar, tiene relación con la solicitud realizada por el Dr. Viador Pinto, que en 1947, en el artículo de revista “Lepra en el Beni”, revelaba: “(...) es necesario que las drogas de efecto antileproso más conocidas, no falten, aquí hemos oído hablar de la diasona y, sin embargo, no la conocemos; necesitamos pronamida; derivados del chaulmoogra, vitaminas, sulfas, penicilinas, extracto hepático y todo esto, en cantidad suficiente; y dedetizar cada 2 meses los locales”.

Este pedido clamoroso demuestra las condiciones reales de precariedad en que se encontraban las colonias de leproso en el Beni, y las otras que funcionaban en el país. El desabastecimiento de insumos y medicamentos elementales, ligados al hacinamiento, mala nutrición de los asilados, etc., constituían el diario clamor.

En la Revista de Salud Pública Boliviana (1961), en un párrafo hace mención a la medicación de la lepra en base a las sulfonas que se utilizaba en las leproserías: “(...) Actualmente se emplean en el tratamiento de la lepra productos quimioterápicos como el Ciba 1906 y el Diaminidifenilsulfona (DDS), que es fabricado por varias casas de productos químicos y que se expende en el mercado con diferente nombre y dosificaciones, siendo los principales el Diamidin, Promizol, Diazona, Avlosulfon, Neosulfonazina, Disullone, etc., que viene siendo empleados en la Leprosería de Los Negros y en Victoria”. Como se podrá observar, en este apunte ya se excluye el uso del aceite de chaulmoogra.

4.2. Etapa de la Monoterapia

Anterior a la aplicación de la quimioterapia en el tratamiento de la lepra, las condiciones del enfermo eran de mal pronóstico; llevaba una vida miserable, desesperada y sin esperanza. Según la historia de la lepra en cada país, se puede conocer del trato inhumano recibido. Mediante una ceremonia religiosa que se realizaba se condenaba y/o separa al enfermo de su familia y comunidad. Era la muerte en vida. Los enfermos eran

recluidos en leprosarios en espera de la muerte para que terminen sus angustias y sufrimientos.

El advenimiento de las Sulfonoterapia

La presencia de la lepra en todos los continentes ha sido motivo de infatigables investigaciones, recordando que en 1873 fue un médico noruego el que identificó el bacilo, pero aún faltaba encontrar el medicamento que actuara específicamente sobre el bacilo de la lepra.

El descubrimiento de la acción de los medicamentos actuales para la lepra no se produjo sino hasta 1941. En ese año, el Dr. Guy Faget, Médico, director de un hospital para pacientes con lepra en Carville Estados Unidos, descubre la acción de las sulfonas comprobando que efectivamente alteraba la evolución de la enfermedad. Nacía una esperanza para los enfermos de lepra, después que pasaron tantas generaciones en tantos siglos de espera.

La monoterapia con dapsona se aplicó en todo el mundo como principal tratamiento para la lepra. Los efectos fueron notables. La nueva era para controlar la lepra había iniciado su nuevo largo camino.

Figura 8.3.



Dr. Guy Faget, descubrió la acción antileprosa de las sulfonas en 1941. Su contribución fue el inicio de la etapa de curación de la lepra.

En 1946, Cochrane utilizó la diamino—defenil—sulfona (sulfona base o madre), conocida como Dapsona o DDS), en suspensión oleosa, por vía intramuscular, para tratar enfermedades de lepra en la India. En 1947,

Lowe fue el primero en utilizar dapsona por vía oral para tratar enfermos de lepra en Nigeria. En el mismo año, Opromola la utilizó en Brasil (15).

Figura 8.4.

Public Health Reports

Vol. 58 • NOVEMBER 26, 1943 • No. 48

THE PROMIN TREATMENT OF LEPROSY. A PROGRESS REPORT

By G. H. FAGET, Senior Surgeon, R. C. POGGE, Assistant Surgeon (R), F. A. JOHANSEN, Surgeon (R), J. F. DINAN, Passed Assistant Surgeon (R), B. M. PREJEAN, Passed Assistant Dental Surgeon (R), and C. G. ECCLES, Passed Assistant Surgeon (R), United States Marine Hospital (National Leprosarium), Carville, La.

Promin, the sodium salt of p. p. diaminodiphenylsulfone n. n. didextrose sulfonate, has been used in experimental tuberculosis in guinea pigs with remarkable success (1). Its clinical trial in human tuberculosis as a chemotherapeutic agent has met with at least promising results (2). Its experimental use in the treatment of leprosy was commenced by the writers over 2 years ago, and at present it is felt that promin is a therapeutic agent worthy of further trial in human leprosy. The writers have had no experience with the drug in murine leprosy, but in this type of the disease the reports are suggestive of slight action (3).

Histórico. La Revista Public Health Report, 1943, en uno de los primeros reportes sobre los resultados de la aplicación de DDS en el tratamiento de la lepra.

Figura 8.5.



Dr. Dilton Opromola, médico científico, que contribuyó en la investigación y aplicación de la terapéutica de la lepra en Brasil, con repercusión y aplicación en todo el continente.

Como en todo proceso de búsqueda y experimentación científica, no se dejaron esperar los contratiempos y algunos tropiezos a esta medicación. Los inconvenientes surgieron en los casos de lepra multibacilar o lepromatosa —formas avanzadas conocidas como, abiertas o contagiosas, por la gran cantidad de bacilos en el organismo—, que motivaron se prolongue los tratamientos; a pesar de esto, no se tenían buenos resultados.

Experiencias externas también corroboran el análisis de estos resultados. Gelbert. H R. y Grosset J. comparten su experiencia: “Ya en la década de 1950, se observó que los pacientes de lepra lepromatosa tratados durante años recidivaban si interrumpían el tratamiento cuando todavía eran baciloscopia positiva (bacilos íntegros aún visibles en laboratorio); para esto se aplicó un protocolo que consistía en administrar tratamiento durante un año más con dapsona después de la negativización de la baciloscopia. Pero el resultado final en estos pacientes MB resultó ser decepcionante, ya que casi la mitad se volvieron baciloscopia positivos y más del 25% presentaron signos de recidiva clínica” (15.A).

Esta experiencia motivó que los tratamientos fueran prolongados en nuestro país, influyendo directamente en la vigencia de las colonias de aislamiento, que hasta 1968 seguían funcionando, muy a pesar de los altos costos que significaba cubrir los gastos de funcionamiento, que incluía la alimentación.

Al margen de estos inconvenientes en Bolivia, los efectos de la nueva medicación habían logrado curar y/o detener la enfermedad en gran parte de los pacientes. En la década de los años cincuenta ya se comenzó con los tratamientos ambulatorios; se dio el alta médica a los casos paucibacilares (con poca presencia de bacilos en el organismo) y aquellos que no presentaban mayores complicaciones y, sobre todo, que exista la disposición de sus familiares para aceptarlos, o contar con una vivienda.

La Dra. Nora Siles, sobre el tratamiento en esta etapa, indicaba: “Al principio se trataba con sulfonas en dosis de 25 mg 2 veces por semana, suspendiendo el tratamiento en los estados reaccionales (estados agudos dentro de la enfermedad crónica), pasado el estado reaccional se reiniciaba nuevamente con 25 mg. Se usaba glucantime, se usaban Antimaláricos, se usó Ciba 1906 para pacientes que no podían tomar sulfonas; más tarde se dio la sulfona diaria de 100 mg”.

La realidad en nuestro país, en cuanto al tratamiento de la lepra en esa importante etapa, se muestra un tanto diferente a los protocolos y medidas adoptadas por otros países, inclusive a las de la OMS. Las descripciones que anteceden dan cuenta de las combinaciones de medicamentos que han realizado nuestros galenos, en circunstancias en

que tanto las normas y protocolos, así como el flujo de medicamentos desde los proveedores extranjeros, eran poco oportunos; sin olvidar que esta tarea de viabilizar las acciones de controlar la lepra en este momento histórico, era atribuible a los niveles de decisión política, que, según conocemos, no marcharon al ritmo de lo que se esperaba. A pesar de todo, ha estado la presencia del sector salud, que en su momento asumió la responsabilidad con lo poco que disponía. No otra cosa significa recurrir a combinaciones de fármacos, específicos empleados en otras patologías, como es el caso de la Malaria y otros. No han sido pocos los casos donde se ha presentado el rechazo de los organismos a la nueva terapéutica.

Siguiendo con el mismo informe la Dra. Siles en 1993, complementaba algo muy importante para tomar en cuenta en la medida de tratarse de una lamentable actitud que persiste en la actualidad en el sistema de salud. “Este tratamiento se mantiene aún en algunos lugares alejados donde se les envía a los pacientes los medicamentos por 1 año o 6 meses, sin que sepamos si realmente el individuo enfermo sigue la conducta que se exige para el buen resultado del tratamiento”.

El informe de la profesional denota con franqueza la falta de seguimiento a los casos de lepra en tratamiento; reitera insistentemente la falta de integración de los servicios de salud de primer nivel al programa de control de la enfermedad. Pese a los grandes esfuerzos realizados por estos distinguidos profesionales, se tenían obstáculos operativos infranqueables que escapaban a cualquier criterio de planificación técnica y de buena voluntad. Uno de los factores que ha ocasionado el recrudecimiento de la enfermedad ha sido los abandonos, por falta de supervisión y seguimiento. El inicio de esta etapa de “curación”, ya contando con las sulfonas, ha tenido estos inconvenientes insalvables, donde las grandes distancias, la falta de promoción, el no seguimiento de los tratamientos a partir de la red de servicios de salud, han sido motivo de muchos *abandonos* y otros considerados como casos *perdidos*, en el sentido de no haber tenido ningún otro contacto después de haber sido diagnosticados como portadores de lepra e iniciado parcialmente el tratamiento.

En cuanto a la monoterapia con dapsona, la experiencia en el país nos muestra que en los casos multibacilares (casos avanzados) ante la

persistencia de las lesiones que no remitían y la no negativización de la baciloscopia, el tratamiento recomendado por un año, se tuvo que prolongar por muchos años más, hasta se llegó a definir que existían casos que para evitar la enfermedad solo les quedaba la opción de ser tratados de por vida. Las recidivas tardaron en presentarse, inclusive de algunos pacientes curados paucibacilares. Entonces correspondía tomar otra conducta terapéutica, que más allá de cualquier normativa, estaba la capacidad de los galenos para buscar nuevas alternativas sobre la base de la combinación de fármacos.

Pasaban los años y los problemas recrudecían. A principios de los años sesenta se tuvo una grata novedad que se referían a los avances en las investigaciones sobre la acción contra la lepra de otros dos nuevos fármacos (rifampicina y la clofazimina), que después de algunos años se complementarían para ser parte del definitivo esquema actual.

A esta buena noticia se añadió otra mala, que surgió a raíz de las contingencias ya citadas, y por los tantos desfases y tratamientos interrumpidos, tuvo que añadirse lo inevitable: en los años sesenta, el *Mycobacterium leprae* empezó a desarrollar resistencia a la dapsona, el único fármaco contra la lepra conocido por entonces.

Mientras tanto, continuaban los afanes del escaso personal en los hospitales dermatológicos Jorochito en Santa Cruz y Monteagudo en Chuquisaca. En los años setenta ya se habían cerrado los leprosarios, y lo que primaba era el tratamiento domiciliario con controles periódicos. En este trabajo, por el importante número de casos de lepra en el Beni, cabe mencionar el trabajo del Dr. Viador Pinto, que después de haber dirigido las colonias de leproso en el departamento, estuvo en la vanguardia de esta nueva etapa. El Dr. Willy Saravia fue quien continuó con este trabajo, hasta llegar a la etapa siguiente, el de la Multiterapia, que es el camino por el que aún transita la terapia Antileprosa.

Los efectos de la monoterapia se tuvieron que soportar hasta muchos años después de la aplicación de la tercera y actual etapa, que dio inicio en 1982. Sin embargo, reportes de principios de los años noventa, muestran el considerable número de casos que todavía se mantenían con este esquema. Administrativamente había que tomarlos en cuenta

porque significaban una importante erogación económica, considerando que muchos de estos enfermos figuraban en lista de tratamiento desde muchos años. Algunos desde 1960.

En el informe anual de la gestión 1993, de la Jefatura Nacional de Lepra se constata lo indicado, y nos permite ver que, al margen de encontrarse en la nueva etapa de la Multiterapia, existían otros esquemas de tratamiento, todos justificados por supuesto, pero llama la atención los que aún persistían en el esquema pasado de la monoterapia:

Tabla 8.1.

Esquema	1991	1992
Tratamiento OMS	394	151
Tratamiento DDS (Monoterapia)	415	7
Tratamiento Borstel	238	35
Tratamiento Alternativo	36	0

Fuente: Programa Nacional de Hansen, 1993.

La tabla que precede, además de lo ya comentado, muestra en el año siguiente, 1992, una franca disminución en todos los resultados, el más llamativo es el esquema de la monoterapia. Gran parte de esta disminución está centrada en grandes decisiones, algunas veces inconsultas, de los organismos internacionales como la OMS, que en esos años había lanzado la estrategia global de la eliminación de la lepra en el mundo.

En 1976 el comité de expertos en lepra de la OMS recomendó el tratamiento multidroga, en su quinto informe, al menos con dos medicamentos eficaces contra el *Mycobacterium Leprae*, para evitar el desarrollo de la farmacorresistencia especialmente en los pacientes multibacilares. Este hecho se reforzó en 1981, en la reunión en Ginebra del grupo de estudio de la OMS sobre quimioterapia de la lepra, con la publicación del informe 675 (16).

4.3. Etapa de la multiterapia

El actual tratamiento contra la Lepra, es conocido como Tratamiento Multidroga (TMD), también como Tratamiento Multimedicamentoso (TMM), Poli quimioterapia (PQT), todos son sinónimos.

Desde 1985, la OMS proporciona TMM gratuitamente a todos los pacientes del mundo, inicialmente a través del fondo para medicamentos de la Fundación Nippon, y desde 2000 mediante las donaciones de TMM que hace la Fundación Novartis para el Desarrollo Sostenible.

Dentro los aspectos notables de la historia que nos ocupa (tablas 8.2, 8.3), refleja el impulso que se quería dar a la organización del programa, mostrando que sus intervenciones estaban mejor organizadas y sistematizadas, una muestra clara es la precisión en sus requerimientos farmacológicos, sobre la base de las normas terapéuticas de la OMS. Esta planificación corresponde a los medicamentos para una gestión. En la oportunidad la programación que mostramos fue realizada en 1993 por la meritoria Dra. Nora Siles de Justiniano (17).

Tabla 8.2.

Unidad Sanitaria*	Nº pacientes		Medicamentos esquema OMS		
	MB	PB	Dapsone		Total
Sta. Cruz	532	312	194180	56784	250964
Trinidad	90	95	32850	17290	50140
Riberalta	90	41	32850	7462	40312
Pando	64	86	23360	15652	39012
Chuquisaca	60	45	21900	8192	30092
Tarija	50	50	18250	9100	27350
Cochabamba	72	50	26280	9100	35380
La Paz	28	30	10220	5460	15680
Total	986	709	359890	120040	488930

Fuente: Programa Nacional de Hansen 1993.

Tabla 8.3.

Unidad Sanitaria*	Nº pacientes		Medicamentos esquema OMS				
	MB	PB	Rifampicina		Total	Clofacimina	
Sta. Cruz	532	312	12768	3744	16512	194180	19152
Trinidad	90	95	2160	1140	3300	32850	3240
Riberalta	90	41	2160	492	2652	32850	3240
Pando	64	86	1536	1032	2568	23360	2304
Chuquisaca	60	45	1440	540	1980	21900	2160
Tarija	50	50	1200	600	1800	18250	1800
Cochabamba	72	50	1728	600	2328	26280	2592
La Paz	28	30	672	360	1032	10220	1008
Total	986	709	23664	8508	32172	359890	35496

Fuente: Programa Nacional de Hansen 1993.

**La regionalización de esos años incorporaba, además de las regionales de los nueve departamentos, las de Tupiza, El Alto y Riberalta.*

Tabla 8.4

Unidad Sanitaria	Población	Casos en tratamiento		Total	Casos esperados		Total
		MB	PB		MB	PB	
Sta. Cruz	1351191	452	162	614	80	150	230
Trinidad	180875	60	35	95	30	60	90
Riberalta	70515	60	11	71	30	30	60
Pando	37785	4	6	10	60	80	140
Chuquisaca	451722	50	25	75	10	20	30
Tarija	290851	30	20	50	20	30	50
Cochabamba	1093625	12	0	12	80	50	110
La Paz	1883122	8	0	8	20	30	50
Total	5359686	678	259	935	310	450	760

Fuente: Programa Nacional de Hansen 1993.

En la misma dinámica de trabajo ya considerada y ponderada anteriormente, como parte de la sistematización desde el nivel central del programa, se realizaba acopio de la información desde las zonas endémicas, de tal forma que se podía sintetizar, hacer un seguimiento y evaluar los resultados de los componentes, como nos enseña la tabla 8.4, cuya estructura corresponde a 1993.

Desde 1995, la OMS proporciona gratuitamente a todos los pacientes del mundo tratamiento multimedicamentoso, que es una opción curativa simple y eficaz para todos los tipos de lepra (18).

Actualmente las medidas se centran en eliminar la lepra a nivel nacional en los países donde aún es endémica, y a nivel subnacional en el resto de los países (19).

Si bien esta distribución de medicamentos ha sido en forma gratuita, sin embargo, se ha tenido intermitencias en su dotación en el nivel local. Por esta causa fueron algunas instituciones no gubernamentales las que proveían los medicamentos con el fin de dar continuidad y evitar los fracasos y/o abandonos; toda vez que los pacientes en proceso de tratamiento, para su control médico programado, donde a la vez se les entregaba la medicación correspondiente, tenían que realizar largos viajes, haciendo más dificultoso este peregrinaje cuando se trataba de discapacitados.

El Hospital Dermatológico Monteagudo, que realizaba acciones de control de la enfermedad, en Chuquisaca, Tarija y la provincia Cordillera de Santa Cruz, recibía medicamentos —para lepra y tuberculosis— mediante la gestión y envío de la Asociación Alemana de Asistencia al Enfermo con Lepra y Tuberculosis (DAHW). Entrega que se suspendió en 1996, fue cuando se comunicó desde la Jefatura Nacional del Programa, que se contaba con presupuesto suficiente para la adquisición y distribución oportuna de los medicamentos de acuerdo con los requerimientos. Desde entonces se suspendió el suministro mediante esta vía. Lamentablemente después de algún tiempo se volvió a repetir la falta de provisión oportuna en los servicios del nivel operativo —con mayor efecto para la lepra—, fue causa de desfases en los tratamientos, restando credibilidad en los usuarios.

En Santa Cruz el Hospital Dermatológico de Jorochito recibía los fármacos para la lepra, y otros para los efectos colaterales, a partir de la cooperación de instituciones de la iglesia en Europa (más propiamente España, y de la institución internacional MEDEOR). Este flujo de medicamentos se mantuvo hasta 2010, momento en que las religiosas que tuvieron a su cargo el cuidado de los enfermos —desde la fundación del hospital—, abandonaron esta misión para dedicar su valioso aporte en otro espacio de servicio. Actualmente, Jorochito recibe los medicamentos directamente del Programa Nacional.

Para el Beni, se contaba con la cooperación NRL Holanda, que prestó su apoyo hasta 2006 —año en que falleció el Dr. José Day Álvarez—, bajo la dirección técnica y operativa de este distinguido profesional, pudo cooperar durante varios años al programa de lepra en ese inmenso y selvático territorio beniano. En la oportunidad se puede indicar que el Beni, en materia de lepra, era y continúa siendo, una de las regiones de mayor riesgo. Actualmente la adquisición de insumos y medicamentos viene directamente desde la Jefatura Nacional. Las necesidades del resto del país son atendidas también desde la misma instancia.

Esquema actual de tratamiento

El esquema de tratamiento que ejecuta el programa de control de la lepra en Bolivia está de acuerdo a normas de la OMS. Tratamiento sencillo y gratuito, también se llama Poliquimioterapia (PQT). Este término es el más usado. Los medicamentos son distribuidos en paquetes especiales (blíster) que contienen la dosis correcta para una persona durante cuatro semanas. Es importante prever medidas de seguimiento para que el individuo tratado tome los medicamentos con regularidad de acuerdo a las indicaciones.

Los blísteres que contienen los medicamentos, desde su utilización en Bolivia, han constituido una gran ventaja para la mejor comprensión de los usuarios. En la práctica se ha visto que la mayoría de los que padecen lepra corresponde al sector de los habitantes periféricos, campesinos, pobres e indigentes; para quienes la utilización de estos blísteres ayuda en su conservación y el seguimiento personal diario de la terapia correspondiente.

Tratamiento para Lepra Paucibacilar (PB).- Se refiere a los pacientes que presentan una infección leve. Estos casos pueden ser curados con un tratamiento de dos medicamentos durante 6 meses.

La dosis mensual se toma al inicio del tratamiento (día 1) y después cada 28 días durante 6 meses. La dosis diaria se toma todos los días durante 6 meses, pudiendo el tratamiento durar entre 6 y 9 meses.

Tratamiento para Lepra Multibacilar (MB).- Para los pacientes que tienen una infección más avanzada. Estos casos pueden ser curados con un tratamiento de tres medicamentos durante 1 año. La duración de las 12 dosis puede ser hasta los 18 meses. Para mayores de 15 años.

Existe la medicación PB y MB para niños, con su presentación en blíster de color celeste, dosificado y el tiempo de duración. También existe la dosificación por kilo-peso.

Bajo esta configuración terapéutica, el tratamiento en Bolivia desde la aplicación de las sulfonas, ha tenido diferentes matices y enfoques sobre todo en los centros especializados para estas prestaciones: Hospital Jorochito, Monteagudo, Programa Regional de Lepra en el Beni, algunos dermatólogos. Criterios terapéuticos que se manejan en cuanto a la duración del tratamiento, sobre la base de pautas que consideraban sustanciales en cuanto a la evolución clínica y los resultados de control de laboratorio.

Las condiciones antes citadas, no están lejos de replicarse en la actualidad, por las características y presentación de cada enfermo en particular. Incumbe hacer un seguimiento prolijo y especial porque no todos evolucionan de la misma manera; con mayor razón aquellos casos multibacilares con algún grado de discapacidad, es cuando los estándares de los protocolos de atención, para concluir el tratamiento y dar el alta respectiva, no son convincentes al razonamiento y experiencia del médico tratante. Con este antecedente, antes y ahora, se continúa con la prolongación de esquemas de tratamiento —en algunos casos—, posición que no se ha podido consensuar hasta el momento incluso en el contexto internacional. Los criterios humanitarios, ética médica y solidaridad de algunos funcionarios de salud, se antepone a cualquier decisión

terapéutica académica-científica, en la medida que los pacientes tratados no reúnan condiciones de mejoría evidente – el 90% de los enfermos de lepra en el país viven en comunidades alejadas, muy lejos de las cabeceras de provincia y municipios rurales– (20). No se debe olvidar que, un criterio es el curado bacteriológico –cuando el laboratorio indica la ausencia o la destrucción de los bacilos–, y otro muy distinto, es el curado funcional y somático, muchos de ellos acompañados de su irremediable estigma, otros, con rasgos y/o secuelas irreversibles.

Un factor que es forzoso considerar en este tema, está vinculado con el seguimiento que se realiza a los pacientes en el proceso de su largo tratamiento. Las circunstancias de idiosincrasia, cultura, realidad económica y de accesibilidad caminera, a los que suma la insuficiente cantidad de recursos de salud en el área rural, todos tienen su efecto sobre los resultados en el seguimiento y la toma de medicamentos. Mucho dependerá de la participación integral de todos los actores locales, políticos, sociales, religiosos, funcionarios estatales de salud, para que se cumpla con los tratamientos; de este aporte dependerá no contar con más carga social, como son los incapacitados por la lepra y otras enfermedades.

La experiencia enseña que las condiciones en que se encuentra cada paciente al asumir su tratamiento, obedecen a diferentes circunstancias, muchas de ellas le son desfavorables desde el inicio. Esta precisión permite establecer diferentes escenarios en que se encuentran; no todos se ubican en un mismo plano de atención, muchos de ellos tienen que acomodarse a la mejor forma que se le presente, o se adecue a sus ya definidas labores rutinarias en el campo rural.

Nos ha permitido identificar, como dijimos anteriormente, algunas rutas operativas que son las más corrientes y prácticas para establecer un vínculo, lo más estrecho que se pueda, entre el servicio de salud, que hace el tratamiento, y el enfermo de lepra, que es el que tiene que tomar conciencia de cuanto significa un tratamiento de larga data, donde solo cabe una meta: completar el tratamiento para tener oportunidad de curación.

El ritmo de los tratamientos en Bolivia, de acuerdo a cada circunstancia, estarán regidos dentro alguna de las siguientes modalidades.

- Los que están internados en los hospitales dermatológicos o algún centro de salud, reciben a diario en forma supervisada mientras dure su permanencia.
- Aquellos que viven cerca del establecimiento de salud (muy pocos) pueden acudir y tomar a diario su medicación en modalidad supervisada.
- Usuarios que viven lejos, pero pueden desplazarse; acuden mensualmente a recabar sus medicamentos.
- Los que no pueden movilizarse y viven lejos, sus medicamentos les son enviados en forma mensual o bimensual por algún personal de salud o un voluntario.
- Los que son discapacitados o son de edad avanzada y viven en comunidades alejadas, son visitados por equipo de salud, o enviados sus medicamentos.
- Cuando viven en zonas selváticas alejadas donde la accesibilidad es solo temporaria, se recurre a la coordinación con otros programas de salud. Esto ocurre actualmente en Beni y Pando, con apoyo de la DAHW. El programa se apoya en el personal operativo de Malaria para enviar los medicamentos. El personal de Malaria está capacitado para hacer control a los pacientes (están entrenados para realizar examen básico de piel, tomar alguna muestra, y para notificar casos sospechosos de lepra). De esta manera se da vigencia a una de las estrategias de la Atención Primaria de Salud: *“Soluciones locales para problemas locales con recursos locales”*.
- Cuando el proceso del tratamiento desencadena estados reaccionales, a cuya consecuencia se tiene a un enfermo de lepra con muestra de aversión a continuar con el tratamiento.
- Aquellos enfermos de lepra cuya actividad itinerante no permite conocer con certeza el lugar donde se los deba encontrar para realizar el control y seguimiento.

De ese modo se podrá definir que los tratamientos realizados en el control de la lepra en el país, mucho más antes que ahora, están lejos de seguir la estrategia estrictamente supervisada (DOTS), como se efectúa en el control de la tuberculosis. De tal manera que se ha podido esperar resultados desde la regresión notoria de la enfermedad en unos casos, y en otros la persistencia clínica y de laboratorio a pesar del tiempo terapéutico transcurrido. Y, lo peor, el abandono.

En este panorama sombrío, donde no existe certeza sobre el cumplimiento de la medicación suministrada, apoyados en el solo antecedente de ver la pigmentación oscura en la piel (en los MB, debido a la pigmentación oscura de la piel por la clofazimina), criterio que no es sensible a efectos de verificar que se esté cumpliendo con la toma de medicamentos, por cuanto queda también establecido que la desaparición de estos pigmentos (después de la finalización del tratamiento o el abandono del mismo) tiene duración que sobrepasa los dos meses; por lo tanto de ninguna manera, ver un paciente pigmentado, asegura que esté cumpliendo con la toma regular de sus medicamentos. Otra forma empírica consiste en la verificación de los blísteres vacíos; lo que tampoco significa un juicio determinante del cumplimiento de la terapia instaurada. En un medio como el nuestro donde las condiciones de una red de servicios no terminan de incorporar el control de la lepra en sus acciones rutinarias, difícilmente se puede determinar si el buen seguimiento; a esto se suma que la OMS en el nuevo esquema de tratamiento ha reducido el tiempo terapéutico de los MB, de dos a un año.

Según explicaba el doctor Ángel Apodaca, Dermatólogo y Leprólogo, exdirector del Hospital Dermatológico Monteagudo: “La consulta externa en los establecimientos de salud como estrategia para la captación de casos de lepra, al margen de lo que significa la rentabilidad en términos administrativos, por sí sola no constituye en una opción operativa adecuada en nuestro medio; debe estar siempre ligada al trabajo de extensión y a una adecuada planificación con estrategias de seguimiento a los enfermos para no perderlos. La frecuencia de casos del área rural y comunidades alejadas es la que predomina, con este escenario los programas locales deben estar prestos a poner en práctica el sistema de referencia y retorno. Sin olvidar que lo más importante consiste en dar de inmediato inicio al tratamiento y garantizar su conclusión”.

El doctor Renato Amonzabel, Dermatólogo y Leprólogo, exdirector del Hospital Dermatológico Jorochito (Santa Cruz), aseveraba: “El trabajo que realiza el hospital en cuanto a la captación y seguimiento de los casos de lepra, se reduce a la demanda espontánea de la consulta externa; no contamos con la cantidad suficiente de recursos humanos para realizar acciones de extensión, exámenes a los contactos y seguimiento en sus lugares de procedencia”.

La demanda de consultantes en el hospital de Jorochito en parte es del mismo lugar y sus aledaños, existiendo gran proporción de usuarios que acuden desde otros municipios, sin que esto signifique que el universo mayoritario de sintomáticos de piel esté consultando en este establecimiento. Por los reportes de notificación se tiene conocimiento que Santa Cruz notifica los casos de lepra de todo el departamento a partir de la captación que realiza el Hospital de Jorochito. Entonces cabe hacer algunas inferencias estadísticas, sobre la presencia de sintomáticos de piel, o casos de lepra en sus formas iniciales incluso avanzadas sobre todo de los municipios alejados, lo que significa que existen casos latentes de lepra que los servicios de salud no están detectando.

No creemos muy discutible considerar que el accionar casi solitario de las actividades de la lepra, encuentre eco en los tantos países donde la enfermedad hace sentir su presencia, de esta manera la OMS, ha incorporado a la lepra, entre otras tantas dolencias, como una de las *enfermedades olvidadas y desatendidas*. Este concepto, por la forma de cómo ha sido el trato y poca priorización hacia el control de este mal, es también aplicable a todo el orbe.

En la actualidad se continúa viendo este tipo de desfases por la dispersión poblacional, sobre todo, a la no incorporación del control de la lepra en las actividades rutinarias de los servicios de salud, se hicieron comentarios antelados en sentido de la poca atención que se presta a esta patología, en otros casos hasta ignoran su existencia. Para muchos, es un argumento general el indicar que los casos, por iniciales que éstos sean, solamente deben ser atendidos en Jorochito (Santa Cruz) y Monteagudo (Chuquisaca).

Sobre la base de la experiencia de nuestros profesionales, han existido otros esquemas de tratamiento que han dado buenos resultados en el afán de encontrar la terapia adecuada para aquellos enfermos que no respondían a la medicación estándar de la OMS. Sobre la base de esta experiencia, en 1991, la Dra. Felicidad Irala defendió su Tesis, en la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Farmacia y Bioquímica "Evaluación de Eficacia de la Terapia Combinada en Lepra Monteagudo (Chuquisaca), 1989", que hacía énfasis en los tratamientos que se realizaba en el Hospital Dermatológico de esa provincia. Este esquema

consistía en la combinación de Rifampicina 600 mg, e Isoprodian (INH 175 mg, Protionamida 175 mg y Dapsona 50 mg). El suministro diario de estos fármacos duraba entre 60 y 90 días. Dependiendo de la respuesta clínica y bacteriológica el tratamiento podía ser suspendido o continuar con el mismo. El estudio demuestra que las combinaciones que se realizaron en el HDM, tuvieron excelentes resultados. Demostrándose que no todos los casos obedecen a una misma receta terapéutica, que cada organismo peculiar en su respuesta a la medicación establecida. (21).

Lo indicado denota la preocupación de nuestros especialistas en buscar alternativas sobre la base científica y la combinación adecuada de fármacos calificados para este cuadro. En el entendido, como es la expresión galénica que surge de la práctica, que cada paciente responde de una manera especial al tratamiento de la lepra. Razón que ha motivado se realice un estudio de cohorte longitudinal prospectivo, en 65 pacientes en el hospital de Jorochito, en busca de encontrar la terapia adecuada para cada uno de ellos, comprendiendo que se trata de enfermos que desde muchos años vienen arrastrando varios problemas en su terapéutica. Fueron motivo de este universo de *casos complicados*, los abandonos reiterados, las recidivas y otros sesgos de tratamiento que se presentaron en el proceso.

Otra de las variaciones que adoptaron nuestros profesionales ha consistido en prolongar el tiempo de suministro de medicamentos, de acuerdo con la OMS es de 6 meses para casos paucibacilares y 12 para los multibaciliares. Se demostró ante autoridades técnicas del nivel internacional que muchos casos a quienes se hizo el seguimiento supervisado, no revirtieron sus lesiones en los periodos establecidos, de la misma forma el apoyo del laboratorio tampoco indicaba que la presencia de bacilos se encuentre dentro los parámetros esperados. Fundamentos que han desfasado a los programas regionales por tener que utilizar mayor cantidad de medicamentos, que de acuerdo a programación ajustada, corresponde en forma precisa lotes de 6 o 12 meses.

5. BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS REFERENCIAS

1. DUBRAVCIC, A. "Historia de la Medicina en Chuquisaca". Medivisión. <http://www.revistamedica.8m.com/histobol1.htm>
2. ULLOA, A. Citado por Juan Manuel Balcázar. "Historia de la Medicina en Bolivia", Pág. 116, Ediciones Juventud, La Paz, Bolivia, 1956.
3. FORTÚN, W.J. "Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina". "El mestizaje en Charcas y el nivel de salud", Vol. 3 N° 1 Enero - Junio 1997.
4. BALCÁZAR, J.M. "Historia de la Medicina en Bolivia". Pág. 105. Segunda parte Capítulo I, Ediciones Juventud. La Paz, Bolivia 1956.
5. GARCÍA, P "Profilaxis y Estadística de la Lepra en Colombia" Pág. 325. Director Honorario de la Oficina Sanitaria Panamericana de Washington. Médico Jefe de la Oficina de Lazaretos de Colombia. Año 1909.
6. GARCÍA, P. "Profilaxis y Estadística de la Lepra en Colombia" Pág. 327. Director Honorario de la Oficina Sanitaria Panamericana de Washington. Médico Jefe de la Oficina de Lazaretos de Colombia. Año 1909
<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v2n11p321.pdf>.
7. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Revista, Agosto 1933.
8. DE LAS AGUAS. J. T. "Historia de la Terapéutica de la Lepra" OMS Vol. 4, Núm. 2. Marzo 2001
9. BALCÁZAR, J.M. "Historia de la Medicina en Bolivia" Capítulo XVII Pág. 539 Ediciones Juventud. La Paz, Bolivia, 1956.

10. VALDA B. "Lepra en Bolivia" Tesis doctoral para optar el título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina U.M.R.P.S.F.X.Ch. Pág. 52. Sucre- Bolivia 1938. Gentileza Biblioteca y Archivo Nacional, Sucre.
11. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, Revista, Agosto 1934.
12. DÍAZ UGARTE, O. Archivos bolivianos de historia de la medicina Vol. 4 N° 2, Pag.144 Julio Diciembre, 1988.
13. OSLER, W. "Patología Médica Fundamental y Práctica", Editorial Guillermo Kraft, Bs. As; 1948, (Resumen de medicamentos descritos en el libro), tomo I. Citado por Oscar Díaz Ugarte "Apuntes para la evaluación Histórica del medicamento en Bolivia en los primeros cincuenta años del siglo XX" Archivos bolivianos de historia de la medicina Vol. 4 N° 2, Pag.144, Julio Diciembre 1988.
14. CERNADAS, F. Tratado de Farmacodinamia y Posología (Resumen de medicamentos descritos en el texto), Ed. UMSA, 1958. Citado por Oscar Díaz Ugarte.
15. OROZCO, L.C; RODRÍGUEZ, G. "Lepra", Pág. 151. Santafé de Bogotá, D.C., 1996.
- 15 A. GELBERT. H R. Y GROSSET J. Fontilles, Revista "La Era de la Monoterapia con Sulfonas". Pág. 30. Vol. XXIX Núm. 1, Enero-Abril 2013.
16. SARMIENTO, C., OROZCO, L.C. "Lepra" Pág. 156. Santafé de Bogotá, D.C., 1996.
17. SILES, N. Informe del Programa Nacional de Hansen al Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Pág. 4. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 1993.

18. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nota descriptiva N°101, Febrero de 2010.
19. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Leprosy: global target attained: remaining endemic countries pose greatest challenge. Comunicado de prensa WHA/2, 16 de mayo de 2001.
20. HOSPITAL DERMATOLÓGICO MONTEAGUDO. Registros, Chuquisaca Bolivia 1995.
21. TESIS “Evaluación de Eficacia de la Terapia Combinada en Lepra Monteagudo (Chuquisaca), 1989”, Facultad de Bioquímica y Farmacia, UMRPSFXCH, 1989.

