

La Lepra y Los Lazaretos En Santander. Discapacidad Clínico - Hospitalaria Y Minusvalía Socio - Cultural

Luís Rubén Pérez Pinzón¹

Historiar, qué ha sido la Salud Pública en Santander, requiere analizar las dinámicas curativas y preventivas impulsadas desde antes del siglo XIX por las instituciones estatales, las organizaciones socioeconómicas y las asociaciones filantrópicas, locales y departamentales, que durante más de doscientos años estuvieron a cargo de problemas higiénicos y sociales como la lepra a través de hospitales de caridad conocidos como “lazaretos”. **Salud UIS 2005;37:141-151**

Palabras Clave: Lepra, lazaretos, discapacidad, minusvalía

To history what has been the public health in Santander require to analyze the preventive and curative dynamics prompted before of the century XIXth for the state institutions, the socioeconomic organizations and the self-sufficient associations, locals and departamentals, that during more than two hundred years were to charge of the hygienic and social problems as the leprosy in hospitals of charity knew as “leper colonies”. **Salud UIS 2005;37:141-151**

Key words: Leper, leper colonies, disability, handicap

El impacto psicofísico y el imaginario sociocultural que ha propiciado por más de cuatro siglos la presencia de la lepra, los leprosos, los leprologos y los leprocomios al interior de las sociedades provinciales que componen el actual Departamento de Santander, principalmente entre los “socorranos”, es uno de los aspectos más representativos de la Historia de la Salud Pública en Colombia. En especial, de los estudios que pretenden historiar el devenir de los cuerpos dolientes que estuvieron condenados a vivir sin tratamiento ni cura eficaz, o aquellos que pretenden historiar los cambios en la mentalidad colectiva de las élites políticas, económicas, científicas y religiosas del orden regional y nacional al constituirse en los agentes promotores de la caridad, la beneficencia, la administración hospitalaria y el trato humanitario para con los leprosos “elefanciacos” durante los siglos XVIII y XIX, o por el contrario, en los ideólogos incendiarios de las políticas y acciones represivas que promovieron el rechazo, la persecución, la reclusión y la

segregación exiliante para con los leprosos “hansenianos”⁵ al ser considerados los principales transmisores de la lepra hasta mediados del siglo XX.

Experiencias que se remontan a la convivencia de las poblaciones santandereanas asentadas entre las cuencas de los ríos Suárez, Opón y Chicamocha con la lepra y los leprosos desde el período colonial hasta finales del siglo XIX, la persecución y el ostracismo epidémico promovido por el Estado colombiano hasta mediados del siglo XX, y finalmente, la adopción de políticas sanitarias de prevención y tolerancia para con los enfermos considerados temporalmente como “curados”, y por tanto sociablemente aceptables en los centros urbanos (“curados sociales”). Políticas que fueron formalizadas legalmente desde 1961 con la extinción y sustitución de los lazaretos de aislamiento y asilamiento de los “leprosos” por dispensarios, sanatorios u hospitales generales para “hansenianos”⁵, así como con campañas de erradicación masiva de la enfermedad, a través de la identificación sanitaria de la prevalencia o convivencia con la lepra en los sectores rural y urbano, la asistencia social con ayudas y subsidios estatales, y la regularidad en la vigilancia o los tratamientos físico – químicos para todos los enfermos (abiertos y cerrados) reconocidos dentro y fuera de Santander desde 1985.

¹ Historiador. Especialista en Investigación Social y Docencia Universitaria. Magíster en Historia (política y Globalización). Docente Cátedra de la Escuela de Historia de la UIS. Director y evaluador de los proyectos de investigación histórica en salud pública o enfermedades en Santander.

Correspondencia: luisrubenpp@yahoo.es, o al casillero de la Profesora Claudia Patricia Serrano Ruíz de la Escuela de Fisioterapia.

1. Mentalidades minusvalidantes

La Historia de la Salud Pública, y por ende la de las enfermedades infecto – contagiosas, requiere ser tan cambiante y flexible en sus análisis y explicaciones como la historia misma de los hombres y las sociedades humanas. Las experiencias históricas que ofrecen las diferentes manifestaciones de discapacidad ocasionadas por los padecimientos neurológicos, musculares y dermatológicos de la lepra también permiten profundizar en las resistencias culturales que aún hoy caracterizan la discriminación y el ostracismo para con los leprosos, los cambios políticos y sociales que propiciaron las investigaciones científicas de los médicos, la actitud caritativa y misericordiosa que promovieron las comunidades religiosas que se hicieron cargo del cuidado espiritual y hospitalario de los enfermos, e incluso las estrategias psicológicas y terapéuticas que los mismos enfermos adoptaron en tiempos de crisis para promover la unidad al defender sus exigencias o peticiones, para disminuir las tendencias suicidas o fugitivas, y en especial, para atenderse mutuamente en sus limitaciones físicas, como en sus necesidades higiénicas, alimenticias y de movilización.

Los procesos socioculturales de los humanos, al igual que sus cuerpos sanos y enfermos, no dejan de cambiar ni sus representaciones sobre lo que fue o lo que ha sucedido dejan de estar en *movimiento* al ser ello una condición esencial para entender qué es el hombre y qué puede llegar a hacer como consecuencia de los cambios sucesivos de su especie. Ejemplo de ello fue la conciencia que desde el siglo XVIII se tuvo en la actual región santandereana sobre las mutilaciones que los enfermos de lepra experimentaban hasta alcanzar la abominable condición de seres monstruosos, cuyas consecuencias inmediatas fueron la persecución de los lazarinos hasta lograr ponerlos en movimiento con sus enseres y familiares por los caminos, pasos y sendas más inhóspitas y desoladas hacia los lazaretos de ocultamiento y olvido, así como se les obligó a hacer uso de las extremidades que aún les eran útiles para ayudar en actividades laborales, de subsistencia o en las exigentes jornadas de trabajo solidario al construir sus propios ranchos de residencia o al contribuir en la edificación y mantenimiento de caminos, puentes, calles y un hospital principal para la atención de los enfermos abandonados o incapacitados.

Sumado a lo anterior, el traslado de los enfermos que presentaban los primeros síntomas dermatológicos de la lepra hacia los lugares que el Estado y la sociedad consideraban como los más recomendables para evitar el contagio, para ocultar el horror que producía no poder

controlar lo incurable y desconocido, se constituyó en razón suficiente para propiciar significativos movimientos sociales de familias que decidían aceptar el exiliante desplazamiento que exigían las autoridades políticas, religiosas y sanitarias a sus parientes enfermos. La consecuencia inmediata de todo ello fue la reducción del espacio habitacional y hospitalario de los lazaretos dando paso a crecientes aldeas pobladas por residentes sanos, analfabetas, libertinos y conflictivos, como fue el caso de los orígenes urbanos y político – administrativos del actual Municipio de Contratación.

La persecución y el exilio al que fueron obligados los enfermos de Lepra en Colombia propiciaron además la formación y consolidación de movimientos culturales y artísticos encabezados por afamados intelectuales, periodistas, políticos, músicos, etc., que abandonando las ciudades capitales ocultaron las cambiantes razones de su vergüenza y descomposición física, fomentando a cambio su crecimiento espiritual y la inmortalidad de su belleza creativa en la medida que la enfermedad se expandía por sus cuerpos. Ejemplo de ello fue el afamado pianista Luis A. Calvo, quien al igual que otros enfermos virtuosos, decidió voluntariamente renunciar al mundo capitalino de los sanos para residenciarse en el leprocomio que desde el período colonial había contado con el uso del “Agua de Dios” que curaba todos los dolores, en especial los de la lepra. De igual modo, apelaron a la ubicación geoestratégica y la cercanía del lazareto con la capital del país para reivindicar desde el lazareto los derechos sociales y políticos de los leprosos como ciudadanos a los que se les anulaban sus derechos civiles, mientras que internamente aprendían a aceptar su condición de “hermanos” que en cuerpo y alma compartían una misma obligación como era la de residir hasta el final de sus vidas en ese “País del Dolor”.

De tal modo, historiar los aspectos colectivos de la minusvalía con la cual fue y ha sido afrontada las deficiencias y discapacidades vivenciadas por los enfermos de lepra exige a las ciencias psicofísicas (o de la Salud) como a las ciencias socioespirituales (o Sociales) que estudian integralmente al ser humano tener que “...comprender los altos contenidos de los saberes cotidianos y los elementos del sentido común que han sido olvidados en el estudio y el abordaje de estas condiciones”¹. Entendida la discapacidad como la alteración en la ejecución de la actividad física de un individuo que le limita o impide el normal desempeño de sus actividades cotidianas; y por minusvalía, la expresión simbólica y socializada “... del sentido particular y colectivo con el que el sujeto vivencia y asume su discapacidad”, en función de su edad, sexo, y factores

sociales o culturales.¹ Entender qué fueron la lepra y los lazaretos en Santander requiere necesariamente comprender cuál fue el devenir de las características clínico – hospitalarias de la progresiva discapacidad con que debieron afrontar los leprosos sus dolencias, así como interpretar cuáles fueron las percepciones, concepciones, expresiones y manifestaciones de minusvalía con las cuales fueron tratados y maltratados esos mismos discapacitados antes (manifestación sintomática) y después (postración desahuciante) de ingresar a los forzosos lazaretos de aislamiento higiénico (convicción policiva) y asilamiento sanitario (tradicción segregacionista).

Sea este artículo una invitación recurrente para que las Ciencias Sociales y de la Salud propendan por la realización de reflexiones comunes e interdisciplinarias acerca de las expresiones de la minusvalía asociadas con los diferentes tipos de discapacidad. Y específicamente, con la “... expresión del imaginario colectivo en donde se sobregeneralizan actitudes adquiriendo una doble dimensión de lo objetivo y de lo normativo”, así como con las razones espirituales que han justificado las formas históricas de “... restricción en la participación y accesibilidad física, tecnológica y sociocultural” de todos aquellos que han sufrido alteraciones en la función y la estructura de sus cuerpos.¹

2. Cuerpos discapacitados y establecimientos discapacitantes

Los leprosos, los castigados por los dioses de la Antigüedad con la enfermedad de las “escamas” tuberculosas, ulcerosas, deformantes y mutilantes, fueron hasta mediados del siglo XX las comunidades de enfermos incurables en quienes se ejemplificaron las principales representaciones que los seres humanos han tenido acerca de las formas más horribles y dolorosas del contagio y la discapacidad, en los únicos ciudadanos de los Estado - Nación de la modernidad que no tuvieron derechos ni privilegios civiles al estar condenados a llevar una vida de controles hospitalarios y subsidios estatales para prevenir el contagio entre los sanos, así como en uno de los grupos humanos que por mayor tiempo y en las peores condiciones fueron obligados a asumir conductas de aislamiento individual y asilamiento colectivo al desconocerse un medicamento o tratamiento eficaz para curarlos, aunado a la necesidad social de ocultar y olvidar los horrores ocasionados por la descomposición de esos enfermos.

Sufrir de lepra implicaba además aceptar la condición de ínsulas o islas sociales, olvidadas y apartadas por el resto de la sociedad, así como adaptarse y acomodarse a las

islas y espacios aislantes que cada nación elegía para el ocultamiento de los cuerpos transmisores de la enfermedad desde antes del siglo XIX. Espacios hasta los cuales debían llegar como grupos de viajeros ocultos en las bodegas de los barcos, remolcados en frágiles e insanas embarcaciones que iban atrás de los mismos, o conducidos por guardias expertos en la custodia y el traslado de ganados, presos o cargas a través sendas despobladas, con lo cual era “común y corriente” que los leprosos fueran sometidos a condiciones de hacinamiento, segregación, rechazo y maltrato semejantes a las recibidas por las bestias más abominables.

Ejemplos de ello fueron los leprosos estadounidenses (nativos o migrantes) trasladados al lazareto de la isla Molokai - Hawai en la costa pacífica¹⁰ y los enviados al islote del canal Sandi-Hoop en la Bahía de New York en la costa atlántica; La transformación de la Guayana Francesa y la Isla de Pinos en colonias leprosas ante las insanas políticas penitenciarias que Francia adoptó en esos territorios al mezclar presos sanos con nativos enfermos; El lazareto peruano de San Pablo ubicado en una isla selvática rodeada por el caudaloso y temido río Amazonas hasta donde llegó nadando el leprólogo Ernesto (Che) Guevara como rechazo a la segregación geohistórica que las comunidades médicas y religiosas hacían entre sanos y enfermos;¹¹ y en especial, el temido e indeseado lazareto colonial de Caño de Loro, ubicado en la isla de Tierrabomba, donde fueron reclusos desde finales del siglo XVI hasta mediados del siglo XX los leprosos de la provincia de Cartagena, los neogranadinos pobres que eran expulsados o trasladados desde las provincias del Reino a través del río Magdalena al ser identificados por los médicos como elefanciacos, los enfermos que residían en los pueblos ubicados en el litoral caribe o a orillas de los afluentes del bajo Magdalena, así como todos aquellos portadores de la enfermedad que navegaban por el Caribe y eran descubiertos durante las cuarentenas portuarias.

Los leprosos de Colombia no estuvieron confinados en una isla como tal, y aunque la idea fue promovida a inicios del siglo XX por los salesianos al sugerir el traslado de todos los enfermos del país a la isla de Coiba en el Océano Pacífico con apoyo del presidente Rafael Reyes, quien había declarado en 1906 la guerra contra la calamidad pública que amenazaba convertir todo el país en un lazareto, la mayor parte de los mismos permanecieron concentrados en Contratación (Santander) y Agua de Dios (Cundinamarca). Lazaretos andinos donde debieron convivir soportando condiciones similares a los insulares ya que la ubicación estratégica de los hospitales y

rancherías que fueron establecidos para su cuidado los aislaba y limitaba en sus intenciones de fuga al estar rodeados por caudalosos ríos, cerros elevados o selvas inhóspitas, a los cuales se sumaban centros urbanos limítrofes que servían a las autoridades como fronteras policivas y sanitarias donde los enfermos o los sospechosos de padecer la enfermedad tenían prohibido el ingreso, el comercio, la búsqueda de ayuda o el ocultamiento como prófugos temporales, reincidentes o permanentes al anhelar encontrarse con sus seres queridos, demostrándose así la imposibilidad de secuestrar y separar totalmente a los enfermos de los sanos.

Situación semejante percibió el periodista francés Raoul Follereau durante sus viajes por los lazaretos de África, y más específicamente los de Costa de Marfil a mediados del siglo XX, quien manifestó su rechazo contra las formas inhumanas de supervivencia que debían aceptar los leprosos reclusos en los leprocomios a falta de tratamiento o medicinas curativas al promover la conmemoración del “*Día Mundial de la Lepra*”, el último domingo de cada enero desde 1954. Fecha escogida por coincidir con el mensaje evangélico de la liturgia cristiana católica mediante el cual se le recordaba a los discapacitantes sociales la actitud tolerante y socializadora que tuvo Jesús al “limpiar” misericordiosamente a diez leprosos judíos de las “heridas” segregantes que les había provocado su dios Jehová. Aunque ello no implicaba limpiarse de las heridas producidas por el rechazo colectivo y el autoaislamiento que esos mismos enfermos aceptaban y manifestaban a su sanador al hablarle fuertemente para evitar su acercamiento o al impedir el roce contaminante de sus cuerpos con el de cualquiera de sus acompañantes al ser dispuesto así en los mandatos levíticos de las antiguas escrituras.

El Profeta de los pobres, enfermos y malaventurados, al dar ejemplo de las formas de solidaridad e integración que debían existir pública o privadamente entre sanos y enfermos, demostró a las generaciones futuras de enfermos que lo más importante para “limpiarse” de la lepra era asumir con esperanza y fe todos los cambios y las curaciones físicas que se anhelaban, sin sacrificar con ello la posibilidad de seguir conviviendo e interactuando con los seres queridos pues eran los seres divinos y no los hombres quienes marcaban o limpiaban las heridas de los pecadores. Se requería afrontar con expresiones tolerantes y de vida espiritual las dolorosas limitaciones de la vida corporal y material.

La experiencia histórica heredada de las narraciones evangélicas acerca de la relación entre Jesús y los

leprosos señaló a su vez a las comunidades religiosas que migraron a América, con fines evangelizadores, inquisitivos, moralizadores u hospitalarios, la importancia de promover una actitud tolerante, un espíritu apostólico y una permanente motivación espiritual y caritativa entre los cristianos sanos para con todos los enfermos. Para ello, se apropiaron de mensajes evangélicos que invitaban a los feligreses a aceptar con resignación la enfermedad física bajo la promesa de la redención divina, asumiéndose para ello que la vida terrenal se debía reducir al plano espiritual de la fe al no existir curaciones totales o plenamente efectivas. De igual modo, se asumió que todos los lazarinos debían contribuir en la preservación del orden social heredado de las tradiciones levíticas para el aseguramiento sanitario de las futuras generaciones, manteniéndose alejados de los centros urbanos, evitando el contacto físico con los sanos y asentándose en lugares aislados y distantes a donde pudiesen ir o llegar libremente todos aquellos que desearan acompañarlos o asistirlos permanentemente.

Apelando a ese imaginario colectivo, preservado y justificado a través de las narraciones bíblicas, las naciones judeocristianas edificaron o adecuaron casas como hospitales localizados en sitios aislados, inaccesibles y distantes de los centros urbanos con el fin de atender en ellos la enfermedad padecida por cientos de hombres, mujeres e infantes, quienes soportaban las mismas penurias, injusticias y discriminaciones de leprosos contemporáneos de Jesús como Lázaro y Simeón. De los cuales Lázaro se constituyó en el símbolo de la amistad, la tolerancia, la redención y la promesa de resurrección divina para con los cuerpos enfermos, un ejemplo de vida para todos los leprosos cristianos, y en un ser divino cuyo culto fue tal que algunos caballeros cruzados fundaron la Orden de San Lázaro como una hermandad de leprosos encargada de cuidar y asistir a quienes habían contraído la enfermedad en Medio Oriente durante la reconquista de Jerusalén, así como los leprocomios medievales construidos en Europa en torno a los templos de ofrendas, los monasterios hospitalarios y las casas de hospicio para los leprosos fueron denominados por igual como “*lazaretos*”.

La celebración del *Día Mundial de la Lepra* demostró además que exiliar y ocultar a los enfermos para evitar el contagio no era la mejor solución para reducir los focos o el número de leprosos. La condena de los enfermos a la desesperanza y a la muerte física, moral y social al expulsarlos de sus comunidades hacia sitios inhóspitos o al recluirllos forzosamente en los lazaretos públicos no evitaba que cientos de personas continuaran presentando los signos de la enfermedad fuera de esos

centros de control sanitario y asistencia beneficiaria. De tal modo, las verdaderas acciones “curativas” estaban asociadas con la promoción de la prevención comunitaria y la realización de investigaciones científicas para encontrar medicamentos eficaces que controlaran los síntomas y las manifestaciones de la lepra.

La primera de esas acciones se implementó en Colombia a partir de 1961 con la eliminación de los lazaretos y la restitución de los derechos civiles de los enfermos para poder convivir con los sanos, y la segunda, a partir de 1985 cuando el Estado se propuso erradicar la lepra en el país considerando para ello los avances farmacéuticos que desde inicios del Siglo XX se venían implementado con el patrocinio científico y la intervención preventiva o terapéutica de la OMS y la OPS. Pero contrario a lo esperado, los nuevos enfermos y muchos de los que se habían marchado regresaron nuevamente en busca de asistencia y beneficencia a los antiguos lazaretos de Contratación y Agua de Dios, convertidos para entonces en sanatorios u hospitales generales, al no ser aceptados ni tolerados por los sanos discapacitantes y segregantes, especialmente por sus familiares quienes seguían sintiendo horror y aversión social con su presencia. Por otra parte, el sistema de Salud Pública tampoco pudo cumplir sus metas erradicadoras ya que los agentes clínico - hospitalarios no tenían los recursos necesarios para ello o en muchos casos no sabían reconocer ni dar el trato médico necesario a los enfermos de lepra, por ser una enfermedad que desde mediados del siglo XX empezó a ser desconocida, olvidada o sustituida en sus prioridades por las enfermedades tropicales, venéreas o epidémicas.⁴

3. Los lazaretos

La atención de los leprosos en los hospitales de degredo que fueron acondicionados o construidos desde la antigüedad en todo el hemisferio occidental permiten demostrar que la historia de la lepra y los leprosos hace parte de la historia de la exclusión y la automarginación de los grupos sociales que fueron y aún siguen señalados o perseguidos por las deficiencias, discapacidades o incapacidades que diversos agentes infectocontagiosos ocasionan a sus tejidos vitales. La lepra, la plaga de “escamas” oriunda de Egipto, fue trasladada a Europa y a las indias orientales (Asia) por los comerciantes griegos y persas, los ejércitos de Alejandro Magno, las legiones romanas, los cruzados⁹, los inmigrantes judíos, etc., llegando finalmente a las indias occidentales (América) con las huestes de conquistadores europeos, y en especial con los soldados descendientes de lazarinos, los ibéricos oriundos de los poblados donde residían leprosos, los pobres que habían sido recluidos en

“hospitales de podridos” o entre los cuerpos de aquellos que habían sido vecinos o residentes de leprocomios cercanos a sus lugares de origen.

En el caso del Nuevo Reino de Granada (Colombia), se cree que la enfermedad fue expandida con la llegada misma de los españoles a través de los valles y las cuencas hidrográficas asociadas con el Río Grande de la Magdalena, entre los cuales el Adelantado Gonzalo Jiménez de Quesada⁶ fue uno de los leprosos más reconocidos y beneficiados por las autoridades españolas al conocerse su enfermedad después de regresar de España en 1538 como fundador y gobernador legítimo de Santafé y su jurisdicción. Pensando en las consecuencias de esa condición, los capitanes miembros de su hueste se encargaron de otorgarle la protección social que era necesaria para evitar que su héroe conquistador sufriera el rechazo social, la expropiación de bienes y la obligación legal de exiliarse lejos de las construcciones urbanas y las sociedades provinciales que había fundado y organizado al decaer a la condición de enfermo pobre de solemnidad. Quesada por su parte, adverso a la mofa pública como leproso “elefanciaco” o al ostracismo en el lazareto de Cartagena como leproso “leonino”, ensayó en su Reino las alternativas hidroterapéuticas de curación tradicional de la enfermedad empleadas en Europa como fue el caso del ejercicio relajante dentro de estanques de aguas termales, para lo cual pidió cumplir su automarginación social en Tocaima, cerca de fuentes de aguas minerales como la quebrada de la curativa y milagrosa “Agua de Dios”, en cuya cuenca tres siglos después sería establecido el primer y más importante lazareto nacional financiado por el Estado colombiano.

Esa distinción entre leprosos leoninos y elefanciacos reflejaba a su vez las diferenciaciones tradicionales que existían entre los enfermos que presentaban los síntomas propios de los leprosos oriundos del medio oriente (árabes) y los rasgos particulares de los leprosos del Asia menor (griegos). Los árabes o leoninos sufrían la lepra *cutánea o tuberculoide*, de carácter endémico, caracterizada por una primera etapa de manchas y escamas anestésicas de color leonino o blanco, vellos ralos y extremidades edematosas, la cual era seguida por una etapa de tubérculos en la cara (“*facies leonina o leontiasis leprosa*”), extremidades y dorso, cuyos lepromas finalmente derivaban en ulceraciones, costras y manchas que destruían o hundían articulaciones y huesos, especialmente el nasal (*lepra mutilante tuberculosa*). Los leprosos griegos o elefanciacos estaban “contagiados” por la lepra *anestésica o “lazarina”* (nerviosa, antonina o no tuberculosa

(afimatode)), y eran considerados más afortunados que los leoninos al perder toda sensibilidad de la piel al dolor y la temperatura con lo cual no tenían que sufrir los dolores asociados con las mutilaciones de la cara o las extremidades.

Uno de los rasgos más característicos de los elefanciacos era el enorme aumento en el volumen de las partes afectadas, especialmente las extremidades inferiores, sumado al recubrimiento de las mismas por una piel muy endurecida que al igual que la elefantiasis (*filariasis linfática*) transmitida por mosquitos daba a los enfermos la apariencia dermatológica de los paquidermos⁸. A esos rasgos se sumaban manchas o ampollas visibles, anestésicas y serosas, neuritis por irritación o degeneración, caída del pelo, sequedad de los tegumentos, alteración de las uñas, mutilación de las extremidades hasta quedar sólo muñones, reabsorción ósea de las falanges, pérdida de sales calcáreas que reblandecían y hacían flexibles los huesos, atrofia y deformidad muscular (mano de simio, mano de garra, pie caído), y cambios visibles en la cara como atrofia muscular (“*facies leprosa*”), frente lisa o de marfil, ojos muy abiertos y desviados, mejillas hundidas, boca semiabierta, babeado, y daños específicos en los ojos (lagrimeo, secreción, iritis, queratitis y perforación de la córnea).

Aún así, los leprosos neogranadinos fueron reconocidos por igual con el eufemismo de “elefanciacos”⁸, siendo conservada esa tradición entre los habitantes del actual Santander, y específicamente de la provincia colonial del Socorro, cuyo contagio se remontaba en el imaginario popular hasta los negros esclavos traídos desde África o el Caribe, o en el mejor de los casos por la presencia del mal entre las familias de criollos y peninsulares que desde el siglo XVII migraron hacia el interior del Reino desde ciudades con focos de lepra como Portobelo, Panamá, Cartagena y Mompos, quienes se unieron y reprodujeron con las principales familias de conquistadores y colonos asentadas en la región desde mediados del siglo XVI, propiciándose así la “herencia” o transmisión intergeneracional de los agentes microbiológicos que permitían el desarrollo de la enfermedad.

La expansión de la enfermedad por todas las provincias de la cuenca del río Sogamoso (Suárez y Chicamocha) fue explicada a su vez por médicos y sabios reales del Siglo XVIII, especialmente por José Celestino Mutis, como consecuencia de las incorrectas prácticas de salubridad e higiene que se acostumbraban, entre las cuales estaban el uso y comercialización pública de las manufacturas textiles y comestibles producidas por familias de artesanos enfermos, el consumo de chicha

por enfermos y sanos en las mismas vasijas, el contagio en el templo al persignarse los feligreses con la misma agua bendita, la promiscuidad sexual, etc. Aún así, hasta 1745 la enfermedad fue reconocida oficialmente por las autoridades virreinales, quienes ordenaron afrontarla, a falta de un lazareto en la provincia del Socorro y sus vecinas, con el secuestro y traslado forzoso de todos los enfermos comprobados o sospechosos de tener el “*Mal de San Lázaro*” al Lazareto Real existente en Cartagena desde 1598.

Para financiar la estadía y atención de esos provincianos en el único lazareto neogranadino existente, las autoridades virreinales ordenaron además la reducción y el traslado de gran parte de las rentas provinciales por concepto de puentes y aguardientes. Los socorranos se negaron al traslado de sus recursos locales para el beneficio de los establecimientos de otras provincias, que sumado al destierro, la ruina y la inevitable muerte de los enfermos pobres y pudientes durante la travesía hasta Cartagena, llevó a que las autoridades provinciales en asocio con los representantes de las principales familias afectadas por las medidas exiliantes, optaran por solicitar la fundación y cofinanciación de un hospital para elefanciacos dentro de la misma provincia, cumpliendo los reglamentos y procedimientos existentes en el de Cartagena. Proyecto que se concretó en 1784, a pesar de la oposición del Gobierno virreinal, con la adecuación de una casa para beneficiar a los enfermos pobres, mendicantes o abandonados quienes en adelante residieron en una casa ubicada en el sitio conocido como “*Regadillo*”. Los enfermos privilegiados, así mismo, pudieron continuar aislados en sus estancias o en sitios distantes en donde no representaban ningún tipo de riesgo para el resto de la población, contando para ello con la asistencia física de sus familiares y la atención terapéutica de los médicos privados que podían contratar para tal fin.

Durante los años de la Primera República (1810–1816), la redistribución de las propiedades realistas, la concentración y el crecimiento demográfico del Socorro y el incremento en el tráfico vial de tropas, funcionarios y comerciantes llevaron a exigir la expulsión y el aislamiento de los enfermos residentes en el *Regadillo* a una casa o edificio situado en un lugar diferente a los sitios de entrada y salida de la villa provincial, así como se sugirió que estuviese ubicado en un lugar de clima cálido y abundantes aguas minerales que resultaran benéficas para el alivio y el control terapéutico de los enfermos. Considerando esas razones, así como las limitadas condiciones presupuestales del Cabildo provincial, finalmente se escogió un terreno habitable

en la ribera oriental del río Suárez, en el sitio conocido como el *Curo*, cerca del cual existía una cabuya o tarabita que los viajeros usaban para cruzar sus bestias, maletas y cargas sobre el río con ayuda de las cuerdas y las poleas que existían allí. Aún así, la crisis política, administrativa y fiscal de la Segunda República (1819 – 1831), el manejo provincial que se debió continuar haciendo del lazareto, las presiones demográficas y territoriales de los colonos colindantes del lazareto, las malsanas condiciones ambientales, las enfermedades producidas por los insectos del sitio, las inundaciones frecuentes del río, la dependencia que se tenía de las raciones y ayudas caritativas de los autoridades socorranas, sumado a la improductividad física y laboral a la que debían someterse los elefanciacos pobres y mendicantes, llevaron a que finalmente algunos enfermos con optimas condiciones de salud se atrevieran a pasar el río a través de la cabuya existente allí con el fin de internarse en las inhóspitas tierras baldías que llegaban hasta el río Magdalena en busca de nuevas y mejores alternativas durante el tiempo que les quedaba de vida útil.

Esa osada travesía no hubiese sido posible sin la motivación y la compañía que para ello tuvieron de los colonos que empezaban a tomar posesión de los baldíos al occidente del río Suárez, como de los extractores de quinas quienes desde décadas atrás recorrían las selvas de la cuenca alta del río Opón en busca de cortezas medicinales, lo cual propició finalmente que colonos y enfermos decidieran asentarse en la *Contratación*, un valle ubicado en lo más alto de la altiplanicie de la Cordillera de los Lloriqués (o de los cobardes), el cual distaba del Curo en seis intransitables kilómetros de camino ascendiente y curvilíneo. Esa leprosería se constituyó rápidamente en una frontera agropecuaria y de extracción forestal que atrajo año tras año un número mayor de enfermos, quienes decidieron abandonar finalmente *el Curo* presionados por la persecución de los colonos del Suárez, por las exigencias de mayor aislamiento y ocultamiento de las autoridades provinciales en su afán de garantizar caminos libres para el comercio y la inmigración, y en especial, por su deseo de seguir siendo útiles y productivos en actividades agropecuarias y artesanales tradicionales aprovechando condiciones ambientales del valle como aguas abundantes y tierras baldías, las cuales les motivaron además a quedarse y construir sus ranchos de paja alrededor del hospital de caridad en donde se prestaba atención de los enfermos postrados o moribundos, sin presiones ni persecuciones de ningún tipo. Aún así, los elefanciacos no renunciaron a las donaciones que mensualmente les hacían llegar las autoridades provinciales, los empresarios caritativos de la provincia, y sus propias familias.

El uso legal del sitio de “la Contratación” como espacio exclusivo para los elefanciacos de la provincia del Socorro, así como para la construcción y dotación de la infraestructura necesaria para el funcionamiento en él de un lazareto moderno que reuniese las condiciones hospitalarias y sanitarias similares a las europeas, fue finalmente autorizado, reglamentado y financiado durante la Tercera República (1832 – 1853) por el General Francisco de Paula Santander y sus sucesores, quienes decidieron reorganizar el lazareto del Socorro como un lazareto Nacional para la atención de los elefanciacos residentes o provenientes de las provincias que conformarían el primero de los tres Distritos Sanitarios y Antileproso de la República, entre las cuales estaban las provincias de Bogotá, Casanare, Neiva, Pamplona, Tunja, Vélez y Socorro, para lo cual sería expedida la Ley nacional del 5 de agosto de 1833 y su Decreto reglamentario del 18 de marzo de 1835.

A pesar de la cobertura y la creciente demanda de ese servicio hospitalario de primera necesidad, el Gobierno Nacional sólo pudo contribuir con la financiación del hospital durante sus tres primeros años de funcionamiento oficial. Una década después, la administración y financiación del mismo había pasado una vez más al Cabildo Municipal y a la Cámara Provincial del Socorro, lo cual limitó su funcionamiento y la atención de todos los enfermos pobres que allí eran constantemente asilados. De tal modo, los enfermos no solo tenían que sufrir los padecimientos psicofísicos y socioculturales de la enfermedad pues también debían someterse al hambre, al descuido sanitario y a una muerte lenta, mutiladora y anónima que eran propias de las instituciones de beneficencia pública ante el abandono financiero del Estado, a lo cual se aunaban las disposiciones legales por medio de las cuales se ordenaba el secuestro, el ostracismo y la diáspora social para los elefanciacos pobres o mendicantes al ser consideradas esas medidas como la mejor forma de prevenir el contagio que arrastraban consigo los incurables muertos -vivos en los lazaretos provinciales, en los soberanos “países del dolor”.

Esa situación vivida por los leproso durante más de dos décadas sólo fue remediada durante la cuarta república (1853 – 1886) al ser dividido el país en *estados* soberanos para el manejo autónomo de la policía, la beneficencia y la salubridad territorial, y más específicamente al ser expedida la Ley del Estado de Santander del 14 de septiembre de 1861 por medio de la cual se creaba un lazareto público y estatal. Ley que fue estudiada y aprobada unánimemente por la Asamblea Legislativa y el Poder Ejecutivo como consecuencia de

la presión hecha por los empresarios inmigrantes y las redes de comerciantes en el poder, quienes decidieron compadecerse de la situación de abandono y miseria que padecía el creciente número de elefanciacos dedicados a mendigar o robar por todos los caminos, puentes y poblaciones del Estado para poder subsistir, a los cuales se aunaban los enfermos pobres y moribundos del Departamento del Socorro que aún se encontraban asilados en Contratación.

La existencia física del viejo lazareto provincial y la vigencia de la legislación que lo había creado fueron además los dos pilares a partir de los cuales los legisladores y gobernantes ordenaron la reorganización del lazareto provincial del Socorro como el único “hospital de elefanciacos” de Santander, se revalidaron los principios y reglamentos que desde 1835 existían en el país para crear y administrar hospitales modernos al cuidado de leproso, así como se adoptaron las experiencias e innovaciones sanitarias hechas en tal sentido por los Gobiernos de Europa del Norte y los Estados Unidos, las cuales fueron importadas y adoptadas por los gobernantes liberales que habían vivido en esos países o que habían estado interesados en acabar con la lepra, como fue el caso de Victoriano de Diego y Paredes. El lazareto fue justificado además como una “*necesidad moral y social de la caridad y la beneficencia*”⁷ para con los elefanciacos pobres o abandonados, por ello su creación, administración, financiación y reubicación en Contratación debían tener como fin único la asistencia y la protección de los enfermos notoriamente pobres. De allí que el funcionamiento anual del mismo fuese una de las prioridades ejecutivas, uno de los primeros gastos aprobados por la Asamblea en cada presupuesto anual, y ante todo, en uno de los principales logros sociales que los liberales (radicales y regeneradores) no dejaban de destacar. A la Ley siguió su respectivo Decreto reglamentario, aprobado el 26 de agosto de 1862, mediante el cual se dispuso con claridad que el lazareto del Estado emplearía la infraestructura existente y el reglamento interno del lazareto nacional ubicado desde 1833 en el Sitio de la Contratación.

Cinco años después de reorganizado el lazareto, la necesidad de mejorar las condiciones de vida de los enfermos que no podían ser trasladados hasta la cuenca del río Suárez, los problemas que ocasionaban quienes no podían ser admitidos en Contratación ante el limitado número de raciones y camas presupuestadas anualmente, aunado a la preocupación del Gobierno por garantizar la salubridad pública en los centros urbanos más poblados, de gran actividad comercial o de interés para los

inmigrantes extranjeros, hizo necesario el estudio y organización legislativa de un hospital de elefanciacos adicional para Santander, cuya finalidad inmediata sería la atención de los enfermos residentes en los departamentos circundantes al río Chicamocha, en especial los de Soto y García Rovira. Aún así, la creación de un segundo lazareto para Santander solo fue concretada en 1873 por la Ley XV, aunque las limitaciones fiscales del Estado, la guerra civil de 1876-1877 y la oposición de los vecinos residentes en los poblados elegidos a convivir o ser desplazados de sus tierras por los enfermos, especialmente los de Cepitá, impidieron la organización y consolidación del anhelado lazareto, obligando así a los Gobiernos nacional y estatal a reconcentrar todos los recursos existentes en la atención hospitalaria de todos aquellos elefanciacos que podían ser admitidos en Contratación. Igual determinación se debió adoptar en 1906 al reintentarse infructuosamente el establecimiento de ese lazareto adicional en Cepitá con el fin de atender a los enfermos de Galán, Santander y Tundama de acuerdo con las ordenes impartidas por el Presidente Rafael Reyes. Aún así, algunas familias de sanos y enfermos en búsqueda de mejores climas, oportunidades laborales y propiedad sobre terrenos baldíos decidieron asentarse en el sitio de San Pablo y en los valles de las quebradas La Vega y Macaligua, formando allí pequeños caseríos urbanos o colonias sometidas al control de las autoridades del lazareto. Con lo cual, hasta su extinción político – administrativa en 1961, Contratación continuó organizada como una Aldea regida por un Administrador quien debía garantizar la atención hospitalaria a todos los “hansenianos”⁵ provenientes de las provincias y departamentos del nororiente de Colombia, en especial los de Boyacá, Norte de Santander y la frontera colombo - venezolana, de acuerdo con lo dispuesto legalmente desde 1866.

Y aunque desde 1906 los administradores contratados fueron en su mayoría médicos comprometidos con la investigación y la atención de los enfermos, todos ellos asumieron tareas directivas semejantes a los burócratas que los precedieron como eran: realizar un control riguroso del hospital en cuanto a registro de altas y bajas; llevar un control contable de las raciones; decidir la expulsión de enfermos inmorales o criminales; autorizar castigos con cárcel o reducción de raciones a quienes incumplían los reglamentos disciplinarios internos y; ordenar el aislamiento en asilos para hombres y mujeres dentro del lazareto para las personas enfermas y en los asilos de Guadalupe (niñas) y Guacamayo (niños) para los hijos de los enfermos. “Huérfanos” que debían someterse a un permanente estado de observación física y prevención sanitaria de los síntomas que demostraban

padecer la enfermedad, los cuales al ser verificados y certificados por los médicos les obligaban a retornar desde esos distantes asilos “preventorios” a la Contratación “interna” para ser reclusos como leproso regulares⁵. Esa condición dual como aldea para sanos y lazareto para enfermos obligó a los administradores a tener que solucionar las necesidades y los problemas que se experimentaban cotidianamente como eran: los conflictos de intereses con los colonos ilegales; los conflictos territoriales y habitacionales consecuentes a la superpoblación del lugar al enfrentarse los colonos con los enfermos o sus familiares; e imponer hábitos saludables y de prevención de la enfermedad al inclinarse los enfermos por el consumo de carne de cerdo o el aguardiente, considerados tradicionalmente como agentes transmisores o agravantes de la enfermedad, y los principales causantes de la inmoralidad y el desacato.

Esos factores, aunados al incremento en el número de habitantes y por ende en las recaudaciones públicas, conllevaron a que durante la quinta república (1886 – 1991) el Gobierno departamental autorizara el ascenso de la aldea de Contratación como Distrito Municipal por medio del Decreto del 30 de noviembre de 1887, separándose después de veinte años la autoridad del Administrador del lazareto de la autoridad del Alcalde elegido para administrar la cabecera municipal conformada por la población de sanos y los enfermos autónomos, siendo elegidos como funcionarios algunos enfermos letrados o aquellos que tenían experiencia en la administración pública como burocratas. Aún así, para garantizar el control sanitario y prevenir el contagio de la lepra se ordenó por Decreto 350 del 23 de marzo de 1906 degradar y reorganizar a Contratación como Corregimiento, restableciéndose así la organización como aldea para los sanos (C. externa) y lazareto para los enfermos (C. interna). Para garantizar ese nuevo orden los administradores tuvieron en adelante un servicio permanente de policía interna conformada por agentes enfermos y otra de policía externa para el control de las fugas compuesto por agentes sanos, armados y uniformados, por lo general foráneos, quienes debían permanecer en los retenes de ingreso o egreso a Contratación para garantizar así el cumplimiento y respeto de los cordones sanitarios ordenados para todos los lazaretos del país. Afín a esas políticas, se estableció un Juzgado y un circuito de Notariado y Registro de uso exclusivo para los habitantes de la aldea y el lazareto con el fin de facilitar las transacciones de los enfermos y evitar su salida a los municipios cercanos, los cuales fueron finalmente trasladados o reorganizados al decidir la Asamblea Departamental de Santander retornar a Contratación su condición de Municipio en 1962 al ser

aprobada la extinción legal de los lazaretos y sus exclusiones políticas, económicas, sociales y sanitarias.

Para cumplir interna y externamente con esas funciones, los administradores contaron además con otra forma de policía de carácter espiritual, hospitalaria y sanitaria representada por la asistencia, protección y vigilancia a la salud moral que realizaba en Colombia la comunidad de religiosos conocidos como los “*Salesianos*”. Misioneros en su mayoría italianos, quienes imitando los resultados de su obra misionera en Agua de Dios se encargaron en Contratación de las siguientes tareas desde 1897: 1. Organizar y construir física y espiritualmente una parroquia con los habitantes sanos y los enfermos capaces; 2. Reorganizar la atención hospitalaria para los leproso en los establecimientos de asilo denominados María Mazzarelo para las mujeres, San Juan Bosco para los hombres, Santa Catalina para las niñas, y San Bernardo para los niños; 3. Contribuir en la prevención e identificación de las futuras generaciones de enfermos al separar y mantener aislados como huérfanos o abandonados a los hijos de los enfermos reclusos en la Contratación interna por medio de los asilos u orfanatos de “prevención” creados en Guadalupe (para las niñas) y en Guacamayo (para los niños) y; 4. Prestar con convicción y entrega servicios de enfermería, cuidado asistencial y rehabilitación física, material, moral o espiritual a los enfermos desahuciados o moribundos que eran trasladados desde sus ranchos o casas a las enfermerías del hospital principal, siendo conscientes que podrían ser infectados como ya había ocurrido a los misioneros que en otros lugares del mundo se habían entregado plenamente al cuidado y protección de los leproso. Sacrificio de vida que en imitación de Jesucristo había sido fielmente plasmado en el lema del hermano Andrés Beltrami: “*ni sanar ni morir, sino vivir para padecer*”², difundido entre todos los salesianos hospitalarios de Colombia por el “santo de los leproso” Luis Variara.

La presencia de los Salesianos en los lazaretos nacionales de Agua de Dios y Contratación trajo consigo a corto plazo resultados innovadores como la reducción en el número de muertos, la regulación de la miseria y la caridad entre los mismos enfermos, la prevención de los suicidios por parte de los enfermos desesperados, la organización de los enfermos en asociaciones para hombres, mujeres y niños, y la plena regulación de esas poblaciones en torno a los ritos, celebraciones y la labor misional de los religiosos. Propiciándose así que los lazaretos, sin perder su condición de colonias penitenciarias para enfermos contagiosos, se convirtieran en asilos de beneficencia y caridad organizados como

comunidades productivas plenamente intervenidas y regidas por los preceptos espirituales de los salesianos, así como en hospitales regulados científica y terapéuticamente por los médicos oficiales. Aún así, debieron pasar ciento cincuenta años para que esa vida reclusión sanitaria y asilo espiritual cesaran al entrar en vigencia la Ley 148 del 22 de diciembre 1961.

Ley mediante la cual se declaraban inútiles, innecesarios, discriminantes y deshumanizantes los lazaretos para erradicar la lepra, se ordenaba su extinción y reemplazo por sanatorios provinciales de asistencia hospitalaria, y se prohibían todas las formas de rechazo, represión, discriminación o intolerancia que por tradición se habían institucionalizado para con los hansenianos, sus amigos, familiares y descendientes⁵. De igual modo, se obligaba al Estado colombiano a reconocer y restituir a cada uno de los enfermos considerados como no contagiosos o peligrosos desde 1929 (“curados sociales”) la plena condición de *ciudadanos* representada en una cédula o documento de identificación semejante al de los sanos y no la acostumbrada cédula que los acreditaba como enfermos de Hansen, así como se dispuso que los enfermos inestables, desahuciados o desamparados para subsistir por sí mismos deberían continuar recibiendo un subsidio económico (“ración”), pagado en pesos y no en la devaluada moneda (“coscosa”) creada para el uso forzoso y exclusivo de los lazaretos colombianos³.

4. Espíritus revalidantes e instituciones socializantes

Desde que en 1871 la lepra fue explicada por el leprólogo noruego G. A. Hansen como una enfermedad transmitida por un báculo, de acuerdo con los postulados de la revolución científica abanderada desde la microbiología por Pasteur y Koch, la lepra fue en Colombia en un singular ejemplo de la tardía pero contundente demostración de la inexistencia de enfermedades inexplicables o incurables. Para ello, se reiteró una vez más que las enfermedades no eran causadas por seres divinos (celestiales o infernales) que castigaban con ellas a los creyentes impuros ya que la mayoría de ellas se encontraban anidadas en lo más profundo de los cuerpos. Así mismo, en los laboratorios se procedió a la búsqueda frenética de vacunas, medicamentos y tratamientos para prevenir el mortal accionar de la lepra por parte de médicos – científicos financiados por el Estado mientras que en los lazaretos se incrementaron las medidas represivas contra el contagio, las campañas de prevención higiénica o delación de enfermos, y acciones directas de persecución sanitaria de los enfermos y sus familiares al ser considerados posibles portadores de la lepra. Las

exitosas experiencias noruegas con la lepra y los lazaretos encabezadas por Hansen, motivaron además a las autoridades higiénicas y a los salesianos a sugerir la adopción de alternativas terapéuticas mucho más humanitarias para prevenir el contagio o la discapacidad de los dolientes. Ejemplo de ello fue la progresiva socialización de los enfermos estables o “curados sociales” desde 1929, la reducción de las restricciones penitenciarias con las que se administraban los lazaretos a fin de transformarlos en sanatorios hospitalarios a los cuales podrían llegar los enfermos de forma voluntaria y responsable, la reclusión hospitalaria de los enfermos abiertos para prevenir toda forma de contagio, el establecimiento de dispensarios antileproso de carácter regional (1932), y la realización de campañas nacionales de prevención (1948) caracterizadas por el examen físico ambulatorio, la quimioterapia, el servicio de salud por medio de consultorios médicos en hospitales provinciales y la prevención de la discapacidad o los accidentes entre los enfermos al perder su sensibilidad. Siendo todos esos programas y campañas continuados durante toda la segunda mitad del siglo XX hasta aprobarse la eliminación del régimen represivo de los lazaretos y la sustitución de los hospitales de reclusión por sanatorios en 1961. Sin embargo, el trienio comprendido entre 1985 y 1987 fue uno de los de mayor actividad en la prevención y erradicación de la lepra al ser dispuesto por el Ministerio de Salud y la Secretaría Departamental de Salud, en asocio con la OMS y la OPS, que los enfermos abiertos (activos, lepromatosos o multibacilares) y cerrados (pasivos, tuberculosos o paucibacilares) de Santander debían someterse a una terapia multidroga (TMD) que combinando la ingestión diaria o mensual de Rifampisina (bactericida), Clofazimina y Dapsona (bacteriostáticos) lograría “curar” la enfermedad después de un año al reducirse la resistencia del bacilo e interrumpirse su cadena de transmisión⁴.

Desafortunadamente esa euforia erradicadora con la TMD, al igual que en el siglo XIX lo fue el aceite asiático de Chaulmoogra y durante el siglo XX los efectos combinados de la vacuna BCG (Bacilo Calmette – Guering) contra la tuberculosis y la monoterapia con Dapsona, no logró cumplir todas las expectativas curativas esperadas postergando las instituciones sanitarias mundiales y nacionales la erradicación global de la enfermedad hasta el año 2000 al proyectarse la reducción de los enfermos a uno por cada dos mil habitantes al no ser posible la total curación o la plena eliminación de la lepra a falta de cultivos artificiales del bacilo para desarrollar vacunas, por ser inmunodeficientes a la enfermedad entre el cinco y el

diez por ciento de la población mundial, o por ser el ser humano el único reservorio de la enfermedad. A lo cual se sumaban grandes problemas para el éxito de los programas sanitarios y asistenciales concebidos para la “eliminación” quinquenal de la lepra en regiones como Santander al prevalecer el miedo, la estigmatización, la desinformación y la falta de capacitación del personal hospitalario⁸, la insuficiencia de recursos de toda índole para su financiación y seguimiento, e incluso la “indiferencia de efectivo apoyo a todos los niveles”, a pesar que entre 1985 y 1993 el 89% de los 87 municipios del Departamento convivían con la lepra y veinte de los mismos registraban *prevalencia total* entre la población adulta rural⁴. Durante la última década, las instituciones de salud han continuado sus campañas de prevención, búsqueda y diagnóstico de la lepra por medio de exámenes físicos (dermato-neuro-oftalmológicos) y clínicos (biopsias y baciloscopias), el suministro gratuito de los medicamentos para la quimioterapia siguiendo el lema “la lepra es curable”, la vigilancia epidemiológica, la prevención de la discapacidad psicofísica y socioproductiva, y la rehabilitación corporal de los enfermos con terapias de hidratación, lubricación, masajes y ejercicios (libres, asistidos y resistidos)¹². Así mismo, se les ha garantizado protección legal por parte de los organismos de seguridad social y defensoría popular al comprobarse cómo algunos enfermos continúan siendo ocultados, rechazados, maltratados o silenciados como consecuencia de las “mutilaciones del alma”⁸ y las adversiones discapacitantes padecidas por sus familiares o por los grupos sociales de su entorno. Personas que se niegan a aceptar el derecho que tienen los enfermos a recibir terapias para continuar social y espiritualmente vivos, para acabar con el horror y la proscripción social que aún inspiran su presencia o toda forma de contacto con su ser. La experiencia histórica que cientos de familias santanderanas han debido soportar intergeneracionalmente con la lepra, los leprosos, los lazaretos, y las cambiantes posiciones policivas o terapéuticas de los leprólogos acerca de su contagio han propiciado entre los santandereanos significativos avances en cuanto a la sensibilidad, respeto, solidaridad y empatía que se espera exista para con los enfermos de lepra, los símbolos vivientes del deseo de supervivencia, resistencia, coraje y anhelo de libertad que son propios de los atributos del ser santandereano. De igual modo, los enfermos que aún sobreviven y la infraestructura urbana que simbolizó el lazareto de Contratación han sido las principales evidencias de la identidad, pertenencia y patrimonio que esas poblaciones tienen acerca de los orígenes clínico-hospitalarios y socio-culturales de sus primeros habitantes. Así, la Historia de la lepra y los

lazaretos no es sólo el relato de lo acontecido ya que cada día cientos de familias deben continuar conviviendo, recordando, actuando y sintiendo entre la piel misma al mal de San Lázaro, al “*rey de los espantos*”.

REFERENCIAS

1. Agamez, J. Et. al. Cuerpo – Movimiento. Perspectiva funcional y fenomenológica. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales, 2002: 72 – 73
2. Salesman. Eliécer. El amigo de los leprosos. Venerable Padre Luis Variara Salesiano. Bogotá: Apostolado Bíblico Católico, 2000: 185
3. Ruíz Arenas, Álvaro. Croniquilla de Contratación. Tercera edición más extensa. Bucaramanga: FRID – Alcaldía Municipal de Contratación, 1998: 113
4. Mosquera Sánchez, Hernando. Proyecto Plan de Acción para la eliminación de la lepra en Santander en 5 años 1994 – 1999. Presentado y aprobado por la OPS en junio de 1994. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 1994: Cap. III: Cap I (Mecanografiado y sin paginación)
5. Lizcano Herrera, Dayana Lucía. Los Lazaretos de Colombia y su transición de establecimientos hospitalarios a instituciones de aislamiento. El caso del Lazareto de Contratación – Santander. 1931 – 1961. Bucaramanga, 2005. Proyecto de Grado (Historiadora). Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. Director: Luis Rubén Pérez Pinzón
6. Obregón, Diana. Batallas contra la Lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colombia. Medellín: Banco de la República, Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2002
7. Pérez Pinzón, Luis Rubén. Regenerar la Muerte: La política sanitaria en el Estado Soberano de Santander. Instituciones de beneficencia, organizaciones de caridad y establecimientos de salubridad (Lazaretos, Hospitales, Cementerios) 1857 – 1886). Bucaramanga, 2004. Trabajo de Investigación (Magíster en Historia). Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. Maestría en Historia. Director: Armando Martínez
8. Sevilla Casas, Elías. Los mutilados del oprobio. Bogotá: Colcultura – Tercer Mundo, 1995: 51 - 69
9. Scott, Ridley. Dir. Cruzada: El reino de los Cielos. 2005. Film
10. Getters, Steven. Dir. Damien, el sacerdote leproso. 1980. Film.
11. Salles, Walter. Dir. Diarios de Motocicleta. 2004. Film.
12. Pinto García, Rafael. Dir. La Lepra una enfermedad curable. 1997 – 1998. Documental.