
Rapa Nui y el mal de Hansen, la temida lepra, 1927-1960. ¿Administrar una colonia peligrosa o responsabilizarse por la salud de los ciudadanos chilenos?

Rapa Nui and Hansen's disease, the feared leprosy, 1927-1960.
To manage a dangerous colony or to take care of the health
of Chilean citizens?

Marcelo Sánchez Delgado*

RESUMEN: Tomando como fuente principal materiales conservados por el Archivo Nacional de Chile, este trabajo analiza la llegada y prevalencia del mal de Hansen o lepra en Rapa Nui. Para ello se esboza un breve panorama sobre la lepra en Occidente y su asociación simbólica con las ideas de castigo divino e impureza. Luego, se estudian las condiciones de la atención de la lepra en Isla de Pascua, con especial atención al leprosario surgido allí a principios del siglo xx. El texto propone que la obtención del derecho a una atención sanitaria adecuada fue para los *rapanui*—en cuanto ciudadanos chilenos— un largo y conflictivo proceso.

PALABRAS CLAVE: Rapa Nui, mal de Hansen, lepra, medicina social, Chile

ABSTRACT: Taking documents from the National Archive of Chile as a main source, this work analyzes the arrival and prevalence of Hansen's disease or leprosy in Easter Island. A brief overview of leprosy in the West and its association with divine punishment and impurity is presented. Then, the conditions under which leprosy was treated on Easter Island are assessed, with special attention to the leprosarium that emerged at the beginning of the 20th century. The text posits that, being Chilean citizens, gaining the right to health care was a long and conflictive process for the inhabitants of the island.

KEYWORDS: Rapa Nui, Hansen's disease, leprosy, social medicine, Chile

* Doctor en Estudios Latinoamericanos. Profesor de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile. Sus trabajos están orientados al estudio de la historia social y cultural de la salud y la enfermedad, del racismo científico y de la eugenesia en América Latina. Coeditor de los volúmenes *Bulevar de los pobres* (2015) y *República de la salud* (2016). Código ORCID: 0000-0002-7697-3699.

Cómo citar este artículo (APA)

Sánchez, M. (2022). *Rapa Nui y el mal de Hansen, la temida lepra, 1927-1960. ¿Administrar una colonia peligrosa o responsabilizarse por la salud de los ciudadanos chilenos?* Bajo la Lupa, Subdirección de Investigación, Servicio Nacional del Patrimonio Cultural. <https://www.investigacion.patrimoniocultural.gob.cl/publicaciones/rapa-nui-y-el-mal-de-hansen-la-temida-lepra-1927-1960-administrar-una-colonia-0>

Introducción

También conocida como «bacilo de Hansen», *Mycobacterium leprae* es parte de un género de bacterias que viven y se reproducen en el agua, en los alimentos y en las células de mamíferos y aves, causando enfermedades. A diferencia de sus congéneres, *M. leprae* se reproduce solo en el cuerpo humano y nunca ha podido ser cultivada en un medio artificial; en otras palabras, puede transmitirse de un ser humano a otro, pero no a otra especie, por lo que depende exclusivamente de la humanidad para desarrollarse. En este sentido, el mal de Hansen nos pertenece, y nosotros le pertenecemos.

Cuándo y cómo apareció *M. leprae* en los cuerpos de la humanidad continúa siendo un enigma. La evidencia indica que, probablemente, se originó en África y se diseminó desde el Pleistoceno en adelante (Carmichael, 1993); es decir, vendría acompañando a la humanidad, al menos, desde hace unos 2 millones de años.

Este microorganismo ingresa a su receptor a través de las vías respiratoria o dérmica. No se la considera como una bacteria especialmente contagiosa, y, para que el contagio se produzca, se necesita una exposición prolongada. La forma como cursa la enfermedad es variable, dependiendo de la respuesta inmune y de las predisposiciones genéticas particulares de cada individuo, además de factores ambientales asociados a la pobreza, como desnutrición, hacinamiento y malas condiciones higiénicas. Si bien lo más común es que los signos del mal de Hansen se presenten entre los 3 y los 5 años posteriores al contagio, pueden llegar a hacerlo hasta 20 años después de la infección, si es que el sistema inmune no ha logrado controlarla naturalmente, como ocurre en una mayoría de los casos (Cardona-Castro, 2012).

La literatura médica describe la hanseniasis como «una infección bacteriana crónica [...] con compromiso cutáneo y neurológico periférico» (San Martín *et al.*, 2018, p. 722). Por lo general, su primera manifestación es la aparición de manchas bien diferenciadas del resto de la piel, con pérdida de sensibilidad. De no ser tratada adecuadamente, cursa con

hipoestesia/anestesia, paresia o parálisis, atrofia muscular, deformaciones en las articulaciones por desbalance motor, alteraciones vasomotoras (isquemia/necrosis) en las glándulas sudoríparas y sebáceas. Estas alteraciones contribuyen al desarrollo de lesiones en las extremidades o córnea, con úlceras, heridas profundas, infección secundaria, reabsorción ósea y deformidades, contribuyendo a la discapacidad y estigma social. En la mucosa nasal permiten cambios atróficos, perforación septal y colapso del tabique nasal. (San Martín *et al.*, 2018, p. 725)

Aunque es poco probable que alguien fallezca por lepra –la muerte puede producirse, más bien, por infecciones secundarias a esta–, se trata de un proceso de enfermar especialmente oprobioso por lo conspicuo de sus signos, que pueden incluir supuraciones, descamaciones e infecciones cutáneas, alteraciones en la voz y pérdida de extremidades.

Desde fines del siglo XIX y hasta nuestros días, Chile ha mantenido una angustiosa relación con esta enfermedad, que, como se verá más adelante, suele estar asociada en la cultura occidental a ideas de castigo, impureza y fatalidad. Si bien la lepra nunca alcanzó la prevalencia que tuvo (y sigue teniendo) en otros países de la región, como Colombia, Perú y Brasil, el temor al contagio surgió aquí en un frente interno, luego de conocerse a principios del siglo XX la existencia de casos de lepra en Rapa Nui, incorporada a la soberanía chilena en 1888. Siguiendo una tendencia milenaria, los enfermos y enfermas de lepra fueron prontamente confinados en un leprosario (fig. 1), en condiciones de indignidad que no hacían más que agudizar sus padecimientos, mientras que el resto de la población local fue excluido de los derechos de la ciudadanía chilena e impedido de abandonar la isla y ejercer el libre tránsito.



Figura 1. Lorenzo Baeza Vega. Vista panorámica del leprosario de Rapa Nui desde el camino a Roiho, principios de la década de 1950. Dibujo en papel con tizas. Museo Fonck, Archivo Digital Fondo Lorenzo Baeza.

Luego de esbozar un contexto histórico sobre la lepra en Occidente y de discutir los antecedentes sobre su llegada a Rapa Nui y las condiciones en que surgió el leprosario, el presente trabajo examina un conjunto de seis documentos conservados por el Archivo Nacional. Nos referimos al *Resumen*

general del año 1927 en Isla de Pascua, el censo de población de 1930, el *Memorándum referente a la Isla de Pascua* de 1944, el *Decreto supremo* del 4 de enero de 1946, la *Providencia 1409* del 11 de abril de 1947 y el *Oficio n.º 5/28* del 24 de octubre de 1960, todas fuentes de gran valor para conocer y comprender la trayectoria de la atención sanitaria de la lepra en Isla de Pascua. El análisis de estos documentos muestra que el camino hacia una asistencia responsable y eficaz de los enfermos fue lento y conflictivo, pasando incluso por la consideración de soluciones como la eutanasia, el abandono de los leprosos en un islote austral y el exilio a un sanatorio extranjero, entre otras medidas alternativas a la de un leprosario moderno.

Lepra y exclusión, las huellas de un castigo divino

En su intento de entender y asimilar el proceso de enfermar, la humanidad ha pasado por diferentes etapas. La enfermedad ha sido relacionada con la acción de fuerzas mágicas, con el castigo impuesto por una divinidad, con el desequilibrio de los llamados «humores» —sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra— y con la falta de armonía con el cosmos, entre otras ideas (Porter y Vigarello, 2005). Incluso desde el punto de vista sincrónico, las sociedades presentan un pluralismo médico en el que conviven diversas ideas sobre salud y enfermedad, saberes y prácticas terapéuticas: por ejemplo, en la actualidad, junto a los enfoques racionales y biomédicos, podemos encontrar ideas arcaicas e irracionales que conciben la enfermedad como un castigo divino y al enfermo como un pecador (Miranda y Nápoles, 2009). Así, cuando alguien enferma, lo hace en un contexto familiar, cultural, social, médico, material e histórico que determina las formas de comprender su enfermedad y las diferentes posibilidades en el proceso de sanar.

La asociación de la enfermedad con ideas de ‘castigo’, ‘pecado’ e ‘impureza’ está presente en diferentes pueblos y religiones del mundo antiguo (Idoyaga, 2012; Fortanet, 2022). En el caso específico de la lepra, la tradición bíblica ha ejercido dentro del contexto occidental una influencia decisiva en este sentido. Por ejemplo, el Antiguo Testamento da cuenta de que las enfermedades de la piel fueron objeto de una estricta regulación sanitaria y religiosa en el judaísmo: el libro Levítico, una recopilación de leyes atribuida a Moisés, establece que quienes padecían este tipo de afecciones debían ser declarados «impuros» por las autoridades religiosas y expulsados de la comunidad. Dado el carácter central de las ideas bíblicas en 2000 años de historia occidental, la estigmatización de la lepra continúa siendo una tendencia dominante hasta nuestros días.

En la medicina griega, el término *lepra* designaba a toda enfermedad que produjera escamas y peladuras en la piel. Pese a haber recibido muchos otros nombres —«elefantiasis de los griegos», «leontiasis», «enfermedad de San Lázaro», «gafedad» (Reverte, s. f.)—, la designación «lepra» fue imponiéndose en la Edad Media (Carmichael, 1993), período en el que la enfermedad se expandió por Europa. Quienes la contraían eran expulsados de las ciudades y confinados en reductos especiales —denominados «gaferías», «lazaretos» y, más recientemente, «leprosarios» (cf. RAE, 2013)—, o bien obligados a vagar y a pedir limosna para sobrevivir, portando distintivos en la ropa y haciendo sonar una campanilla en su deambular. Por siglos, las personas con lepra fueron verdaderos «muertos en vida» para el mundo (Carmichael, 1993).

La verdadera etiología de la lepra no se conoció hasta 1873, año en que el médico noruego Gerhard Hansen identificó a *M. leprae* como el microbio causante; pese a ello, aún a fines del siglo XIX médicos y científicos de gran prestigio sostenían que la enfermedad era hereditaria. Si bien durante siglos se venían ensayando diversos tratamientos paliativos de eficacia relativa, recién en 1946 se introdujo la dapsona, un antibiótico que logró éxitos curativos en tratamientos prolongados. Desde 1982 la Organización Mundial de la Salud recomienda un esquema combinado de medicamentos que permite el control de la enfermedad de Hansen en plazos relativamente breves, de entre 6 y 12 meses (San Martín et al., 2018, p. 726).

A pesar de ser hoy una enfermedad curable, el miedo y la estigmatización hacia quienes la padecen persisten, según se reporta en regiones como la India y Brasil (Carmichael, 1993; OMS, 2021), donde sigue muy activa. En este sentido, hay quienes sostienen incluso que «la lepra es única en sus aspectos psicosociales. No hay ninguna otra enfermedad tan asociada al estigma y al miedo» (García, et al., 2021, p. 2).

Salud y enfermedad en Rapa Nui. Aproximaciones a un colonialismo periférico

La crónica oficial señala que los europeos entraron en contacto con Rapa Nui el año 1722. Antes de esa fecha —y hasta inicios del siglo XIX—, la isla estuvo habitada por un grupo étnico dividido en formaciones tribales ligadas a territorios particulares de la geografía isleña (Muñoz, 2017, p. 43). Tal como ocurrió en otros procesos coloniales, el contacto con los europeos fue catastrófico para los *rapanui*: durante el siglo XIX las redadas esclavistas, el éxodo

hacia territorios menos inseguros y las oleadas epidémicas de enfermedades para las que los aborígenes no tenían memoria inmunitaria diezmaron a la población casi hasta el punto de la extinción.

El proceso reproduce lo que se vivió en América desde 1492, donde la dominación colonial y la vulnerabilidad biológica (McNeill, 2016) se combinaron trágicamente para producir lo que algunos autores han considerado como el «primer holocausto moderno», por su devastadora mortalidad. Similares procesos epidémicos se han repetido en distintos lugares y tiempos, algo que no resulta extraño considerando que «el desastre es de esperar cada vez que una tribu previamente remota y aislada entra en contacto con el mundo exterior y encuentra allí una serie de epidemias destructivas y desmoralizadoras» (McNeill, p. 204).

En efecto, «una tribu previamente remota y aislada» parece una buena descripción para los habitantes de Rapa Nui hacia fines del siglo XVIII y principios del XIX, y el desastre del que nos habla McNeill no tardó en producirse: para 1877, la población aborígen de la isla estaba reducida a un poco más de cien personas (Muñoz, 2017, p. 47), es decir, un auténtico «colapso demográfico» (Moreno Pakarati, 2014, p. 1).

Para examinar el problema de la lepra en Rapa Nui, propongo considerar la integración de la isla al orden global como una forma de colonialismo tardío y periférico: tardío respecto del colonialismo ibérico, que ya era secular para el siglo XVIII; y periférico en atención a los centros de poder con los que Rapa Nui se fue relacionando, pues su explotación colonial se vinculó, primero, a aventuras comerciales de empresarios franceses y, luego, a un Estado nacional recientemente unificado en lo territorial y con pocas capacidades administrativas, como lo fue Chile. Esta condición resulta decisiva para intentar comprender, sin justificar, la indiferencia y lentitud con que se abordó el mal de Hansen en Rapa Nui.

Tres fueron los actores principales dentro de este orden colonial tardío y periférico. En primer lugar, la Compañía Explotadora de Isla de Pascua (Cedip), creada en 1903 con capitales escoceses e ingleses como una continuación de las empresas francesas que operaron en la isla durante la segunda mitad del siglo XIX. Segundo, el Estado chileno, que delegó en la Armada la defensa de la soberanía nacional en la isla. Y tercero, las misiones católicas evangelizadoras. En esta encrucijada de intereses comerciales, estatales y misionales, la soberanía del propio pueblo *rapanui* –articulada como una monarquía bajo supervisión de misioneros católicos desde 1882–, sus intereses y su voz fueron constantemente silenciados y reprimidos (Moreno Pakarati, 2014).

En los pliegues de estas negociaciones y contiendas políticas, una enfermedad de connotaciones catastróficas y con una pesada carga simbólica se estaba desarrollando en los cuerpos de los y las habitantes de la isla. Rapa Nui comenzaba a ser sinónimo de lepra y, con ello, también objeto de temor y exclusión.

Mal de Hansen en Rapa Nui y chilenzación, historias paralelas

Paradójicamente, mientras en Europa se identificaba al microbio causante de la lepra y se lograban avances significativos en su atención a través de una rama especializada de la medicina –la leprología–, la enfermedad seguía muy activa en las regiones subtropicales de diferentes continentes.

En el caso de Rapa Nui, los estudios difieren respecto de cuándo se habría registrado el primer contagio. Algunas referencias señalan que la lepra habría llegado en 1876 desde Tahití (Drapkin, 1944) o bien en 1888, durante las negociaciones previas al establecimiento de la soberanía chilena. Foerster y Montecino (2014), por ejemplo, refieren documentación donde se indica que los primeros contagiados habrían arribado en 1888 a bordo de la fragata Pilcomayo de la fuerza naval chilena y que se habría tratado de miembros de familias que habían vivido largo tiempo en Tahití. Ramírez (2006), en tanto, coincide en que la enfermedad habría llegado ese año, pero a bordo del buque Angamos, el mismo en el que Policarpo Toro viajó desde Tahití para tomar posesión de Rapa Nui a nombre del Estado chileno. Como sea, los *rapanui* la llamaron «revahiva», es decir, ‘bandera del continente’, denominación que parece coherente con la llegada de la enfermedad por medio de los buques y fragatas de la Armada chilena (Foerster y Montecino, 2014). Sin duda, la expansión de la lepra en Isla de Pascua y el establecimiento definitivo de la dominación colonial chilena fueron procesos indisolublemente unidos.

Dado que la pequeña población aborígen había sido concentrada en las cercanías de la bahía de Hanga Roa, cuando la presencia de lepra resultó evidente, la idea de aislar a los contagiados en un lugar alejado de la reducción surgió de forma relativamente espontánea e inmediata (fig. 2). Tanto es así, que varios informes dan testimonio de la existencia de un leproscario en la isla ya en la década de 1910.

Justo cuando el mal de Hansen llegaba a Isla de Pascua, en otro lugar de Oceanía los esfuerzos por humanizar el trato a las personas afectadas terminarían desatando reacciones discriminatorias hacia los leproscos. El 15 de abril de 1889 falleció en Hawái el padre Damián, sacerdote belga que, desde

1873, estaba comprometido con la asistencia a los leprosos aislados en la isla de Molokai. Su trabajo había sido reconocido en Inglaterra y Estados Unidos, y concitado la aprobación transversal de todos los sectores sociales, además de un importante apoyo económico. En 1884, sin embargo, el sacerdote había manifestado los primeros síntomas de lepra, fruto de la cual murió cinco años después, ante los ojos atónitos de la sociedad occidental que había seguido el curso de su enfermedad a través de la prensa.



Figura 2. Ubicación del leprosario de Rapa Nui. Elaboración propia.

Para autores como González-Espitia (2009), la resonancia mundial que alcanzó la tragedia del padre Damián de Molokai tuvo un efecto negativo para los leprosos, pues, además de evidenciar el carácter contagioso de la enfermedad, puso de relieve ideas como la del castigo divino y la condición de parias colonizados y racializados de los pacientes. En todo caso, era solo cuestión de tiempo que lo primero quedara definitivamente zanjado: en 1897, durante el Primer Congreso Internacional de la Lepra, celebrado en Berlín, tanto por la fuerza de la evidencia como por una intensa negociación entre bacteriólogos y epidemiólogos (que aún debatían sobre la naturaleza del bacilo y su transmisión), se llegó a «la aceptación oficial de que esta era

una enfermedad contagiosa producida por un microorganismo específico» (Obregón, 1998, p. 131), por lo que se reafirmó la necesidad de aplicar medidas de confinamiento de los pacientes.

Estas resoluciones científicas tuvieron eco en Rapa Nui, donde al despuntar el siglo xx se establecieron estrictas normas de aislamiento de los enfermos, cuya aplicación, sin embargo, acabó siendo sumamente flexible. Si bien se fomentó un trato digno y la búsqueda de terapias efectivas desde la medicina occidental, ninguno de esos dos objetivos se logró: en la práctica, los leprosos fueron aislados en condiciones indignas, sin habitación, higiene, alimentación ni tratamiento adecuados, ni tampoco claridad respecto de quién debía asumir la responsabilidad mayor por la atención del leprosario, si la Armada, la Cedip o los misioneros. En lo que respecta al tratamiento, si bien es cierto que el primer medicamento antileproso estuvo disponible recién a partir de la década de 1940, durante la primera mitad del siglo xx se recomendaba la administración de aceite de chaulmoogra (*Hydnocarpus wightianus*), un árbol tropical que la medicina tradicional india venía utilizando por siglos para combatir la enfermedad; no obstante, en Rapa Nui nunca se logró un abastecimiento consistente de este específico.

Así las cosas, los enfermos debieron sobrevivir en condiciones indignas, dependiendo de la caridad de sus allegados y familiares.

El relato múltiple de la lepra en Isla de Pascua: ciencia, religión e intereses comerciales y nacionales

Desde los viajes de los naturalistas ilustrados y las expediciones científicas del siglo xix, la Isla de Pascua estuvo en el mapa de los intereses científicos y geopolíticos globales. La profesionalización e institucionalización de las ciencias naturales y sociales supuso una intensificación de esos intereses, lo que se tradujo en un notorio aumento de expediciones de distinto tipo a inicios del siglo xx (Mora, 2016).

En abril de 1911 recaló en la isla la fragata Baquedano de la Armada de Chile, llevando consigo una expedición científica integrada por el geógrafo alemán Walter Knoche, director del Instituto Central Meteorológico de Santiago; Edgardo Martínez, ayudante de Knoche; I. Calderón, mecánico del Servicio Sismológico; y F. Fuentes, botánico del Liceo de La Serena (Feliú, 1970). Considerando las posibilidades del Estado chileno, se trató de un esfuerzo científico importante, destinado –a juzgar por el personal elegido– al estudio geográfico del territorio con miras a futuras explotaciones agrícolas y

comerciales. Pero el trabajo de la comisión no se quedó ahí, y –seguramente gracias al polifacético Knoche– levantó asimismo gran cantidad de material antropológico, incluyendo aspectos musicales, estéticos y religiosos de la cultura isleña que en los años siguientes fueron publicados en libros y artículos, tanto en alemán como en castellano (fig. 3).



Figura 3. El geógrafo alemán Walter Knoche (der.) junto a uno de sus colaboradores durante la expedición científica a Isla de Pascua, 1911. Cortesía de Hermann Mückler.

Entre los aspectos humanos que Knoche y Fuentes registraron en su informe oficial de 1911, se cuenta una breve relación de la forma de vida de 14 personas leprosas aisladas

al norte de Angaroa. [Ahí] se mantienen con sus cultivos; pero el aislamiento es deficiente [...]. En las noches, los isleños visitan (a) los leprosos a pesar de una multa de diez pesos que les ha impuesto el administrador de la isla. (Knoche en Foerster y Montecino, 2014, p. 166)

Pese a haber fijado en 14 la cifra de personas leprosas en 1911, el año siguiente Knoche declaró a la prensa que estas ascendían a 60 (Foerster y Montecino, 2014, p. 170) –el equivalente a un 25 % de la población de la isla– y que el resto de los habitantes eran todos portadores. Curiosamente, en 1915 el capitán de fragata Carlos Ward Rodríguez señalaba la existencia de apenas 7 leprosos en la isla (Foerster y Montecino, 2014). Aunque

desconocemos en qué se basó Knoche para sostener semejante aumento en el número de infectados, informes posteriores sugieren que observaciones poco acuciosas de manchas en la piel podían llevar a declarar como leprosas a personas sanas, especialmente al confundir la llamada «mancha mongólica» –una melanocitosis dérmica congénita que suele aparecer en el nacimiento y que desaparece en el transcurso de la infancia– con los inicios del mal de Hansen (Drapkin, 1935).

Como sea, las declaraciones de Knoche contribuyeron a difundir una imagen especialmente sombría de la lepra en Rapa Nui y del peligro que significaba para Chile, lo que llevó a intensificar el aislamiento de los enfermos en la isla y, en general, de los *rapanui* respecto del resto del país. Para el geógrafo, la medida que reunía lo eficaz con lo económico consistía en relegar a toda la población afectada a alguna de las islas poco visitadas de la zona austral, la «que se declararía infecta para todos los buques» (Knoche en Foerster y Montecino, 2014, p. 166); en la práctica, esto no era más que una forma de eutanasia, ya que aislar a los leprosos en un islote austral equivalía a condenarlos a muerte.

Si bien las cifras de infectados son poco fiables, sí podemos establecer algunas coordenadas básicas sobre el leprosario de la isla. Este existía, aproximadamente, desde 1910 y constaba de cuatro casas rústicas en cuyos terrenos adyacentes los pacientes –incluyendo algunos en etapas muy avanzadas, con pérdida de extremidades y laceraciones cutáneas profundas– mantenían cultivos de subsistencia (Foerster, 2015). Una de las primeras descripciones detalladas de lo que ocurría en el interior del recinto se la debemos al obispo castrense Rafael Edwards, quien visitó la isla en 1916 y 1917, en medio de un período de grandes transformaciones. A mediados de 1914 había ocurrido la Rebelión de Angata, un levantamiento milenarista de los *rapanui* contra las condiciones impuestas por la Compañía Explotadora (Fuentes, Moreno Pakarati y Montecinos, 2011). Al año siguiente, el Estado respondió a ello fortaleciendo el proceso de chilenización mediante el establecimiento de una oficina del Registro Civil en la isla (Drapkin, 1935) y la designación de un subdelegado marítimo que debía actuar en forma independiente de la Compañía (Fuentes *et al.*, 2011).

Es posible que el obispo Edwards haya viajado a Rapa Nui motivado por los relatos sobre la vida y obra del ya mencionado padre Damián de Molokai. Ya en su primera visita, quedó impactado por las indignas condiciones de vida que observó, transformándose en un enemigo declarado de la Cedip (Foerster y Montecino, 2014). Del leprosario, en particular, entregó una representación especialmente trágica:

Revueltos en dos ranchos hombres y mujeres, jóvenes y ancianos, leprosos que parecen no serlo y cadáveres ambulantes brutalmente mutilados... es un espectáculo cuyo horror crisa los nervios, paraliza el corazón y hace estallar juntos los sollozos del dolor y los acentos de la indignación dentro del pecho [...]. A tientas, turbado por el marco que me producían las miasmas pútridas que hacían irrespirable la atmósfera y por la oscuridad, entré al rancho miserable de los leprosos para visitar a uno de ellos que estaba, desde hacía siete meses, convertido en una llaga que lo abrasaba de la cabeza a los pies, tendido, inmóvil sobre las pajas y las inmundicias del suelo; lo confesé y le puse la Santa Unción. ¡Con qué fervor brotaba la plegaria del pecho de ese pobre casi-cadáver! (Edwards, como aparece citado en Foerster y Montecino, 2014, p. 162)

En 1917 se firmó el llamado «Temperamento Provisorio», un protocolo de acuerdo entre la Cedip y el Estado chileno para el gobierno de la isla y de su población que las puso definitivamente bajo la autoridad de la Armada y estableció cuáles aspectos dependerían de esta y cuáles de la Compañía. El documento implantó un régimen administrativo relativamente estable, marcado por la visita anual de los buques de la Armada y un tratamiento por parte del Estado que redujo a la isla a la categoría de «territorio fiscal» destinado a la explotación privada. Asimismo, impuso a la población de la isla la prohibición total de desplazamiento a territorio chileno continental, inaugurando una política de isla-cárcel bien estudiada en los trabajos de Foerster y Montecino. En definitiva, se trató de otro acuerdo más entre partes interesadas que «no tomaron en cuenta (como era costumbre) al tercer vértice del triángulo: los nativos de Rapa Nui» (Moreno Pakarati, 2014, p. 146). A partir de entonces y por décadas, muchos tratarían de huir de la isla como polizontes o en embarcaciones improvisadas, muriendo algunos en el intento.

El reglamento de 1917 estableció protocolos y normas especialmente detallados en materia sanitaria. El subdelegado marítimo debía inspeccionar semanalmente todas las casas y habitaciones de la isla, examinando aspectos tales como ventilación, aseo, provisión y manejo de aguas, y conservación de alimentos. El programa incluía también una revisión de los propios habitantes (aseo personal, vestimentas, cuidado infantil, etc.) y sanciones penales para quienes no denunciaran la lepra.

De leprosos a ciudadanos, un largo viaje

Como ya adelantamos, la implementación de una atención sanitaria efectiva de la lepra en Rapa Nui por parte del Estado chileno no fue un proceso rápido. De hecho, los informes y trabajos disponibles indican que por varias décadas

no hubo grandes transformaciones en las condiciones del leprosario –más allá de, por ejemplo, noticias como la obligación que en 1917 se impuso a la Cedip de proveer una cuota semanal de leche y carne a los enfermos–.

El Archivo Nacional de Chile conserva un importante acervo de documentos que da cuenta de este difícil proceso y que –complementando el trabajo ya realizado por antropólogos, historiadores y cronistas– contribuye a revelar el tipo de trato y de atención que se otorgó a la población afectada por el mal de Hansen en distintos momentos del siglo xx. El material que examinamos a continuación representa un capítulo importante de la historia de la salud pública chilena; sin embargo, es necesario tener presente que se trata de una historia desde arriba, lejana a la experiencia del paciente y a la vivencia íntima de enfermar y permanecer enfermo por décadas, viéndose por ello obligado a permanecer aislado en una comunidad signada por el miedo y el dolor.

El Resumen general de 1927 y el censo de 1930

El 1 de enero de 1928, en la localidad de Hanga Roa, el subdelegado marítimo Carlos Recabarren firmó la memoria relativa al año 1927 en la Isla de Pascua (fig. 4), que remitió al Ministerio del Interior. En ella refiere importantes aspectos de la vida en la isla, cuya población, según el documento, ascendía a 356 habitantes en abril de 1926.

En relación con el leprosario, Recabarren (1928) puntualiza que «en la actualidad solo hay 11 enfermos leprosos todos en mal estado» (p. 2). Un dato extraordinario que recoge el informe es la ocurrencia de un incendio en el recinto el año 1926, luego del cual el subdelegado debió gestionar la construcción de un nuevo establecimiento con cargo a la Compañía Explotadora. Por cierto, nada se dice de las causas del incendio, lo que abre un espacio para la especulación: ¿habrá sido acaso un esfuerzo deliberado por destruir un espacio de muerte, como una señal desesperada hacia las autoridades y hacia el pueblo de Hanga Roa? De cualquier forma, en 1928 dos nuevos pabellones fueron inaugurados por Recabarren dentro del mismo predio: el Lazareto N.º 1 y el Lazareto N.º 2.

El subdelegado informa asimismo el deceso de un infectado de lepra en el período aludido, dando cuenta, de paso, de un procedimiento poco estudiado, como es la inhumación del cadáver: «se cumplió estrictamente de enterrarse al norte de la Leprocería [sic], vigilados por la Policía de lejos hasta su terminación» (Recabarren, 1928, p. 1). De lo anterior se desprende que los

La pobreza de los medios sanitarios en la isla se ve reflejada en la descripción que entrega Recabarren (1928) de las existencias de la botica: «nos hemos batido únicamente con un poco de yodo y un poco de pomada y algodón, pues aquí no hemos tenido remedios, nada más» (p. 3). De lo anterior se deduce con mayor fuerza la negligencia total que debieron sufrir los enfermos de mal de Hansen, constantemente necesitados de curaciones y tratamiento antiséptico. De hecho, conforme al relato del subdelegado, las únicas medicinas disponibles para los leprosos fueron aquellas que él mismo compró durante su permiso en Valparaíso (Recabarren, 1928, p. 9) —si bien desconocemos de qué medicamentos se trató y con qué criterio fueron adquiridos—. Por último, el documento señala la necesidad de contar, al menos, con una estación de la Cruz Roja para la asistencia sanitaria de la población *rapanui*.

Como parte de los débiles esfuerzos por afianzar la soberanía del Estado chileno, en marzo de 1930 el subdelegado marítimo efectuó en la isla un censo de población (Recabarren, 1930). El documento consigna la nacionalidad de cada una de las personas empadronadas (ingleses, argentinos, franceses, tahitianos, chilenos), distinguiendo en una categoría aparte a los «pascuenses leprosos» (fig. 5). Aun tratándose de un proceso meramente técnico, la metodología aplicada deja ver que, en Rapa Nui, el ser leproso o leprosa no solo implicaba el aislamiento social, sino que venía a ser una condición apátrida. En buenas cuentas, se era «ciudadano de la lepra».

| | |
|---------------------|------------|
| Pascuenses Sanos | 358 |
| Chilenos | 7 |
| Estrangeros | 10 |
| Pascuenses Leprosos | 17 |
| " Sospechosos | 8 |
| | <u>400</u> |

Hangarua, Marzo 31 de 1930
 Carlos A. Recabarren Sanahona
 J. G. y M.

Stamp: MINISTERIO DE INTERIORE, CHILE

Figura 5. Detalle del manuscrito *Población y censo de los habitantes de la Isla de Pascua*, con los resultados del empadronamiento conducido por el subdelegado marítimo Carlos Recabarren en 1930. Archivo Nacional, Fondo Intendencia de Valparaíso, V.919.

Los trabajos de Foerster y Montecino (2014, 2015) y de Moreno Pakarati (2014) nos permiten seguir las vicisitudes que experimentó la administración de la isla y, específicamente, el tratamiento de la lepra en el curso de las décadas de 1920, 1930 y 1940. Foerster y Montecino (2014), por ejemplo, señalan 1929 como el año en que el Estado chileno, a través de diferentes comunicaciones escritas de reparticiones como la Dirección General de Sanidad y el Instituto Bacteriológico, asumió el compromiso de dotar a la Isla de Pascua de servicios sanitarios estables (p. 174). Con todo, estas iniciativas a menudo terminaron siendo solo declaraciones de buenas intenciones, sin efectos reales para las personas afectadas por el mal de Hansen.

En 1935 la presidencia de Jorge Alessandri dio algunos pasos decisivos para consolidar la soberanía chilena en la Isla de Pascua, declarándola Parque Nacional y Monumento Histórico (Fuentes *et al.*, 2011). Al año siguiente, se creó el *Reglamento de régimen interno de vida y trabajo en la Isla de Pascua de la República de Chile*, que ordenaba un estricto régimen de supervisión sanitaria, así como la implementación de servicios médicos regulares y de protocolos para la gestión del leproso, con indicaciones precisas para, por ejemplo, el ingreso y el alta de pacientes. Sin embargo, a cargo del leproso quedó un «practicante de la Armada», sobre quien recayó la responsabilidad de llevar las historias clínicas de cada paciente y de proporcionar «la atención médica necesaria, cerciorándose de que cuenten con abrigo y vestuario suficiente, tomando nota de sus necesidades y ordenando las medidas de aseo e higiene del establecimiento» (*Reglamento de régimen interno*, citado por Foerster y Montecino, 2014, p. 171). En la práctica, las disposiciones contenidas en el reglamento nunca llegaron a aplicarse, y la desesperación ante la ausencia de tratamiento consintió incluso prácticas sin fundamento médico, como el uso de Gamotox, un antiparasitario animal indicado para la llamada «lepra de la oveja» que se supuso debía servir también para humanos.

En 1937, la situación administrativa del territorio se formalizó con la creación de la Sección Isla de Pascua, dependiente de la Primera Zona Naval (Foerster, 2015, p. 184).

El Memorándum referente a la Isla de Pascua (1944) y el episodio relativo a la vestimenta en el Decreto supremo del 4 de enero de 1946

Una expresión de la preocupación del Estado chileno por el mal de Hansen en Isla de Pascua la constituye el informe solicitado por el Dr. Sótero del

Río (1900-1969), ministro de Salubridad, Previsión y Asistencia Social entre 1943 y 1946, bajo la presidencia de Juan Antonio Ríos. Recordemos que el de Ríos fue un gobierno de inspiración frentepopulista, que, junto con enfrentar los desafíos de un mundo en guerra, siguió una política fuertemente desarrollista y nacionalista. Al momento de asumir la cartera, el Dr. Del Río era ya una figura importante de la medicina social chilena, y en su biografía se cruzaban la experiencia del médico y la del enfermo. En 1926, mientras regresaba a Chile después de estudiar en Europa, contrajo tuberculosis. Se trasladó entonces a un sanatorio en Suiza, donde, tras su recuperación, pasó de paciente a médico tratante, llegando a ser especialista en tuberculosis. Desde su cargo político, Sótero del Río impulsó las campañas contra la malaria que se desarrollaron por esos años en el norte de Chile, a cargo del Dr. Juan Noé (Sánchez, 2016).

En 1944, el ministro Del Río solicitó un informe sobre Rapa Nui al médico Israel Drapkin (1906-1990), integrante de la misión científica franco-belga que permaneció en la isla entre los meses de julio de 1934 y enero de 1935. En el documento, Drapkin (1944) se refiere al problema de la lepra y entrega sus impresiones sobre la actitud de la población local hacia ella. A su juicio, los *rapanui* asumían la enfermedad con «sentimiento fatalista», lo que determinaba que «no se preocupen mayormente para evitar el contagio» (Drapkin, 1944, p. 3). Frente a esta conducta, Drapkin propuso e implementó una suerte de secuestro eugénico de la infancia, consistente en «separar los hijos de los leprosos inmediatamente después de nacer, entregándolos al cuidado de familiares considerados sanos» (Drapkin, 1944, p. 3) —una medida con triste resonancia política, que recuerda el rapto de niños de madres «rojas» durante el franquismo y el de niños de madres «subversivas» en las dictaduras latinoamericanas, como cruel forma de cortar lo que se entendía como una «cadena de contagio» ideológico—. Aunque en el documento discute la posibilidad de «aplicar la eutanasia a todos los desgraciados leprosos» (Drapkin, 1944, p. 4) o bien relegarlos a alguna localidad terapéutica aislada en Estados Unidos u Oceanía, de inmediato descarta ambas medidas: la primera, por inhumana, y la segunda, por parecerle económicamente inviable. La lepra, concluye —con similar fatalismo al de los pascuenses—, es endémica de la Isla de Pascua, y solo cabe aceptarla.

Con todo, Drapkin veía un gran potencial económico en la isla, por las favorables condiciones que ofrecía para la agricultura de productos tropicales. En atención a ello, propuso terminar el contrato con la Cedip, indemnizarla y poner en marcha un plan de explotación agrícola estatal. Para evaluar la

factibilidad de este proyecto, recomendó el envío de una misión mixta agrícola y sanitaria –siguiendo en esto la clásica consigna colonialista e imperialista de «higienizar para explotar»–. Respecto de la lepra, aconsejó establecer «un leprosario bien dotado y ubicado en el extremo opuesto de Hanga Roa, a cargo de un enfermero competente y con los medios terapéuticos necesarios» (Drapkin, 1944, p. 5); es decir, aislar definitivamente a los enfermos de lepra de sus familias y de cualquier contacto social –nuevamente, una muerte en vida–.

Otro conjunto de documentos conservado en el Archivo Nacional da cuenta de un episodio que ilustra en forma muy concreta la mala calidad de vida y profunda desatención en que se hallaban los ocupantes del leprosario. El 27 de octubre de 1945, el comandante en jefe de la Primera Zona Naval, vicealmirante Rodríguez, comunicó que, durante la recalada en la isla del buque escuela Lautaro, en vista de la pobreza del vestuario de los leprosos, se había permitido donarles material del pañol del buque. Pese a ello, poco tiempo después podía verse a los pacientes «cubriéndose con trozos de sacos o pedazos de telas viejas», situación que «redunda en desprestigio del país» (Comandante en jefe de la Primera Zona Naval, 27 de octubre de 1945). Para remediar esta situación, el firmante solicita platos, frazadas, jabón, pantalones y abrigos para 18 personas, solicitud que vagó de una repartición a otra antes de ser visada por el comandante en jefe de la Armada y por el presidente de la República.

*Entre la iniciativa civil y el Estado sanitario:
el joven médico Hernán San Martín y el informe
de la Dirección General de Sanidad de 1947*

A pesar de las sucesivas denuncias y constataciones de las malas condiciones de vida en el leprosario de Isla de Pascua, los esfuerzos por mejorarlas no tuvieron la constancia, la imprescindible supervisión médica ni el financiamiento necesarios mientras no se produjo una conjunción de iniciativas civiles y estatales. Entre las primeras, resultaron decisivas la fundación de la Sociedad de Amigos de Isla de Pascua (Sadip) el año 1947 en Valparaíso y la de su filial en Santiago en 1948, esta última ligada a la Universidad de Chile (Foerster, 2015, pp. 185-186). Con el control de la lepra en Isla de Pascua como objetivo primordial, la Sadip porteña implementó un ambicioso plan de colectas de dinero para financiar la construcción de un leprosario moderno; la Sadip de Santiago, en tanto, se orientó a la crítica de la realidad económica y social del pueblo *rapa-*

nui, dependiente de la Compañía Explotadora (Foerster y Montecino, 2018).

En este clima de renovado interés por las condiciones sanitarias en Rapa Nui, el Estado encargó un nuevo diagnóstico de la situación de la lepra al joven médico Hernán San Martín Ferrari (1915-2000), titulado en 1943 y formado como salubrista en la Universidad Johns Hopkins en Estados Unidos (Conill, 2016). Mandatado por la *Resolución N.º 3562* de la Dirección General de Sanidad, fechada el 27 de noviembre de 1946, el Dr. San Martín viajó a Rapa Nui en diciembre de ese mismo año, experiencia a partir de la cual preparó un completo documento, que remitió a la Dirección General de Sanidad y al Ministro de Salubridad el 28 de enero de 1947.

En un escrito preliminar, San Martín (28 de enero de 1947) interpela directamente al ministro, recalcando que la población *rapanui* «debe ser considerada tan chilena como la nuestra continental» (p. 1) y, por lo tanto, atendida en sus necesidades sanitarias. El informe recalca que, tal como con la malaria, el tifus exantemático y la fiebre tifoidea en el continente, es el Servicio Nacional de Salubridad «el organismo técnico capacitado para dar la solución más adecuada al problema y para llevarla a la práctica» (San Martín, 28 de enero de 1947, p. 7); es decir, asigna la responsabilidad a los organismos del Estado, no a la sociedad civil ni a la caridad. Ello refleja una aproximación al problema inspirada –acaso por primera vez para los enfermos de lepra en Rapa Nui– en la tradición de la medicina social y enfocada desde la perspectiva de la salud pública, con un énfasis en la ciudadanía y en el saber técnico y operativo del Estado.

El documento principal elaborado por San Martín, titulado *Estado sanitario de Isla de Pascua*, comienza describiendo la situación geográfica, el clima, el relieve, la hidrografía y la historia de la isla, para luego examinar aspectos como demografía, mortalidad, morbilidad, salud dental, educación, higiene, vivienda, eliminación de excretas y tratamiento de la basura, entre otros que denotan un novedoso enfoque biosocial. Si bien algunas de sus expresiones reflejan la vigencia de la aproximación racista aun después del fin de la Segunda Guerra Mundial¹ (el autor atribuye a la «raza pascuense» «cierta pereza para el trabajo» y una «idiosincrasia primitiva» [San Martín, 1946, pp. 2 y 3]), también queda de manifiesto su enfoque de salubrista público en el reclamo que efectúa sobre la desprotección de los trabajadores

¹ Recordemos que, recién en 1950, fruto de las críticas planteadas por la comunidad científica y académica del campo de la antropología, la Unesco comenzó a recomendar hablar de «etnia» y «grupo étnico» en lugar de «raza», intentando así superar el racismo nazi (Tormaid, 2018).

rapanui: si la Compañía Explotadora mantenía contratos de trabajo con los nativos, advierte, entonces debían ser considerados como obreros chilenos y garantizárseles los derechos a la imposición y al seguro de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, nada de lo cual ocurría.

Con respecto a la atención sanitaria en la isla, el informe constata que, para 1946, no existían ni médicos ni matronas en servicio permanente. El único profesional de la salud asignado a la isla era «un suboficial practicante» (San Martín, 1946, p. 13), quien debía ejercer de médico, dentista, matrócn y leprólogo, así como hacerse cargo de cualquier otra atención urgente. Ese año, sin ir más lejos, el practicante había tenido que «operar una apendicitis, varias fracturas y realizar algunos raspajes uterinos» (San Martín, 1946, p. 14), además de visitas médicas domiciliarias. Al fin y al cabo, Isla de Pascua seguía abandonada.

San Martín opinaba que la lepra representaba un «grave problema médico y social» (San Martín, 1946, p. 18), es decir, reconocía que en su etiología —al igual que en su posible solución— intervenían factores sociales, ambientales, culturales y económicos. En efecto, asegura que así es como la abordaban en otros países de América Latina y en Estados Unidos, donde contaban con servicios integrados por médicos, enfermeras y dispensarios para tratarla. Al ofrecer datos sobre la prevalencia y manejo de la lepra en el extranjero, San Martín demuestra que la enfermedad representaba un «problema sanitario internacional» (San Martín, 1946, p. 18) y que podía llegar a Chile no solo desde Isla de Pascua, sino desde cualquier otro país de América.

Aunque San Martín llama a tratar la lepra «como cualquier otra enfermedad infectocontagiosa» (San Martín, 1946, p. 20), en sanatorios modernos y en contacto con el mundo social circundante, sus descripciones del leprosario de Isla de Pascua muestran un escenario trágicamente contrapuesto: «una edificación ruinoso, insalubre y estrecha» (San Martín, 1946, p. 23), sin agua potable ni servicios higiénicos, que despertaba en la población «horror» y «negativa a ser trasladados a él» (San Martín, 1946, p. 23). Las medidas que él implementara en terreno solo podían ser «paliativas y provisorias» (San Martín, 1946, p. 23), a la espera de mejores condiciones; entre ellas, la dotación de médicos y enfermeras, que calificaba como «apremiante, indispensable» (San Martín, 1946, p. 20). Descartando de plano la alternativa de expatriar a las personas enfermas a un sanatorio en el extranjero —medida cuyo costo económico y, sobre todo, humano resultaba incalculable, teniendo en cuenta que «la separación temporal o definitiva de los enfermos y sus familiares repercutirá indudablemente, no sabemos en qué forma, en la población

nativa» (San Martín, 1946, p. 35)—, el Dr. San Martín abogaba por tratarlas en la misma isla, pero en circunstancias que aseguraran «una labor seria y efectiva» (San Martín, 1946, p. 35). Para ello era necesario un sanatorio bien equipado, con número suficiente de camas, laboratorio de diagnóstico, salas de tratamiento ambulatorio, espacios de recreación para internos, enfermeras y un médico leprólogo estable. Bajo estas condiciones, aseguraba, «la fama de incurabilidad de la lepra es cosa del pasado» (San Martín, 1946, p. 24).

Aunque su programa nunca llegó a concretarse por completo, el informe de San Martín puso de relieve un aspecto fundamental: el Estado tenía el deber de atender la situación del mal de Hansen en Rapa Nui, pues «la isla y su población son chilenos» (San Martín, 1946, p. 34).

Los informes médico-técnicos siguieron sucediéndose con cierta regularidad. En septiembre de 1947, por ejemplo, los médicos Daniel Camus, Miguel Etchebarne y Santiago Reiser visitaron la isla y prepararon un nuevo informe «biosocial», en el que volvieron a señalar el aspecto ruinoso y poco higiénico del leprosario, carente de agua corriente, con letrinas deficientes, sin personal médico permanente y con pacientes cuyas «heridas y ulceraciones deben cuidárselas ellos mismos, pero en ocasiones faltan los elementos de curaciones» (Foerster, 2015, pp.180-181).

En 1950, la vibrante actividad de las Sociedades de Amigos de Isla de Pascua de Valparaíso y de Santiago cosechó uno de sus primeros éxitos, con la construcción de un recinto con tres pabellones, dotado de despensa, cocina y lavandería (fig. 6a y 6b). Las nuevas instalaciones estuvieron al cuidado de dos monjas hasta 1952, cuando la Sociedad contrató a la Dra. Hilke von Boeher, especialista en lepra, para supervisar los tratamientos y entrenar al entonces enfermero Alberto Hotus en la toma de muestras, los procedimientos diagnósticos y los tratamientos (fig. 6c); Hotus Chávez, 2011. Durante la década de 1950 algunos enfermos fueron dados de alta, mientras que otros permanecieron en el leprosario dado que la enfermedad no remitía (fig. 6d).

En el camino hacia la erradicación definitiva de la lepra, la alternativa de «exportar» a los enfermos —eliminando así de golpe el foco de infección— siguió barajándose, como quedó registrado en el intercambio de notas entre la autoridad naval y el Gobierno en el curso de 1960 (Comandante en jefe de la Armada, 24 de octubre de 1960). En ellas se proponía trasladar a los 15 pacientes del leprosario local al sanatorio Orofara-Mahina en Tahití, idea que, sin embargo, nunca se concretó. Durante esa década, las posibilidades

terapéuticas progresaron radicalmente, lo que permitió que, en lo sucesivo, los últimos enfermos fueran dados de alta o derivados a un tratamiento ambulatorio (bajo el cual se mantuvieron tres personas hasta 1992 [San Martín *et al.*, 2018]).

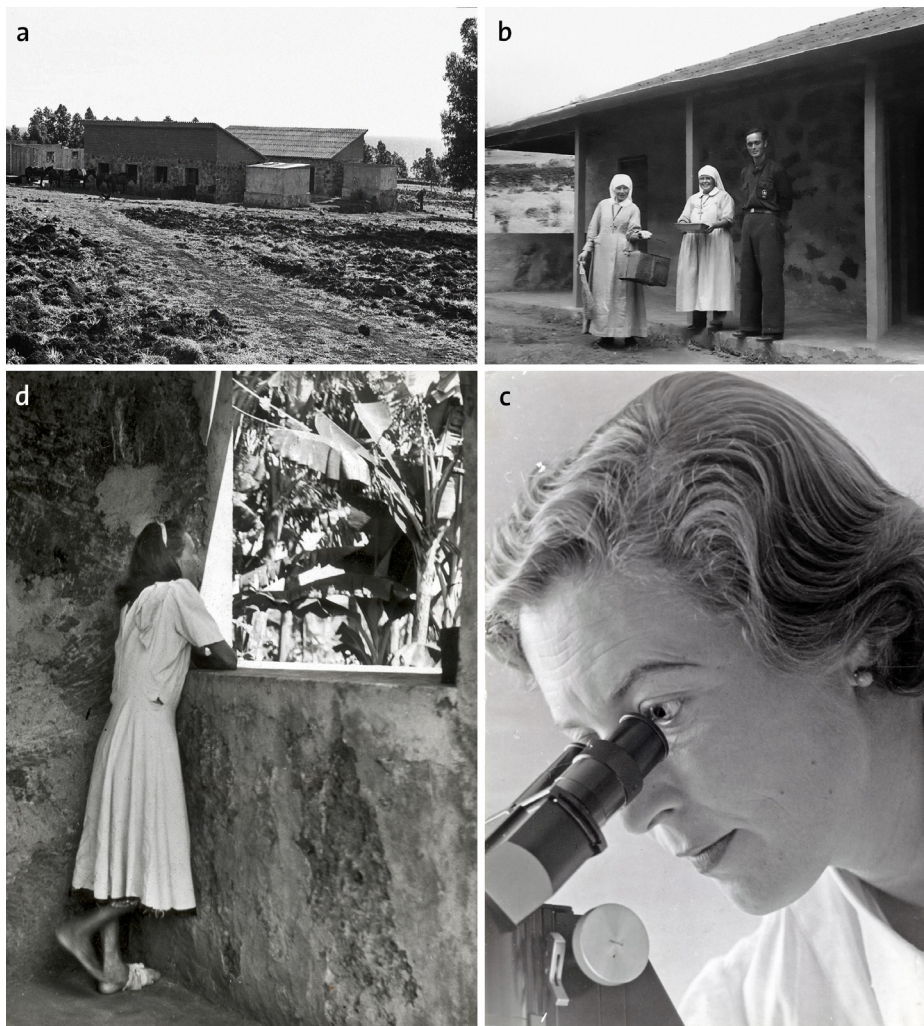


Figura 6. (a) Vista de la zona de cocina y lavandería de las nuevas instalaciones del leprosario de Rapa Nui, 1950; (b) de izq. a der., sor Concepción Villanueva, sor Margarita Lespay y el enfermero naval Rafael Haoa, fotografados delante del flamante pabellón de pacientes crónicos del leprosario, 1950; (c) la Dra. Hilke von Boeher –muy probablemente la mujer de la fotografía, tomada en Rapa Nui en la década de 1950– fue la primera profesional especializada en mal de Hansen con la que contó el establecimiento; (d) paciente del leprosario de Isla de Pascua, década de 1950. Fotografías (a) y (b), de Fritz Felbermayer, Museo Fonck, Colección Felbermayer; fotografías (c) y (d), de Marcos Chamudes, Museo de Historia Natural, n.ºs inv. FC-1790 y FC-1778.

Aunque el leprosario fue demolido, un solitario habitante decidió permanecer en los terrenos del leprosario; había ingresado muy joven, no resulta claro si obligado por la autoridad sanitaria o siguiendo a su esposa. Falleció el 28 de enero de 2013 y, de acuerdo con su voluntad, sus restos fueron inhumados en el cementerio aledaño al recinto (Mosciatti, 5 de febrero de 2013).

El mal de Hansen: ¿Un mal sueño del pasado?

La enfermedad de Hansen se manifestó en la isla en forma contemporánea a la integración de esta al Estado chileno. El régimen colonial periférico que se impuso sobre Rapa Nui dispuso la segregación de las personas enfermas en un leprosario y el aislamiento obligado de toda la población *rapanui* respecto del resto del territorio nacional. La lentitud abrumadora con que el Estado abordó el problema se tradujo en un proceso extenso y dramático donde se invocaron la piedad religiosa, la solidaridad y el derecho a una ciudadanía plena, pero también se consideraron alternativas genocidas como la aplicación de la eutanasia a los enfermos y enfermas, y la relegación en un islote austral. Es un cuadro oscuro, que poco se parece a los majestuosos atardeceres que pueden vivirse en Rapa Nui.

Los documentos examinados muestran que desde el surgimiento del leprosario en los primeros años del siglo xx hasta el logro de un manejo digno y adecuado de la enfermedad tuvieron que pasar más de 50 años, durante los cuales prevaleció el principio del mínimo esfuerzo, si no, derechamente, la indiferencia. La organización de una respuesta adecuada, a fin de cuentas, se debió más a la iniciativa civil que a la estatal (que rara vez fue más allá de los meros diagnósticos y las declaraciones), empujada por ciertas instituciones inspiradas en el ideario de la medicina social, las cuales venían desarrollándose en Chile desde 1920. Fueron ellas las que terminaron haciéndose cargo del problema de la lepra en Rapa Nui, aduciendo una razón esencial que el Estado había ignorado por décadas: se trataba de chilenos y chilenas.

En la actualidad, el mal de Hansen es una enfermedad curable que no requiere la segregación de los pacientes; sin embargo, sigue provocando discriminación, estigmatización y sufrimiento psíquico (García *et al.*, 2021). Desde 1981 existe un régimen de poliquimioterapia que ha logrado grandes avances en su tratamiento y cura, pero que no ha logrado evitar que actualmente existan cerca de 200 000 casos de lepra activos. Para 2030, la OMS espera reducir los casos a 50 000 y lograr un quiebre significativo en la cadena de infección en vías de una erradicación total (OMS, 2021). Para ello será

necesario dar tanta importancia al enfoque socioeconómico como al propiamente médico, pues resulta claro que la lepra es una enfermedad asociada a malas condiciones higiénicas, alimentación deficiente y hacinamiento en la vivienda; en otras palabras, una enfermedad de la pobreza².

La pandemia de COVID-19 desatada en 2020 significó un retroceso sensible en el diagnóstico y tratamiento del mal de Hansen en todo el mundo; por lo demás, los esfuerzos en salud pública a nivel internacional normalmente han apuntado al combate de enfermedades con mayor mortalidad, como la malaria. Hoy, que la lepra ha reaparecido en territorio chileno a través de las migraciones desde regiones pobres de América Latina –poniendo en alerta al personal médico local, que no cuenta con experiencia clínica en el diagnóstico y tratamiento de este mal (San Martín et al., 2018)–, la historia de Rapa Nui ofrece una perspectiva para entender la responsabilidad y el sentido de la salud pública.

Referencias

- Cardona-Castro, N. M. (2012). Lepra: una revisión del estado del arte. *Medicina y Laboratorio*, 18(1-2), 11-24.
- Carmichael, A. (1993). Leprosy. En K. Kiple (ed.), *The Cambridge world history of human disease* (pp. 834-839). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CHOL9780521332866.169>
- Comandante en jefe de la Armada. *Oficio n.º 5/28*. (24 de octubre de 1960). Fondo Ministerio de Marina. ARNAD Ministerio de Marina V.5534.
- Comandante en jefe de la Primera Zona Naval. (27 de octubre de 1945). *Oficio ordinario n.º 580*. Fondo Ministerio de Marina. ARNAD Ministerio de Marina V.4124.
- Conill, E. M. (2016). The socio-ecological and primary care approach to the creation of universal health systems in the work of Hernán San Martín. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 173-178.
- Decreto supremo*. (4 de enero de 1946). Fondo Ministerio de Marina. ARNAD Ministerio de Marina V.4124.
- Dirección General de Sanidad. (11 de abril de 1947). *Providencia 1409*. Fondo Ministerio de Salud. ARNAD Ministerio de Salud V.1047.

² La importancia de los determinantes sociales en la proliferación de enfermedades fue planteada en 1848 por el médico alemán Rudolf Virchow, en su informe sobre la epidemia de tifus exantemático en Alta Silesia, con el que se inicia la rica tradición de la medicina social.

- Drapkin, I. (1935). Contribución al estudio antropológico y demográfico de los pascuenses. *Journal de la Société des Américanistes*, 27(2), 265-302.
- Drapkin, I. (1944). *Memorandum referente a la Isla de Pascua*. Fondo Ministerio de Salud. ARNAD Ministerio de Salud V.600.
- Feliú Cruz, G. (1970). *Martín Gusinde: la bibliografía de la Isla de Pascua y la de antropología chilena*. Santiago: s. n.
- Foerster, R. (2015). Informe del delegado en visita de inspección a la Isla de Pascua efectuada por el Capitán de Corbeta (em. Sm.) Jorge Tapia de la Barra, enero de 1950. *Cuadernos de Historia*, (43), 183-215.
- Foerster, R. y Montecino, S. (2014). Rapa Nui: la lepra y sus derivados (estado de excepción, cárcel...). *Escrituras Americanas*, 0(1), 161-208.
- Foerster, R. y Montecino, S. (2018). *Rapa Nui. La Sociedad de Amigos de la Isla de Pascua. Documentos de una impugnación nacionalista (1946-1953)*. Santiago: Editorial Catalonia.
- Fortanet, J. (2022). Del castigo divino al diagnóstico: la concepción de la enfermedad en Sófocles e Hipócrates. *Ágora. Papeles de Filosofía*, 41(2). <https://doi.org/10.15304/ag.41.2.7598>
- Fuentes, M., Moreno Pakarati, C. M. y Montecinos, A. (2011). Estado y Compañía Explotadora. Apuntes para una caracterización del poder colonial en Rapa Nui (1917-1936). *Revista Tiempo Histórico*, (3), 147-165.
- García, Y. G. M., Mouriño, C. N. A., Fernández, D., Cervantes, L. y García, I. A. (2021). *Lepra y afectación psicológica binomio eliminable y erradicable*. I Jornada Virtual de Medicina Familiar en Ciego de Ávila. <https://mefavila.sld.cu/index.php/mefavila/2021/paper/download/82/265>
- González-Espitia, J. C. (2009). Lepra, tragedia, nación y diferencia radical en la segunda mitad del siglo diecinueve hispanoamericano. *Hispanófila*, (157), 99-115.
- Hotus Chávez, A. (2011). Dos relatos en la vida de un isleño: El salir de la Isla y la lepra en Rapa Nui. En C. Cristino Ferrando y M. Fuentes, *La Compañía Explotadora de Isla de Pascua: patrimonio, memoria e identidad en Rapa Nui*. Santiago: Editorial Escaparate.
- Itoyaga, A. Las teorías etiológicas de la enfermedad en sociedades otras y los taxa vernáculos occidentales. *Scripta Ethnologica*, xxxiv, 117-188. Buenos Aires: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
- McNeill, W. H., (2016). *Plagas y pueblos*. Madrid: Siglo XXI.
- Miranda Gómez, O. y Nápoles Pérez, M. (2009). Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38(3-4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000300007&lng=es&tlng=es

- Mora Nawrath, H. (2016). Dinámicas de campo en la emergencia de la antropología científica en Chile: Algunas consideraciones y debates situados a inicios del siglo xx. *Cultura-Hombre-Sociedad*, 26(2), 107-145. <https://dx.doi.org/10.7770/CUHSO-V26N2-ART1095>
- Moreno Pakarati, C. M. (2014). La Comisión de Ubicación de Tierras de 1917: Análisis y participación de los *rapanui*. Cartografía y Conflicto. En *Rapa Nui, Anexo 1* (pp. 145-167). Rapa Nui: Rapanui Press, 2014.
- Mosciatti, E. (5 de febrero de 2013). Murió el último interno del leprosario de Isla de Pascua, <https://www.biobiochile.cl/noticias/2013/02/05/murio-el-ultimo-interno-del-leprosario-de-isla-de-pascua.shtml>
- Muñoz, D. (2017). Memorias genealógicas de Rapa Nui. Conexiones pasadas, presentes y futuras. En V. Fajreldin (comp.), *Historia, espacialidad y territorio en Rapa Nui. Una perspectiva contemporánea* (pp. 43-67). Santiago: Ocho Libros.
- Obregón, D. (1998). Lepra, exageración y autoridad médica. *Asclepio*, 50(2), 125-148. <https://doi.org/10.3989/asclepio.1998.v50.i2.339>
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2021). *Hacia cero lepra. Estrategia mundial contra la lepra (enfermedad de Hansen) 2021-2030*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789290228509#:~:text=La%20Estrategia%20mundial%20contra%20la,%E2%80%8Bdurante%202019%20y%20>
- Porter, R. y Vigarello, G. (2005). Cuerpo, salud y enfermedades. En A. Corbin *et al.*, *Historia del cuerpo. Volumen I: Del Renacimiento al Siglo de las Luces* (pp. 323-357). Madrid: Taurus.
- RAE. Real Academia Española. (2013-). *Diccionario histórico de la lengua española (DHLE)* [en línea].
- Ramírez, J. M. (2006). Cronología y fuentes de la historia Rapa Nui 1722-1966. En *Archivum. Revista del Archivo Histórico Patrimonial de la I. Municipalidad de Viña del Mar*, 6(7), 185-209.
- Recabarren, C. (1928). *Resumen general del año 1927 en Isla de Pascua*. Fondo Intendencia de Valparaíso. ANH Intendencia de Valparaíso V.919.
- Recabarren, C. (1930). *Población y censo de los habitantes de la Isla de Pascua, verificado en el mes de marzo del año 1930*. Fondo Intendencia de Valparaíso. ANH Intendencia de Valparaíso V.919.
- Reverte, José Manuel. (S. f.). *La lepra y la historia*. <http://www.gorgas.gob.pa/Documentos/museoafc/loscriminales/paleopatologia/la%20lepra02.html>
- Sánchez, M. (2016). El profesor Juan Noé: eugenesia y mendelismo en tres décadas de docencia médica en Chile (1913-1947). En C. Araya, C. Leyton *et al.*, *República de la salud. Fundación y ruinas de un país sanitario* (pp. 49-73). Santiago: Ocho Libros.

- San Martín, H. (1946). *Estado sanitario de la isla de Pascua*. Fondo Ministerio de Salud. ARNAD Ministerio de Salud V.1047.
- San Martín, H. (28 de enero de 1947). *Oficio n.º 83*. Fondo Ministerio de Salud. ARNAD Ministerio de Salud V.1047.
- San Martín, Á., Carrasco, C., Fica, A., Navarrete, M., Velásquez, J. C. y Herrera, T. (2018). Enfermedad de Hansen. Una condición emergente en Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 35(6), 722-728.
- Tormaid, A. (2018). El Correo de la Unesco a los 70 años: una lectura inspiradora. *Correo de la Unesco*, (1). <https://es.unesco.org/courier/2018-1/correo-unesco-70-anos-lectura-inspiradora>